

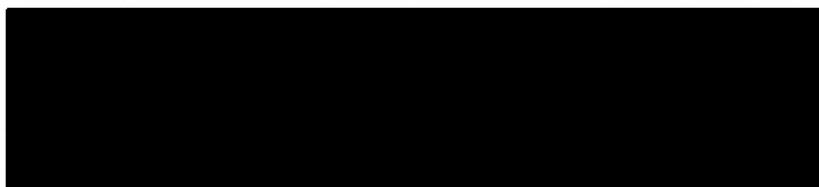
Mission Régionale d'Inspection de Contrôle d'Évaluation et d'Audit

"Plan national EHPAD 2022 - 2024"
**Rapport de mission dans le cadre du contrôle sur pièces
de l'EHPAD DU FRANCOIS**



EHPAD DU FRANCOIS
Pointe COURCHET
97240 Le FRANCOIS

20 juin 2023



Siège
Centre d'Affaires « AGORA »
CS 80656
97263 FORT DE FRANCE CEDEX
Tél : 05.96.39.42.43 (standard accueil)
Site Internet : www.ars.martinique.sante.fr/

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L300-2 du code des relations entre le public et les administrations et de la jurisprudence constante de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA). Il fait donc partie des documents administratifs communicables sous les conditions posées par le code précité. Ces conditions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de cette loi, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent aux personnes qui en font la demande », ce « droit à communication » contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

☐ Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés (article L311-2 du code des relations entre le public et les administrations). Aussi :

→ Le rapport n'est communicable aux tiers qu'après sa transmission à l'inspecté à l'issue de la procédure contradictoire.

→ En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

☐ Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative en cours d'élaboration

→ Cette restriction est susceptible de s'opposer à la communication de rapports liés à une procédure administrative qui n'aurait pas encore abouti à une décision.

2/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L311-6 du code des relations entre le public et les administrations précise que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*

- *dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle*
- *portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,*
- *faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice »*

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection et à laquelle le rapport d'inspection est destiné d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

Toutefois, lorsqu'un document comporte certains passages non communicables aux tiers notamment parce qu'il contient de telles informations, l'autorité administrative n'est pas pour autant dispensée de communiquer les passages communicables dès lors que ces différentes parties sont dissociables et que cette dissociation ne dénature pas le sens du document.

SOMMAIRE

	Pages
I INTRODUCTION	5
1-1 Eléments de contexte	5
1-2 Méthodologie appliquée	5
II PRESENTATION GENERALE DE LA STRUCTURE	6
III CONSTATS ET ANALYSE	7
IV CONCLUSION ET TABLEAU DES MESURES	17
ANNEXES :	18
Lettre d'annonce	
Lettre de mission	
Organigramme de la structure	
Liste des documents probants	
Tableau d'analyse et des mesures envisagées	

FICHE DE MISSION

Agence Régionale de Santé	MARTINIQUE
Direction :	Mission Régionale d'Inspection Contrôle Evaluation Audit (MRICEA)
Nom du document :	Rapport de contrôle
Version :	V1
Date de la mission :	20/06/2023
Commentaires :	Finale
Conditions générales :	Lettre d'annonce du 15/06/2023
	Lettre de mission du 15/06/2023

Equipe de mission :

Civilité :

Nom :

Prénom :

Métier :

Civilité :

Nom :

Prénom :

Métier :

Nombres d'écarts et de remarques relevés :

Ecarts	7
Remarques	17

Nombres de mesures proposées :

Injonction (I)	0
Prescription (P)	10
Recommandation (R)	14
Saisine (S)	0

INTRODUCTION

1-1 Eléments de contexte

L'ARS de Martinique dans le cadre du PRICEA 2023 contribue à la réalisation des Orientations Nationales d'Inspections Contrôles 2023 (ONIC) du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. A ce titre, elle participe à la réalisation du Programme d'Inspection-Contrôle relatif au « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes "EHPAD DU FRANCOIS" a été retenu pour un contrôle sur site à caractère inopiné selon le protocole préétabli du ciblage et de l'analyse des risques menée préalablement sur les 27 établissements autorisés du territoire.

Conformément aux textes y référents, une équipe a été missionnée pour un contrôle sur pièces via l'application COLLECTE-PRO, par la Directrice générale de l'ARS le 20 juin 2023 pour une durée de 15 jours, soit le 04 juillet 2023.

La mission était composée de :



A partir de la grille établie, il s'agissait :

- d'examiner de la gestion des ressources humaines notamment la situation du personnel, leur qualification, l'effectif et les moyens matériels mis en œuvre par l'établissement;
- de vérifier l'organisation administrative de la prise en charge des résidents dans les domaines médicaux et paramédicaux.
- d'analyser si l'ensemble des éléments fournis est en adéquation pour une prise en charge de qualité dans des conditions optimums de bienveillance.

Il sera noté également la vérification de l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes.

Le rapport de la mission d'inspection comporte :

Une première partie introductive exposant les éléments de contexte et la méthodologie appliquée,

Une deuxième partie concernant la situation administrative de l'EHPAD du FRANCOIS.

Une troisième partie relative aux éléments de constats et analyse de la situation, les écarts et remarques de la mission suivant une grille de contrôle préétablie,

Une quatrième partie portant conclusion.

Cette mission diligentée relève du Code de la Santé Publique (CSP) notamment les articles L.1413-14, L. 1421-1, L.1421-3, L.1435-7, L. 1431-2 ; du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) notamment les articles L.313-13, L.313-14, L.331 et suivants ; de l'arrêté du 20 janvier 2017 n°30 01.17-0389 portant renouvellement de l'autorisation.

I-2 Méthodologie

La réunion préparatoire

Informé par lettre d'annonce adressée par voie électronique le 19 juin 2023. Ce contrôle sur pièces revêtait un caractère inopiné. Une réunion préparatoire s'est tenue le 12 juin 2023 entre les agents désignés par la Directrice générale de l'ARS dans les locaux de l'ARS. Au cours de cette réunion la date du contrôle sur pièces a été confirmée à partir du 20 juin 2023. Il s'agissait de réunir et d'analyser les éléments disponibles en interne, de valider les grilles ainsi que les quatre thématiques retenus.

II- PRESENTATION GENERALE DE LA STRUCTURE

Agence Régionale de Santé	MARTINIQUE
Nom de l'EHPAD :	CH FRANCOIS - EHPAD
Numéro FINESS :	97 020 420 2
Statut juridique de la structure :	Ets public hospitalier
Date de la dernière convention tripartite :	
Date du CPOM :	
Autorisations et nombre de places dont :	
Arrêté conjoint :	
Hébergement permanent :	50
Hébergement temporaire :	ND
Accueil temporaire :	ND
Autres :	dont UHR 14
Adresse de l'EHPAD :	
Complément :	Pointe COURCHET
Code postal :	97240
Ville :	Le FRANCOIS
Mail :	
Téléphone fixe :	0596 30 10 99
Téléphone portable :	
Nom et prénom de directeur :	
Nom et prénom du de médecin coordonnateur :	
Nom et prénom du référent administratif :	
Nom et prénom de l'infirmier coordonnateur :	
Gestionnaire	
Nom de l'organisme :	Centre Hospitalier du François
Adresse de l'organisme :	Pointe COURCHET
Complément :	
Code postal :	97240
Ville :	Le FRANCOIS
Mail :	
Téléphone fixe :	
Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) :	Oui
(Si oui, nom du Pharmacien)	
OFFICINE de pharmacie :	Non
(Si oui, nom de l'officine)	
(Si oui, nom du Pharmacien)	

1. GOUVERNANCE DE LA STRUCTURE

GOUVERNANCE		Documents probants	RAPPORT Ecart et Remarques (E/R)	Références Juridiques	Injonction / Prescription / Recommandation / Saisine (I/P/R/S)	Commentaires
Question 1.1						
Quel est le statut juridique de la structure? Les statuts sont-ils toujours d'actualité ? Ont-ils été mis à jours et transmis auprès des autorités compétentes ?	INSEE.pdf					
Quand l'organisme gestionnaire a-t-il été créé ?	INSEE.pdf					
La structure appartient-elle à un groupement de coopération sociale ou médico-sociale ?	CONVENTION_CONSTITUTIVE_GHTM_SIGNEE.pdf					
Question 1.2						
Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF (R311-33 à R311-37)	REGLEMENT_DE_FONCTIONNEMENT_DEFINITIF_1.pdf	Ecart (E)		CASF (R311-33 à R311-37)	Prescription (P)	E1. Le règlement de fonctionnement transmis date de 2016. Sa validité prévue de 5 ans maxi est dépassée. Il convient de mettre à jour le RF.
Question 1.3						
Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF (L.311-8 et D311-38) ?	projet_etablissement.pdf	Ecart (E)		CASF (L.311-8 et D311-38)	Prescription (P)	E2. Il n'y a pas de projet d'établissement au sein de la structure. Un projet est cours d'élaboration depuis le mois de février 2023.
Prévoit-il un volet spécifique promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance ?		Remarque (R)			Prescription (P)	R1. Idem
Question 1.4						
Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ? D. 312-155-0, II CASF (Equipe pluridisciplinaire) L. 312-1, II, alinéa 4 CASF (Equipe pluridisciplinaire qualifiée).	organigramme_modifié_le_25_octobre_2022.docx_2-1.pdf retroplanning_PE.xls x	Ecart (E)		D. 312-155-0, II CASF (Equipe pluridisciplinaire) L. 312-1, II, alinéa 4 CASF (Equipe pluridisciplinaire qualifiée).	Prescription (P)	E3. Le document fourni n'a pas été signé.
Question 1.5						
Le directeur dispose-t-il d'une délégation précisant ses compétences et ses missions et/ou de signature ? (art. D312-176-5 CASF)	Arreté_directeur.pdf Arreté_directeur_kOR CZa5.pdf					

2. LES FONCTIONS SUPPORTS

FONCTIONS SUPPORTS		Documents probants	RAPPORT Ecart et Remarques (E/R)	Références Juridiques	Injonction / Prescription / Recommandation / Saisine (I/P/R/S)	Commentaires
Question 2.1 Quels sont les effectifs ? Comment se répartissent-ils : catégories professionnelles, qualifications, domaines, statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), ratios d'encadrement... ? Quelle est l'évolution de ces effectifs sur 2 ou 3 ans ?		Effectifs_EHPAD_2022.pdf effectifs_masse_ehpat_2022.pdf				
Quelle est la rotation des personnels (ratio de rotation, anciennetés dans les postes...)			Remarque (R)		Recommandation (R)	R2 L'évolution des effectifs sur 2 ou 3 ans n'a pas été transmise à la mission de contrôle.
Question 2.2 Quelles sont les procédures appliquées pour les recrutements et les licenciements ? Quelles sont les délégations ?		GUIDE_PRATIQUES_RH_MODI FIE.pdf	Remarque (R)		Recommandation (R)	R3. La rotation des personnels n'a pas été transmise à la mission de contrôle. Le rapport de 2016 pointait le turn over important notamment au niveau de l'équipe soignante. La structure devra fournir des données récentes relatives à l'évolution des effectifs et de la rotation des personnels.
Question 2.3 Le directeur justifie-t-il d'une qualification prouvée pour exercer sa fonction ? art. D312-176-10 CASF pour le public		Aureté_directeur.pdf	Remarque (R)		Recommandation (R)	R4. Dans le document transmis, seule la procédure appliquée pour les recrutements est décrite. Il convient de formaliser la procédure pour les licenciements et préciser les délégations dans le cadre de l'ensemble des procédures.
Question 2.4 Les personnels sont-ils qualifiés ? (art L312-1-II, al 2 CASF)		Guide_evalué_2.pdf entrailen_animatione.pdf entrailen_AS1.pdf entrailen_IDEZ.pdf psychologue.pdf	Ecart (E)	art. D312-176-10 CASF pour le public	Prescription (P)	E4. Les documents transmis ne permettent pas de vérifier la qualification des personnels de la structure.
Question 2.5 Les gestionnaires s'assurent-ils de la compatibilité de leurs personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables ? (art. L133-5 CASF)		Guide_evalué_2_hdeTril.pdf	Ecart (E)		Prescription (P)	E5 Les documents transmis à la mission de contrôle ne permettent pas d'attester de l'assurance de la compatibilité des personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables. Il convient de justifier la capacité de ceux-ci à exercer dans ce type d'établissement conformément à l'art. L133-5 CASF-vérification du casier judiciaire, ou fichier judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes). Cette obligation pourrait être rappelée dans le guide de bonnes pratiques RH élaboré par l'établissement.

Fonctions supports	Documents probants	RAPPORT Ecart et Remarques (E/R)	Références juridiques	Injonction / Prescription / Recommandation / Saisine (I/P/R/S)	Commentaires
Question 2.6 Les personnels disposent-ils de fiches de postes et/ou de fiches de fonction et/ou de fiches de tâches ?	formulaire_fiche_de_poste_AS_EHPAD.pdf formulaire_fiche_de_poste_ASH_Q_ehpad_.pdf formulaire_fiche_de_poste_educateur_sportif.docx formulaire_fiche_de_poste_IDE_EHPAD.pdf GUIDE_PRATIQUES_RH_MODIFIE.pdf				
Question 2.7 Existe-t-il des statistiques sur l'absentéisme des personnels par catégorie, par services, en distinguant les principaux motifs (congés de maternité, accidents du travail, maladies, absences de courtes durées...) ?	analyse_de_labsentéisme_13012023.pdf				
Question 2.8 Existe-t-il des procédures relatives à l'élaboration du plan de formation découlant d'une analyse des besoins de l'institution et des besoins individuels des agents ?	BILAN_DU_PLAN_DE_FORMATION.pdf PLAN_DE_FORMATION_2022.pdf plan_de_formation.pdf Guide_évalué_2.pdf	Remarque (R)		Recommandation (R)	R5. Il n'a pas été transmis à la mission de procédure pour la mise en place de plan de formation . Cependant, il existe un recueil des besoins de formations.
Question 2.9 Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?	plan_de_formation.xlsx	Remarque (R)		Prescription (P)	R6. Aucun document transmis n'atteste de la place de la prévention de la maltraitance. Par ailleurs, le document (plan de formation 2022) ne permet pas de s'assurer que les personnels sont sensibilisés. Il conviendrait que la structure se dote d'une stratégie de prévention de la maltraitance (incluant les actions de formations) et qu'elle puisse garantir la sensibilisation régulière de ses personnels aux différents troubles de la PA et de l'analyse de leurs pratiques professionnelles.
Est-ce que des professionnels de la structure participent aux actions de formation des professionnels de la structure ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ?					

FONCTIONS SUPPORTS		Documents probants	RAPPORT Ecart et Remarques (E/R)	Références juridiques	Injonction / Prescription / Recommandation / Saisine (I/P/R/S)	Commentaires
Quel est le suivi des formations réalisées ? Existe-t-il un bilan annuel ?		BILAN_DU_PLAN_DE_FORMATION.pdf				
Existe-t-il parallèlement des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...)						
Question 2.10 Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ?		livret_daccueil.pdf				
Question 2.11 Comment sont organisées par service les rotations de personnel : présence du personnel, répartition sur la journée, la semaine, temps de travail sur période, repos entre 2 postes ?		Planning_EHPAD.pdf				
Question 2.12 Comment sont contrôlées les présences à chaque changement de service ?		badgeuse.pdf				
Comment la structure fait-elle face aux absences ? Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?			Remarque (R)		Recommandation (R)	R7. Les documents ne permettent pas de vérifier les modalités de gestion des absences, hors périodes d'astreintes, mises en place par la structure. La structure devra formaliser les procédures de gestion et d'organisation des absences, et l'intégrer dans le guide RH.
Question 2.13 Comment est conciliée la rotation des personnels et la recherche d'une stabilité des personnels auprès des personnes prises en charge ?			Remarque (R)		Recommandation (R)	R8. La mission n'a pas été destinataire de pièces montrant une organisation afin de répondre à la question concernant la rotation des personnels dans le cadre de la prise en charge des résidents.
Une permanence administrative et technique (médicale, sociale, éducative...) est-elle organisée ? Par qui ? Comment est-elle assurée ? Des dispositions écrites, diffusées, mises à jour et évaluées périodiquement la formalisent-elle ?		procédure_astreinte_medicale_vsdx_astreinte_medicale.pdf astreinte_weekend.pdf astreinte_semaine.pdf	Remarque (R)		Recommandation (R)	R9. Il serait opportun que la structure élabore une procédure écrite pour l'ensemble des permanences organisées. De même, une évaluation régulière de ces permanences est à formaliser
Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?						
Question 2.14 La direction organise-t-elle des réunions périodiques avec ces personnels notamment ceux qui n'interviennent que la nuit et des échanges entre ces personnels et ceux de jour ?						R10. La mission de contrôle n'a pu avoir de réponse à ces questions. Le rapport d'activité du médecin coordonnateur daté de 2018 fait état d'une transmission orale entre l'équipe de nuit et de jour sans précisions (composition des équipes de nuit, procédure de validation des décisions prises en urgence....) La structure devra formaliser, et diffuser, les modalités retenues pour la prise en charge des résidents, les conditions et l'organisation de travail du personnel, la communication des informations, protocole...pendant la période de la nuit.
En ce qui concerne plus particulièrement le service de nuit, quels sont les personnels présents (veilleur de nuit, aides soignants, éducateurs... circulant ou résidant, personnel couché ou debout) ?			Remarque (R)		Prescription (P)	idem
Comment le personnel de nuit rend-t-il compte de l'activité de la nuit ? A qui ?				idem		
Existe-t-il un document sur lequel sont portées les informations ?				idem		
Si des décisions particulières ont dû être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?						idem

Fonctions supports	Documents probants	RAPPORT Ecart et Remarques (E/R)	Références juridiques	Injonction / Prescription / Recommandation / Saisine (I/P/R/S)	Commentaires
Question 2.15 Le médecin coordonnateur rédige-t-il un rapport annuel d'activité médicale ? (article D.312-158 du CASF)	rapport_activite_medecin_coord onnateur.pdf	Ecart (E)	Article D.312-158 du CASF	Prescription (P)	E6. Le rapport annuel transmis date de 2018. La structure devra transmettre les 2 derniers rapports annuels (2021, 2022) cosignés par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et soumis à la Commission de coordination gériatrique conformément à la réglementation.
Question 2.16 Existe-t-il des procédures de gestion des systèmes d'information (installation, sauvegarde, restauration...) ? Par référence à l'article L. 312-9 du code de l'action sociale et des familles, l'établissement ou le service s'est-il doté d'un système d'information conçu de manière à assurer le respect de la protection des données à caractère nominatif ?	Procédure_traitement_incident_ SIH.pdf PSSI_CHEWA.pdf				

Nb	ECART	Injonction (I)	0
	3	Prescription (P)	5
	REMARQUE	Recommandation (R)	7
	9	Saisine (S)	0

3. LA COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS

COORDINATION D'ACTEURS	Documents probants	RAPPORT Ecart et Remarques (E/R)	Références juridiques	Injonction / Prescription / Recommandation / Saisine (I/P/R/S)	Commentaires
Question 3.1					
La structure a-t-elle établi des partenariats avec des acteurs du secteur sanitaire (selon son champ d'activité : réseaux et filières de soins, personnels médicaux et paramédicaux libéraux, service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Centre médico-psychologique (CMP), établissements de santé, centres hospitaliers spécialisés, service d'hospitalisation à domicile (HAD), réseaux gériatriques, réseaux de soins palliatifs...) ?					
Ce partenariat est-il formalisé par des conventions ?					
Question 3.2					
La structure dispose-t-elle d'un protocole avec un établissement de santé pour la gestion des urgences ?		Remarque (R)		Recommandation (R)	R11. Un protocole pour la gestion des urgences devra être élaboré et diffusé aux personnels
La structure a-t-elle passé une convention avec un établissement de santé, public ou privé, prévoyant les modalités d'accueil, de prise en charge en service de médecine ou de chirurgie et de retour ?		Remarque (R)		Recommandation (R)	R12. La structure devra formaliser les modalités de coopération avec un établissement de santé pour le transfert du patient (y compris l'accueil et le retour)

COORDINATION D'ACTEURS	Documents probants	RAPPORT Ecart et Remarques (E/R)	Références juridiques	Injonction / Prescription / Recommandation / Saisine (I/P/R/S)	Commentaires
Question 3.3 La structure a-t-elle établi des partenariats avec des ESSMS (selon son champ d'activité : établissements et services sociaux ou médico-sociaux, services d'aide à la personne, services d'aide à la vie quotidienne (téléassistance, portage de repas, clubs...), groupes de paroles pour les aidants...) ? Ces partenariats sont-ils formalisés par des conventions ?		Remarque (R)		Recommandation (R)	R13. Aucune réponse ni aucun justificatif transmis. La structure devra indiquer les partenariats (nombre et type d'ESSMS) passés en précisant les éléments de la question 3.3
Quelle est l'implication du directeur et des responsables professionnels concernés dans ce partenariat ?					
Des visites d'établissements ou de services, des échanges de personnels ou des formations conjointes avec d'autres institutions ou services sont-ils organisés ?					
Question 3.4 La structure a-t-elle établi des partenariats avec les organismes chargés de l'orientation (selon la population accueillie : services sociaux polyvalents et spécialisés, centres communaux d'action sociale, centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), MAIA) ? Comment se concrétisent ces partenariats ?		Remarque (R)		Recommandation (R)	R14. idem
Quelle est l'implication du directeur et des responsables professionnels concernés dans ce partenariat ?					

COORDINATION D'ACTEURS	Documents probants	RAPPORT Ecart et Remarques (E/R)	Références juridiques	Injonction / Prescription / Recommandation / Saisine (I/P/R/S)	Commentaires
Question 3.5 La structure a-t-elle établi des partenariats avec la communauté sociale environnante (orèches, établissements scolaires, centres de loisirs, bibliothèques, clubs du 3ème âge...) ? Comment se concrétisent ces relations ?	Rapport_dactivité_2022.pdf	Remarque (R)		Recommandation (R)	R15. Des activités sont proposées aux résidents en lien avec des intervenants et structures extérieurs mais il n'existe pas de partenariats formalisés.
Question 3.6 Quels sont la nature et le contenu des relations existantes entre la structure et différentes associations du secteur géographique et professionnel ? Quelles associations (sportives, culturelles, artistiques, loisirs...) ? Existe-t-il des conventions de partenariat ? Existe-t-il des conventions pour la mise à disposition de moyens ?	Rapport_dactivité_2022_KVM9vB.pdf	Remarque (R)		Recommandation (R)	R16. idem

Nb	ECART
	0
	REMARQUE
	6

Injonction (I)	0
Prescription (P)	0
Recommandation (R)	6
Saisine (S)	0

4. PRISE EN CHARGE

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE	Réponses de l'établissement	Documents probants	RAPPORT Ecart et Remarques (E/R)	Références juridiques	Injonction / Prescription / Recommandation / Saisine (I/P/R/S)	Commentaires
Question 4.1						
Existe-t-il une procédure d'admission de la personne prise en charge ? Est-elle écrite ? Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil de son consentement avant son entrée ?	<i>Pas de réponse</i>	Procédure_admission_EHPA D.pdf				
Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement et, pour certains types d'établissements, un modèle de contrat de séjour sont-ils remis, avant l'entrée dans la structure, à la personne ou le cas échéant, à son représentant légal ?		CONTRAT_DE_SEJOUR_DE FINITIF.pdf	Remarque (R)		Recommandation (R)	R17. La mission de contrôle note que la version transmise date de 2016. Il convient à la structure de mettre à jour son contrat de séjour.
Question 4.2						
Est-il conclu un contrat de séjour ou est-il établi un document individuel de prise en charge par référence à l'article D. 311 du CASF ? Les intéressés participent-ils à l'élaboration de leur projet d'accueil et d'accompagnement conformément à l'article L. 311-3,7° du CASF ?		CONTRAT_DE_SEJOUR_DE FINITIF.pdf	Ecart (E)		Prescription (P)	E7. Les éléments ne permettent pas de vérifier si le résident participe à son projet d'accueil et d'accompagnement.

Nb	ECART
	1
	REMARQUE
	1

Injonction (I)	0
Prescription (P)	1
Recommandation (R)	1
Saisine (S)	0

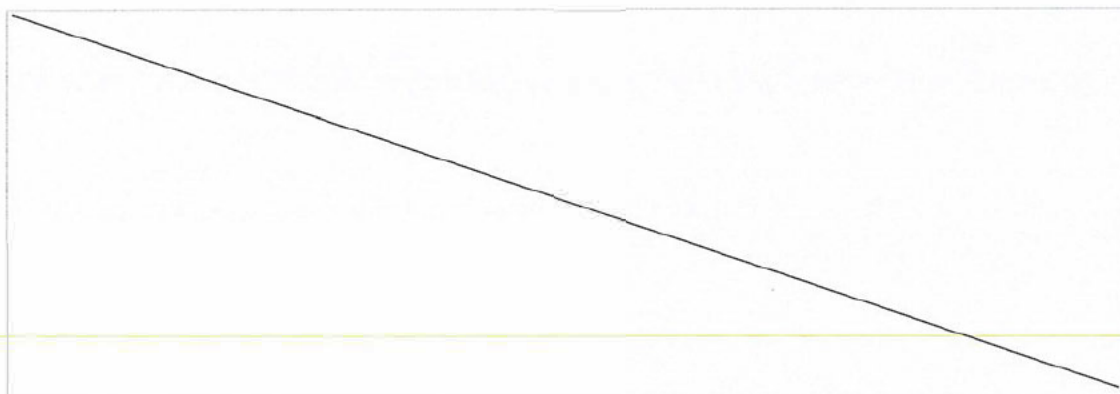
CONCLUSION

Conformément à l'Orientation Nationale d'Inspection Contrôle 2023 du Ministère des Affaires Sociales de la Santé relatif au « Plan EHPAD » un contrôle sur pièces a débuté le **20 juin 2023** au sein de l'EHPAD du FRANCOIS .

Au vu des documents probants fournis par l'établissement, celui-ci est structuré et organisé au regard de la population accueillie et des conditions de travail des agents.

Cependant après analyse des documents, il a été relevé par la mission **07 écarts et 18 remarques** (cf. *tableau d'analyse et des mesures envisagées en annexes*) se référant à la réglementation et textes en vigueur relatifs notamment :

- Au règlement de fonctionnement en vigueur datant de 2016 qu'il convient de mettre à jour ;
- Au projet d'établissement inexistant (*un projet est en cours d'élaboration depuis février 2023*) ;
- A l'absence de rapport annuel du médecin coordonnateur ;
- Les documents transmis n'attestent pas de la place consacrée à la prévention de la bientraitance au sein de l'établissement (Formation, réunions d'équipe, sensibilisation des personnels etc.) ;
- Le manque de visibilité dans la prise en charge de nuit des résidents, notamment l'absence de procédures, et des modalités de transmissions des informations entre les équipes de nuit et de jour.



Fait et clos à Fort-de-France, le 08 août 2023

