



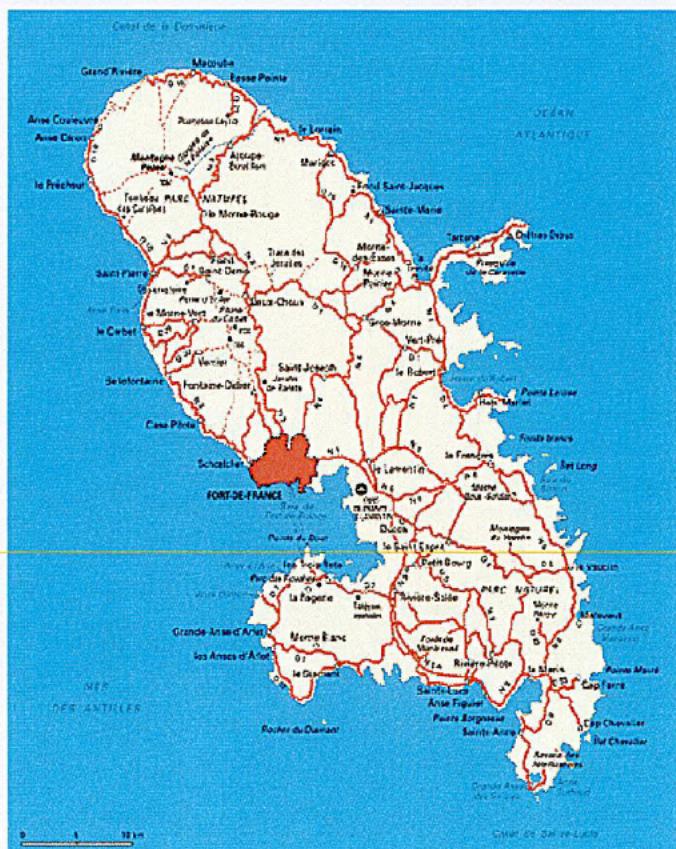
RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



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

## RAPPORT D'INSPECTION EHPAD « L'ESPACE YOLE GRAN MOUN » RUE GRAN MOUN Z.A.C. DE CHATEAUBOEUF 97200 - FORT DE FRANCE



8 et 9 juin 2023

## 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
<b>I INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
1-1 Eléments de contexte	3
1-2 Méthodologie appliquée	3
<b>II PRESENTATION DE LA STRUCTURE</b>	<b>4</b>
<b>III CONSTATS ET ANALYSE</b>	<b>4</b>
3-1 Gouvernance de la structure	4
3-2 Fonctions support	10
3-3 Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement	16
3-4 Coordination avec les autres acteurs	26
<b>IV CONCLUSION</b>	<b>27</b>
<b>ANNEXES :</b>	<b>28</b>
- Lettre de mission	30
- Liste des documents demandés pour analyse	31
- Liste des personnes reçues en entretien	36
- Lettre des mesures urgentes	37

### 1-1 Eléments de contexte

- [1] L'Agence Régionale de Santé (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) ».
- [2] Dans ce cadre et en application de l'article L313-13 du code de l'action sociale et des familles (CASF), la Directrice générale de l'ARS Martinique a diligenté l'inspection de l'EHPAD « Espace Yole Gran Moun » situé à Fort-de-France (97200), et géré par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville de Fort-de-France.
- [3] Cette inspection, dont il a été confié la réalisation par lettre de mission du 16 mai 2023 (annexe 1), a été menée de manière inopinée à partir du 8 juin 2023.
- [4] Elle a été réalisée par :

[REDACTED]

- [5] L'objet de la mission était :

- d'examiner la situation du personnel, leur qualification et leur effectif ;
- de contrôler les moyens matériels mis en œuvre par l'établissement et en analyser l'adéquation pour une prise en charge de qualité dans des conditions optimums de bientraitance ;
- de vérifier la présence des instances obligatoires.

### I-2 Méthodologie

- [6] Pour effectuer son analyse, la mission s'est appuyée sur :
- la visite des locaux de l'EHPAD,
  - l'examen des documents remis par l'établissement (cf. annexe 2),
  - les entretiens menés avec le directeur du CCAS de Fort-de-France et des professionnels intervenant au sein de l'établissement (cf. annexe 3).

## PARTIE II : PRESENTATION DE LA STRUCTURE

- [7] L'EHPAD « Espace Yole Gran Moun » est géré par le CCAS de la ville de Fort-de-France.
- [8] D'après l'arrêté conjoint ARS/Conseil Général de la Martinique du 29 juin 2010 portant autorisation de création de l'établissement, celui-ci dispose d'une capacité de 64 places réparties comme suit :  
- 60 places d'hébergement permanent, dont 20 places pour l'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer,  
- 4 places d'hébergement temporaire.

## PARTIE III : CONSTATS ET ANALYSE

### 3-1 Gouvernance de la structure

<u>Conformité aux conditions de l'autorisation</u>	OUI	NON	<b>COMMENTAIRES/OBSERVATIONS</b>
La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?	X		<p>Selon les propos recueillis en entretien et les documents remis à la mission, l'EHPAD dispose de 64 places, dont 60 places en hébergement permanent et 4 places d'hébergement temporaire.</p> <p>16 places sont prévues pour l'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (au lieu de 20 prévues dans l'arrêté d'autorisation du 29 juin 2010), et 3 chambres individuelles sont condamnées (2 le sont en unité protégée et 1 au 2<sup>ème</sup> Etage.).</p> <p>Cette configuration évoquée donne à relever l'accueil effectif de 61 résidents au lieu de 64, dont 14 au sein de l'unité protégée.</p> <p>Au regard de la liste des résidents fournie à la mission, l'EHPAD accueille, au jour de l'inspection, 59 résidents âgés de 64 à 110 ans ; l'établissement affiche ainsi un taux d'occupation de 91 %.</p> <p><b>Ecart n° 1 : l'établissement ne respecte pas la capacité définie par l'arrêté d'autorisation du 29 juin 2010, qui prévoit l'accueil effectif de 64 résidents (dont 20 en unité protégée) au lieu de 61 résidents (dont 16 places prévues comprenant 14 places fonctionnelles en unité protégée).</b></p>

## Management et stratégie

Le projet d'établissement ou de service / le règlement de fonctionnement	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
<p>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)</p>	X		<p>Conformément aux articles R311-33 à R311-37 du CASF, l'EHPAD dispose d'un règlement de fonctionnement approuvé par le conseil d'administration le 11 avril 2022, mais dont la date de consultation et de validation des instances représentatives du personnel de l'établissement et du conseil de la vie sociale (CVS) n'est pas précisée.</p> <p>Selon les entretiens, l'existence et le contenu du règlement de fonctionnement ne sont pas connus des agents.</p> <p><b>Ecart n° 2 :</b> la mission n'est pas en mesure de vérifier si le règlement de fonctionnement a fait l'objet d'une délibération de l'instance compétente après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement et du CVS, conformément aux dispositions des articles R311-33 à R311-37 du CASF.</p> <p><b>Ecart n° 3 :</b> en n'ayant pas affiché le règlement de fonctionnement au sein des locaux, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R311-34 du CASF.</p> <p><b>Remarque n° 1 :</b> l'absence d'appropriation du règlement de fonctionnement par les personnels ne favorise pas leur connaissance ni sur le respect des droits de la personne accueillie, ni sur les règles de vie collective au sein de l'établissement.</p>
<p>Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF (L.311-8 et D311-38)?</p> <p>Prévoit-il un volet spécifique promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance ?</p>	X		<p>Un projet d'établissement a été remis à la mission, mentionnant une validité de 2020 à 2025 et validé par le conseil d'admiration du 13 avril 2023.</p> <p>Il détaille les valeurs de l'association, les publics accueillis, les modes d'admission, les contenus des prises en charge.</p> <p>Il prévoit un paragraphe sur la promotion de la bientraitance qui mentionne que l'objectif de cette promotion « <i>peut se définir comme ne pas faire de tort à l'autre, ne pas lui nuire, le considérer en tant qu'être humain, et trouver un équilibre entre les bénéfices et les risques constituent les conséquences de nos actes</i> ». </p> <p>Selon les entretiens, l'existence et le contenu du projet d'établissement ne sont pas connus des agents.</p> <p><b>Ecart n° 4 :</b> en n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF qui dispose que « le projet</p>

			<p>est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale... ».</p> <p><u>Remarque n° 2 :</u> l'absence d'appropriation du projet d'établissement par les personnels ne permet pas de « donner un sens à leurs pratiques professionnelles, d'en identifier le cadre organisationnel et d'en rappeler la finalité : répondre aux besoins et aux attentes des usagers » (<i>Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, ANESM - décembre 2009</i>).</p>
<b>Pilotage/Délégations de pouvoirs</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>COMMENTAIRES/OBSERVATIONS</b>
Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?	X		<p>L'EHPAD dispose d'un organigramme mis à jour le 28/12/2022, non nominatif, et précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques.</p> <p><u>Remarque n° 3 :</u> l'organigramme n'est pas nominatif.</p>
Le directeur dispose-t-il d'une délégation précisant ses compétences et ses missions et/ou de signature ? (art. D312-176-5 CASF)	X		<p>Le directeur du CCAS, en tant que directeur de l'EHPAD, dispose donc d'un arrêté de délégation de signature n°S-13/08/2020-96 en date 14/08/2020.</p>
Le directeur dispose-t-il d'une lettre de mission et/ou d'une fiche de poste ?	X		<p>La fiche de poste du responsable de l'EHPAD a été remise à la mission.</p>
La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?	X		<p><u>Remarque n° 4 :</u> les horaires d'astreintes ne sont pas formalisés.</p> <p><u>Remarque n° 5 :</u> l'absence de protocole ou d'outil définissant les modalités d'astreinte et d'intérim ne permet pas garantir la continuité de la fonction de la</p>

			direction en cas d'absence du responsable de gestion de l'EHPAD, et augmente les risques d'absence de concertation dans le pilotage.
<b>Conseil de la vie sociale et autres formes de participation</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>COMMENTAIRES/OBSERVATIONS</b>
Le CVS fonctionne-t-il selon les exigences légales et réglementaires le concernant ? (art. L311-6, D311-3 et suivants CASF)		X	<p>Si le règlement de fonctionnement précise qu'un CVS existe au sein de la structure, selon les propos recueillis en entretien le CVS ne s'est pas réuni durant ces cinq dernières années.</p> <p>Au jour de l'inspection, l'instance n'était pas fonctionnelle ; par ailleurs, l'établissement n'a pas remis à la mission de comptes rendus de CVS ou d'échanges menés à l'occasion de groupes d'expression.</p> <p>Cependant, il ressort des entretiens et de l'analyse documentaire qu'il existe une volonté de redynamiser le CVS. En effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une présentation de l'instance à destination des résidents (rôle, composition, compétences, fonctionnement) a été réalisée le 23/06/2023 ;</li> <li>- il est prévu de mettre en place la campagne d'élection des membres du CVS du mois de juillet au mois de septembre 2023 ;</li> <li>- une première réunion du CVS et l'élection de son président sont programmés pour le mois d'octobre 2023.</li> </ul> <p>La mission note également que le projet d'établissement mentionne l'existence d'un groupe organisé et animé [REDACTED] ; ce groupe constitue un espace de parole « qui permet d'échanger sur des thèmes d'actualité ou des questions autour du vécu ».</p> <p><b>Écart n° 5 : en ne disposant pas d'un CVS se réunissant au moins trois fois par an, le service contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.</b></p>

#### Gestion de la qualité

<b>Politique de promotion de la bientraitance</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>COMMENTAIRES/OBSERVATIONS</b>
Existe-t-il une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée, connue et opérationnelle au sein de la structure ?		X	<p>Selon les propos recueillis en entretiens, les sujets relatifs à la prévention de la maltraitance sont abordés dans des cadres informels.</p> <p>Aucun document permettant à la mission d'apprécier les mesures spécifiques mises en place en la matière n'a été remis par l'établissement.</p>

			<p><u>Remarque n° 6:</u> bien que la question relative à la bientraitance soit mentionnée dans le projet d'établissement, il n'existe aucune politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, formalisée, connue et opérationnelle au sein de l'EHPAD.</p>
Les salariés (incluant la direction) ont-ils connaissance de la démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes vulnérables ? (Groupe de travail national – mars 2021).	X		<p><u>Remarque n° 7:</u> les salariés interrogés en entretien n'avaient pas connaissance de la démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes vulnérables.</p>
<b>Gestion des risques, des crises et des incidents graves</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>COMMENTAIRES/OBSERVATIONS</b>
Existe-t-il un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (projet d'établissement article D312-160 du CASF).	X		<p>L'établissement a remis à l'équipe d'inspection un plan de prévention des risques (PPR) [REDACTED]</p> <p>Selon les entretiens, ce plan n'est pas connu des salariés.</p> <p>Dans le règlement de fonctionnement, il est précisé que des consignes définies dans le PPR sont affichées sur les portes des logements des résidents.</p> <p><u>Ecart n° 6 : en ne disposant pas d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, le contenu du projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.</u></p>
Existe-t-il un dispositif opérationnel adapté de recueil, d'analyse et de suivi des incidents importants ou des événements indésirables graves compromettant la santé et/ou la sécurité des personnes accueillies ?			<p>Selon les entretiens, la mission note que les agents ont connaissance de l'existence de fiches de signalement d'événements indésirables (FEI), et s'en réfèrent pour effectuer des signalements auprès de leur hiérarchie. Il est prévu qu'elle soit mise à jour, et les salariés sont incités à en faire usage par la direction.</p> <p>Par ailleurs, les agents ont évoqué le recours aux numéros d'urgence (numéros des responsables hiérarchiques, SOS médecin par exemple) en cas d'extrême urgence.</p> <p>Selon l'analyse des documents remis à la mission, il est prévu qu'une fiche de déclaration soit renseignée par le témoin lors de la survenu d'un incident.</p> <p><u>Remarque n° 8 : l'absence de dispositions institutionnelles écrites et l'absence de procédures formalisées en cas d'incident et en matière de signalement des événements indésirables ne permet pas de s'assurer que tous les agents ont connaissance</u></p>
Le personnel peut-il se référer à des procédures et/ou à des conduites à tenir formalisées et actualisées en cas de crises, d'incidents ou événements indésirables graves ?	X		

			des conduites à tenir en cas de crises, d'incidents ou évènements indésirables graves.
Existe-t-il une charte de "non punition" telle que prévue par l'instruction N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients ?		X	<p>Selon les entretiens, il n'existe pas de charte de « non punition » au sein de la structure.</p> <p><b>Ecart n° 7 :</b> aucune charte de « non punition » n'a été élaborée au sein de l'EHPAD, contrairement aux dispositions prévues dans l'instruction N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.</p>
<p>Le document présenté est-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conforme à l'esprit de l'exemple de « Exemple de Charte de confiance : « Tirer des leçons pour améliorer la sécurité des soins » / charte d'incitation à la déclaration » annexé à l'INSTRUCTION N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 ?</li> <li>- Est-il diffusé dans l'établissement et connu des salariés rencontrés ?</li> </ul>		X	
<p>Au cours des années 2021 – 2022, combien d'EIG ont été signalés, traités ?</p> <p>La structure a-t-elle mis en place un retour expérience ?</p> <p>Si oui, comment cela a-t-il été géré et par qui ?</p>		X	<p>Selon les propos recueillis en entretiens, les EIG sont déclarés à l'ARS.</p> <p>Aucun EIG n'est à dénombrer pour la période de 2021-2022. Une fiche de signalement datant de 2019 a été remise à la mission.</p> <p>Il ressort des entretiens que des réunions ont été tenues suite à ce signalement.</p> <p>Néanmoins la mission n'a pas été destinataire de comptes rendus de ces réunions.</p> <p><b>Remarque n° 9 :</b> l'absence de documents retracant la gestion des signalements effectués, ne permet pas à la mission d'en apprécier l'effectivité.</p>
Existe-t-il un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers ?		X	<p>Selon les entretiens, un registre de recueil des doléances des familles est mis à disposition mais demeure inutilisé. Les familles se réfèrent directement au responsable de gestion de l'EHPAD par e-mail ou par voie orale pour exprimer leurs doléances.</p> <p><b>Remarque n° 10 :</b> en ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, le service n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM, <i>Mission du responsable de service et rôle de</i></p>

#### SYNTHESE RELATIVE A LA GOUVERNANCE DE LA STRUCTURE

- L'établissement affiche une démarche et une volonté d'amélioration ;
- L'établissement connaît un manque de structuration et de formalisation de ses diverses procédures ;
- Aucune instance représentative n'est installée au jour de l'inspection.

#### 3-2 Fonctions supports

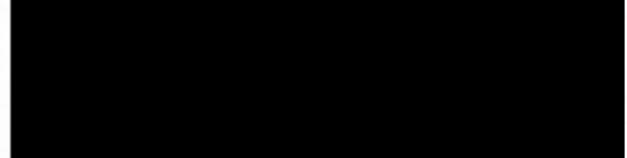
<b>Gestion des ressources humaines</b>			
Personnels/qualifications/affectations	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
Le directeur justifie-t-il d'une qualification prouvée pour exercer sa fonction ? art. D312-176-6 CASF pour le privé art. D312-176-10 CASF pour le public	X		
			10 dossiers du personnel ont été sélectionnés par la mission. Les dossiers du personnel ne sont pas classés (archivés) et localisés sur le site de l'EHPAD mais au CCAS de Fort-de-France.  Les dossiers ont été mis à disposition de la mission pour consultation et copie le cas échéant, le 2ème jour de la visite sur site, dans des conteneurs d'archive. Les dossiers consultés sont globalement tous constitués sur la même trame.
Description des effectifs de l'établissement			
			La rotation des personnels n'est pas importante, l'ancienneté sur les postes est de 4 ans en moyenne et se répartit comme suit :

			<p><b>Remarque n° 11 : la liste des personnels n'est pas à jour.</b></p>
Les personnels sont-ils qualifiés ? (art L312-1-II, al.2 CASF)	x		Tous les dossiers administratifs des personnels consultés par la mission d'inspection comportaient les copies des diplômes et des certifications des agents.
Les personnels disposent-ils de fiches de postes et/ou de fiches de fonction et/ou de fiches de tâches ?	x		<p>Selon les propos recueillis en entretiens, les agents ne sont pas destinataires de leur fiche de poste, ni à leur arrivée, ni à l'occasion de la durée de leur contrat.</p> <p>Par ailleurs, la majorité des dossiers administratifs des personnels consultés (9/10) ne comportaient pas de fiches de poste.</p> <p><b>Remarque n° 12 : l'absence de formalisation précise des missions et des responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).</b></p>
Quelle est la répartition des effectifs et les horaires de travail ?			<p>Selon les propos recueillis en entretien et l'analyse des documents remis à la mission, le personnel travaille à temps plein sur une plage horaire journalière (jour/nuit) de 12h avec 2h de temps de repos soit 10h en poste.</p> <p>Le planning est réalisé mensuellement par les différents responsables de service et est adressé aux agents via un réseau social ou est affiché au sein de la structure [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>

				La composition de l'équipe de nuit est basée sur le volontariat avec des AS, AMP, ASG pour des soins de nursing uniquement.
Formation/accompagnement/soutien des professionnels	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	
<p>La structure propose-t-elle un plan de formation ?</p> <p>Les professionnels sont-ils acteurs et informés des plans de formation ?</p>		X	<p>Le projet d'établissement mentionne que des formations internes ont été ciblées sur « le vieillissement et la psychologie de la personne âgée, les troubles du comportement, les soins palliatifs chez le sujet âgé, et la bientraitance ».</p> <p>Pourtant selon les entretiens, les agents n'ont pas connaissance de l'existence d'un plan de formation.</p> <p>L'établissement n'a pas remis de plan de formation à la mission, ni de procédure d'entretien permettant à chaque agent de pouvoir bénéficier d'un temps privilégié avec son responsable hiérarchique afin de fixer ses objectifs professionnels.</p> <p><u>Remarque n° 13 :</u> l'absence de plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels ne leur permet pas de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels (Recommandations ANESM relatives aux missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - partie II - Décembre 2008).</p>	
Existe-t-il des échanges autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques.		X	<p>La mission n'a pas eu connaissance de ces pratiques.</p> <p><u>Remarque n° 14 :</u> en ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » (Recommandations ANESM relatives aux missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – décembre 2008).</p>	
Des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance sont-elles proposées aux personnels au cours des 2020-2021-2022 ?		X	<p>Selon les propos recueillis en entretiens, des formations à la bientraitance ont été proposées, de façon informelle, aux personnels au cours de ces dernières années.</p> <p>Par ailleurs, la mission a observé l'affichage d'une charte concernant la « Bientraitance » sur le mur du hall d'accueil au niveau RDC de la structure.</p>	

			<p>Aussi, le projet d'établissement précise que des « formations à la bientraitance et maltraitance sont régulièrement réalisées selon le livret réalisé par l'ANESM sur la bientraitance ».</p> <p>Toutefois, la mission a relevé au décours des entretiens que les notions de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance n'étaient pas appropriées par les salariés.</p> <p>De plus, aucun document remis à la mission ne lui a permis de vérifier la tenue de ces formations au cours des années 2020, 2021, 2022.</p> <p><b>Remarque n° 15 :</b> en ne faisant pas des thématiques de la promotion de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique et formalisée, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande l'organisation de sessions de formation sur ces sujets, à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux (<i>Recommandation ANESM : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008</i>).</p>
Existe-t-il un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel ?	X		<p>Selon les entretiens, les agents ne bénéficient pas de soutien professionnel formalisé.</p> <p>En cas de difficulté, ils se réfèrent à leur hiérarchie de proximité.</p>

### Bâtiments/espaces extérieurs/équipements

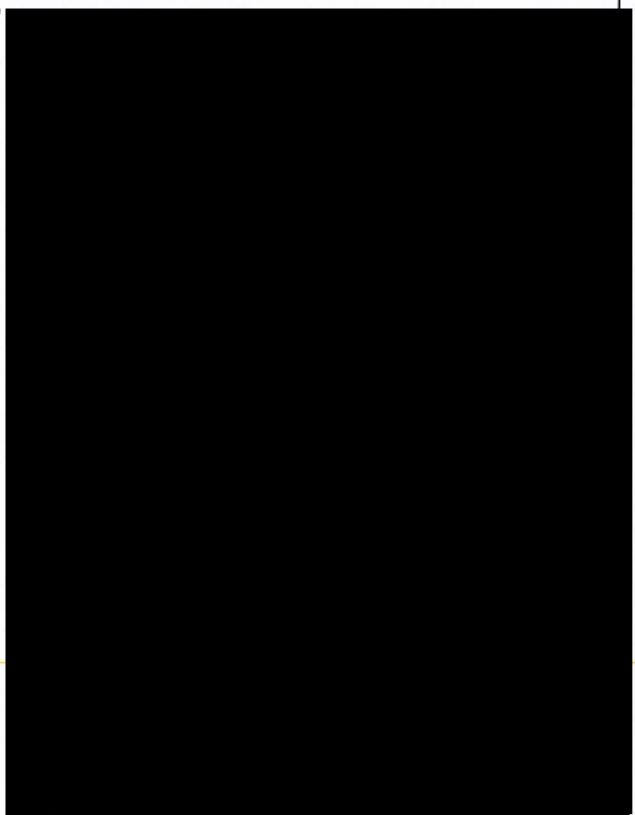
Bâtiments et espaces extérieurs	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?	X		<p>L'implantation de l'EHPAD est contiguë à l'EHPA.</p>  <p>Les portes d'entrée permettant l'accès aux 2 structures (EHPAD/EHPA) sont sécurisées. Celle de l'EHPAD est fermée à clef à 17h00.</p>
Les accès, les locaux et les équipements permettent-ils d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante et adaptée à la population prise en charge ?	X		<p>La mission a noté qu'il n'y a pas eu de réaménagements conformément aux recommandations prescrites par l'ARS à l'issue de la visite de conformité du 02/12/2011.</p> <p>Les mobiliers mis à disposition des résidents dans les espaces de convivialités sont en état de vétusté.</p> <p>RDC :</p>

Le local de stockage [REDACTED] où est rangé l'auto laveuse et les produits d'entretiens prévus pour effectuer l'entretien des espaces communs n'est pas fermé à clef. Il existe un risque d'ingestion des produits par un résident qui peut échapper à la surveillance.

La distribution de l'établissement ne favorise pas l'aménagement de l'espace dédié au sous-sol A pour la laverie/ lingerie, celle-ci étant installée au rez-de-chaussée depuis l'ouverture de la structure.

A noter que l'éclairage des cabinets de toilettes au niveau des couloirs est défectueux, d'où le risque d'accident et de chute en cas d'utilisation.

L'espace de restauration est lumineux et vaste.



Ecart n° 8: l'accessibilité de plusieurs locaux techniques, et notamment de ceux qui se situent à proximité des espaces de convivialité ne permet pas à l'EHPAD de garantir la sécurité des résidents, contrairement aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.

Remarque n° 16: les locaux de l'EHPAD sont vétustes et manquent de fonctionnalité. Ceci n'est pas de nature à garantir le bien-être des employés et des résidents.

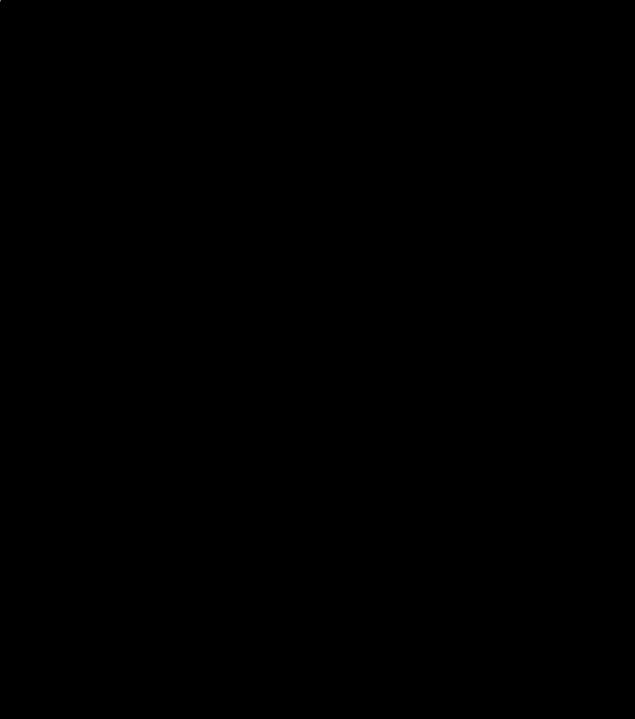
Sécurité des personnes et des biens	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ?		X	<p>A l'occasion de la visite d'inspection, la mission a constaté l'absence de fonctionnement du dispositif d'appel malade.</p> <p>Selon les entretiens, ce dysfonctionnement concerne l'ensemble des chambres des résidents.</p> <p>Le projet d'établissement prévoit de moderniser son système d'appel malade jusque-là filaire, pour opter pour un système filaire avec médaillon (de préférence).</p> <p><b>Ecart n° 9 : l'absence d'un dispositif d'appel en état de fonctionnement ne permet pas à l'établissement de garantir la sécurité des résidents, contrairement aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.</b></p>
Conformité des locaux aux dispositions de l'autorisation	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
		X	<p>A l'occasion de la visite d'inspection, la mission a constaté que le pôle d'activité de soins adaptés (PASA), la salle snoezelen, l'espace dédié à la balnéothérapie et la salle de culte ne sont pas fonctionnels et servent de salles de réunion ou de stockages (denrées alimentaires, produits d'entretien, etc....).</p> <p>Selon les entretiens, le PASA fait l'objet de difficultés aménagement logistique/architectural.</p> <p>Le projet médical et soins prévoit des débuts de travaux pour la mise en place d'un « PASA éclaté » (d'ici le mois de septembre 2023), afin de permettre l'accueil de groupes de 6 résidents gérés par l'ASG. Il est prévu que le PASA fonctionne au moins 2/3 fois par semaine.</p> <p><b>Ecart n° 10 : l'absence d'utilisation du PASA, de la salle snoezelen, de l'espace dédié à la balnéothérapie et de la salle de culte contrevient aux dispositions de l'arrêté d'autorisation du 29 juin 2010.</b></p>

#### SYNTHESE RELATIVE AUX FONCTIONS SUPPORTS

- Les locaux de l'EHPAD sont vétustes et les salles techniques ne sont pas sécurisées ;
- Le dispositif d'appel malade n'est pas fonctionnel.

### 3-3 Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement

<b>Organisation de la prise en charge</b>			
<b>Admission</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>COMMENTAIRES/OBSERVATIONS</b>
Existe-t-il une procédure d'admission et d'accueil formalisées ?	X		<p>Il existe une procédure d'admission formalisée au sein de l'établissement.</p> <p>L'examen des dossiers administratifs des résidents confirme la présence de la procédure d'admission parmi les pièces des dossiers.</p> <p>Le livret d'accueil mentionné en annexe du contrat de séjour n'a pas été remis à la mission parmi les documents demandés, mais a cependant été retrouvé dans 1 dossier administratif de résident sur les 10 sélectionnés et consultés par la mission.</p> <p><b>Remarque n° 17:</b> au regard de l'analyse des dossiers des résidents sélectionnés par la mission, celle-ci n'est pas en mesure de confirmer que le livret d'accueil est remis à l'ensemble des résidents.</p>
Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ?	X		La procédure d'admission prévoit une visite de l'établissement en amont de l'admission ainsi que la signature du contrat de séjour. La mission a pu vérifier la présence des contrats de séjours dans les dossiers administratifs des résidents sélectionnés mais ils n'étaient pas tous datés et signés.
<b>Modalités d'accompagnement/Projet d'accueil et d'accompagnement</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>COMMENTAIRES/OBSERVATIONS</b>
Un projet d'accueil et d'accompagnement formalisé et adapté est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?	X		Le projet personnalisé est l'un des 7 outils exigés par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Selon les recommandations de l'ANESM il doit être élaboré dans les 3 mois suivant l'admission au sein de l'établissement et réactualisé au moins une fois par an.
Est-il partagé avec le résident et sa famille?	X		<p>Selon les entretiens, il existe des projets de vie rédigés [REDACTED] et qui font l'objet de réunions multidisciplinaires (médecin coordonnateur, soignant, famille du résident) programmées les jeudis après-midi.</p> <p>Selon les entretiens, 34 projets de vie sur 59 sont rédigés.</p> <p>En vertu de l'article D312-155-0 alinéa 3 du CASF, l'établissement met en place avec la personne accueillie, et, le cas échéant avec sa personne de confiance, un projet d'accompagnement</p>

			<p>personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies</p> <p><b>Ecart n° 11 : en l'absence de projet de vie formalisé pour 23 résidents présents le jour de l'inspection, les pratiques de l'établissement ne sont pas conformes aux dispositions de l'article D312-155-0 alinéa 3 du code de l'action sociale et des familles.</b></p>
Ce projet est-il mis en œuvre et évalué périodiquement (au moins une fois par an en équipe pluridisciplinaire) ? Si oui, par qui ?	X		 <p><b>Remarque n° 18 : le PAP n'est pas co-évalué par une équipe pluridisciplinaire et par la personne elle-même et son représentant légal, contrairement aux recommandations de l'ANESM (Les attentes de la personne et le projet personnalisé – décembre 2008).</b></p> <p><b>Remarque n° 19 : l'absence d'évaluation annuelle systématique du projet de vie individualisé ne permet pas l'adaptation des modalités d'accompagnement des résidents à l'évolution de leurs besoins. (ANESM "Les attentes de la personne et le projet personnalisé" - décembre 2008).</b></p> <p><b>Remarque n° 20 : le classement des projets de vie dans un classeur [REDACTED] ne permet pas une appropriation et une consultation desdits documents par l'ensemble des personnels du quotidien.</b></p>
<b>Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>COMMENTAIRES/OBSERVATIONS</b>
Affectation des personnels - S'assurer que l'affectation des personnels (plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout		X	L'analyse documentaire des plannings et les entretiens sont convergents sur le fait que l'affectation des personnels permet d'assurer le

moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés.		<p>fonctionnement de la structure en continu la semaine, les week-ends et les jours fériés.</p> <p>Toutefois, la mission note que, selon les plannings, aucun IDE n'est en poste la nuit.</p> <p>Au moment de l'inspection il y avait un résident en fin de vie sous antalgiques.</p> <p>L'analyse documentaire souligne la réflexion en cours précisée en page 19 du projet d'établissement 2020-2025 :</p> <p>« Une présence infirmière est effective de 7h00 à 21h00. Nous étudions actuellement la possibilité d'une astreinte infirmière y compris la nuit. ».</p> <p>Selon les entretiens, cette astreinte n'est pas en place au jour de la mission.</p> <p>L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), dans sa publication "<i>Mutualisation d'IDE de nuit en EHPAD, retours d'expériences des territoires PAERPA</i>", datée de mars 2019., recommande la présence d'un infirmier de nuit en garde dans un EHPAD et la possibilité de réaliser des interventions programmées pour permettre "d'accompagner la fin de vie du résident au sein de l'EHPAD" (injection de médicaments antalgiques réalisée par l'infirmier par exemple).</p> <p>La mission relève également l'existence d'une procédure de nuit éditée en 2017 et d'un protocole d'évaluation de la douleur, d'un protocole d'urgence et d'un protocole soins palliatifs daté de 2016.</p> <div data-bbox="793 1190 1425 1280" style="background-color: black; height: 40px; width: 398px;"></div> <p><b>Remarque n° 21 :</b> le personnel de nuit doit solliciter en première intention une ressource médicale (SAMU, SOS Médecins).</p>
Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?	X	<p>Les entretiens révèlent que la transmission entre le personnel ARH de nuit et de jour est faite dans les vestiaires entre 6H45 et 7h.</p> <p>L'analyse documentaire du planning soignant révèle un roulement avec des horaires décalés tant pour les AS que pour les IDE</p> <p>Il existe 2 horaires de prise de poste IDE 7h et 10h ; Il existe 2 horaires de prise de poste AS 6h45 et 8h45.</p> <p><b>Remarque n° 22 :</b> il existe un protocole transmissions écrites et orales formalisé datant de 2016 ; il y est fait mention d'une transmission à 14h, qui, selon les entretiens, n'existe pas dans l'organisation actuelle.</p> <p><b>Remarque n° 23 :</b> les horaires variables de prise de poste ne permettent pas la tenue d'un temps de</p>

			<p>transmission unique entre équipe de nuit et équipe de jour.</p> <p><u>Remarque n° 24 :</u> l'organisation actuelle des transmissions ne permet pas une circulation optimale des informations et ne facilite pas la continuité des prises en charge.</p>
<p>La continuité des soins infirmiers et médicales sont-elles assurées ?</p> <p>Quelles sont les jours et heures de présence du médecin coordonnateur ? (son temps de coordination au profit de la structure)</p> <p>Quelles sont les jours et heures de présence des infirmiers ?</p> <p>La structure dispose t'elle d'une astreinte paramédicale formalisée et mise en œuvre ?</p>	X		<p>[REDACTED]</p> <p>La structure ne dispose pas d'une astreinte paramédicale formalisée et mise en œuvre.</p> <p><u>Ecart n° 12 :</u> le temps de coordination médicale réglementaire n'est pas conforme aux dispositions de l'article D 312-156 du CASF.</p>
Glissement de tâches	X		<p>L'EHPAD a remis un protocole « administration des médicaments par les aides-soignantes » en date du 04/11/2016, [REDACTED]</p> <p><u>Ecart n° 13 :</u> l'établissement dispose d'une feuille d'administration du médicament, non renseignée par les aides-soignants ; ceci rend l'observance et le contrôle de la distribution impossible, et constitue un risque majeur de survenue d'évènement insérable dans la prise en charge médicamenteuse des résidents.</p> <p><u>Remarque n° 25 :</u> le protocole « administration des médicaments par les aides-soignantes » est ancien et ne correspond pas aux pratiques actuelles.</p>

#### Respect des droits des personnes accueillies

Respect des droits et de la dignité des personnes	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
Les rythmes de vie collective (lever, repas, toilette, soins, activités, coucher) sont-ils prévus pour respecter les rythmes individuels et les désirs des personnes prises en charge ?	X		<p>Le règlement de fonctionnement de l'établissement indique les rythmes de vie collective :</p> <p>Le petit déjeuner est servi entre 7h00 et 8h30</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décrire les heures de levé le matin (1<sup>er</sup> levé, dernier levé)</li> <li>- Décrire les heures de coucher (y compris les mises à la sieste)</li> <li>- Relever les heures de mises au repas (y compris en chambre)</li> <li>- Relever le nombre de douche/bain proposé par personne et par semaine.</li> </ul>			<p>Le déjeuner : est servi de 12h à 13h30, à partir de 12h pour les personnes les plus dépendantes et à 12h30 pour les autres.</p> <p>Le goûter : Chaque jour à 16h00, un goûter est proposé aux résidents</p> <p>Le dîner : est servi à partir de 18h00 pour les personnes les plus dépendantes et à 18h30 pour les autres.</p> <p>Le soir, les agents de nuit proposent une infusion et si besoin une collation légère.</p> <p>Toute absence à l'un des repas doit être signalée au servie hôtelier.</p> <p>Durant la visite de l'établissement, la mission a constaté le respect des rythmes de vie collective, notamment le temps de repas.</p> <p>Les repas sont servis à la salle à manger du restaurant et dans les espaces de convivialité des étages dans le respect des désirs des résidents (installation des résidents à partir de 11h30).</p>
L'organisation des locaux permettent-ils un respect de l'intimité, de la mixité ?	X		<p>La mission n'a pas eu accès aux chambres des résidents, ni aux chambres condamnées.</p> <p>Cependant, la visite d'une chambre vide dans l'attente d'une admission a permis de confirmer le respect de l'intimité dans l'architecture des locaux et les chambres de l'EHPAD sont individuelles. La mixité est respectée au sein des étages.</p>
<b>Liberté d'aller et venir</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>COMMENTAIRES/OBSERVATIONS</b>
Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ? (Article L311-3, 1 <sup>o</sup> CASF)	X		<p>Selon les entretiens, le personnel est informé que la contention est associée à une prescription médicale, et que les résidents sont libres dans leurs déplacements au sein de l'EHPAD.</p> <p>Le projet d'établissement précise le caractère exceptionnel de la contention en faisant mention du protocole contention.</p>
<b>Alimentation/repas</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>COMMENTAIRES/OBSERVATIONS</b>
<p>Les repas sont-ils pris dans des conditions satisfaisantes et adaptées à l'état et aux besoins des personnes prises en charge (ambiance sonore, heures et durée des repas, aide aux repas, contenu des repas...) ?</p> <p>Présence d'une commission des menus au sein de la structure ?</p>	X		<p>Selon les propos recueillis en entretiens, les repas sont livrés en barquettes [REDACTED] en liaison chaude.</p> <p>Les repas sont livrés à 8h le matin et sont maintenus au chaud dans les armoires jusqu'au service du midi. Selon les entretiens, le temps prolongé de maintien au chaud altère la cuisson des aliments</p> <p>[REDACTED]</p>

		<p>Une fiche récapitulative des régimes et des textures a été remise à la mission.</p> <p>Il existe une commission de restauration au sein de l'établissement. Le compte-rendu de la réunion du 27/04/2023 fait état de doléances de résidents : « cuisson du repas globalement insuffisante » « il faudrait râper les légumes crus (ex. carottes) plus finement, la résidente souhaiterait que l'assaisonnement soit globalement plus prononcé dans les préparations. » « manque de sel dans l'assaisonnement et pointe du doigt la composition du dîner : il y a trop de crème et yaourt et pas suffisamment de fruits. Il propose d'avoir en entrée du pâté, du saucisson, du jambon, des œufs durs etc. Il aimerait que la soupe soit améliorée, et trouve que le colombo revient trop souvent ». « Dans le gratin de christophine, la part de béchamel est trop importante en comparaison à la quantité de légumes, »</p> <p><b>Remarque n° 26 :</b> dans le recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées édité par le ministère des affaires sociales et la santé, les axes suivants sont à développer par les équipes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- actions impliquant le résident,</li> <li>- actions sur l'environnement du repas,</li> <li>- actions sur le contenu du repas.</li> </ul>
L'établissement a-t-il mis en place une collation la nuit pour l'intégralité des résidents ?	X	<p>Le règlement de fonctionnement prévoit la distribution par les agents de nuit d'une infusion et si besoin d'une collation légère.</p> <p>Le soir, les agents de nuit proposent une infusion et si besoin une collation légère.</p> <p>Une procédure spécifique à la collation de nuit formalisée dans l'établissement a été remis à la mission. La distribution de collation par les soignants de nuit y est fait mention à l'attention des résidents se réveillant la nuit conformément au décret 2015-1868 paru le 30 décembre 2015.</p> <p><b>Remarque n° 27 :</b> en l'absence de document de traçabilité relatif à la distribution de collations nocturnes par étages, les entretiens réalisés n'ont pas permis de confirmer la mise en œuvre systématique de cette procédure.</p>
L'établissement a-t-il mis en œuvre une vigilance particulière quant à l'hydratation des résidents y compris en dehors des épisodes de chaleurs ?	X	<p>Il existe un protocole hydratation daté de 2016 au sein de l'établissement qui prévoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-les apports en cas de risque de déshydratation</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>-l'adaptation de la texture aux capacités (eau gélifiée...)</li> <li>-l'enregistrement écrit des hydratations</li> <li>-les signes de déshydratation</li> <li>-la conduite à tenir en cas de déshydratation</li> </ul> <p>Durant la visite, les temps d'animation et les repas, la mission a pu constater la distribution de boissons durant les temps d'animation dans les espaces de convivialité.</p>
La continence et l'altération des téguments	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
<p>La mise en place des protections pour les personnes souffrant de troubles de la continence fait elle l'objet d'une analyse, d'une adaptation par une équipe pluridisciplinaire ?</p> <p>Décrire les modalités de réalisation des tours de changes (nbre de personnes positionnées sur le change des résidents y compris la nuit, horaire et accompagnement) ?</p> <p>Décrire le matériel utilisé (chariot, logiciel de suivi)</p> <p>Qui a en charge la gestion du stock et les commandes ?</p>		X	
<p>La structure dispose de stockage, de matériel, de protection et de cabinet de toilettes en nombre suffisant et adapté pour assurer les changes des résidents ?</p>	X		
Existe-t-il un référent protection au sein de la structure ?	X		
Existe-t-il un référent plaies et escarres au sein de la structure ?		X	

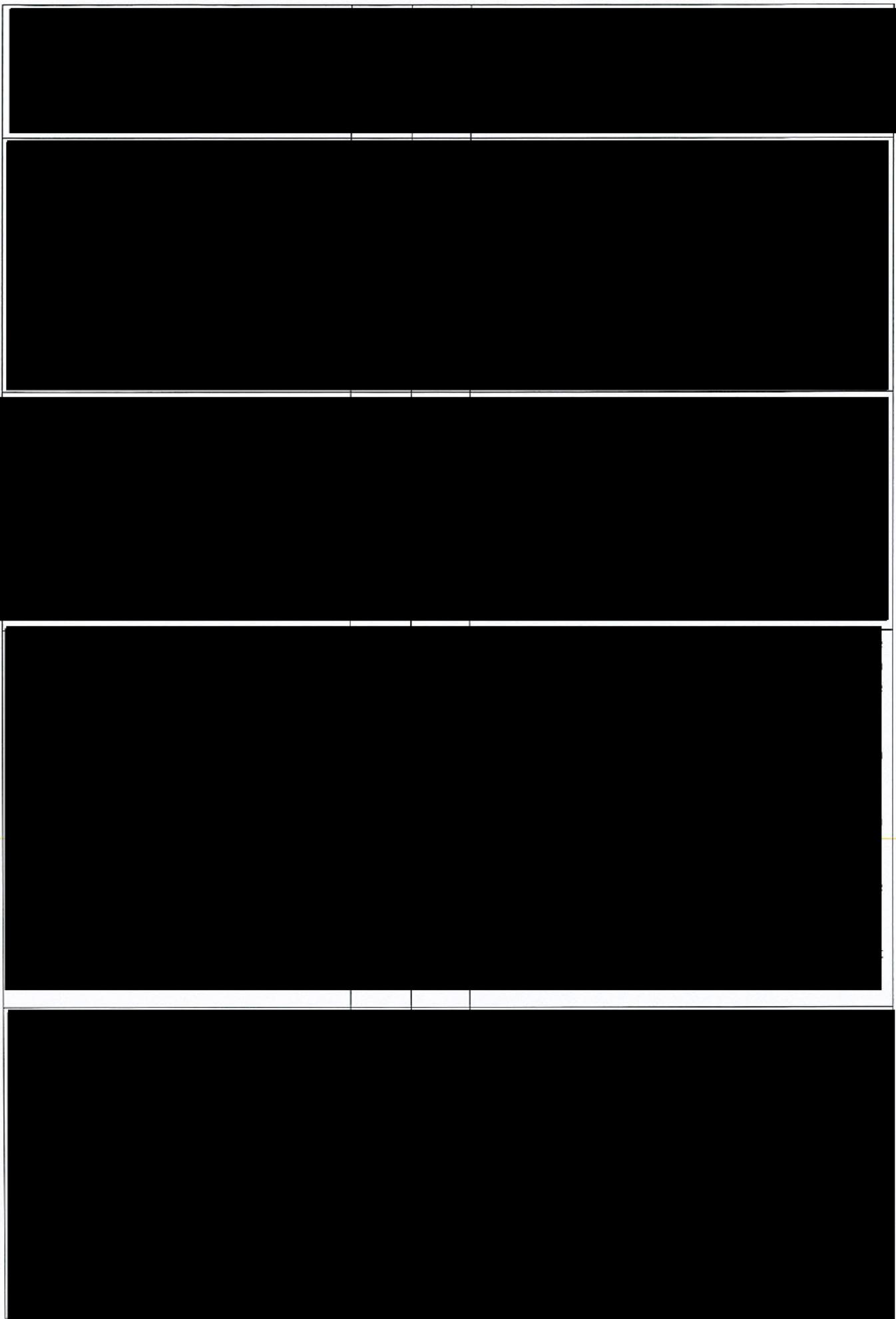
**Ecart n° 14 :** tout traitement de données à caractère personnel, dont les données de santé, est soumis aux dispositions générales du RGPD, de la loi informatique et libertés et du code de la santé publique (responsabilité de traitement, sécurité des données, formalités préalables, information des personnes concernées, etc). Au regard des textes cités ci-dessus, le recueil et l'utilisation des données sensibles, telles que les données de santé, sont interdites par principe.

**Remarque n° 29 :** les recommandations de l'HAS permettant de prescrire par téléphone s'appliquent uniquement dans des situations exceptionnelles et dans le cadre de la régulation médicale. Toutes les autres hypothèses en sont exclues.

## Soins

[REDACTED]

[REDACTED]



## **SYNTHÈSE RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCOMPAGNEMENT**

La mission a noté :

- Une absence d'évaluation des projets de vie ;
- Un défaut d'organisation des soins de nuit ;
- Un temps de coordination médical insuffisant ;
- Une organisation défaillante dans la distribution du médicament (absence de traçabilité).

### 3-4 Coordination avec les autres acteurs

<b><u>Coordinations avec les autres acteurs</u></b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>COMMENTAIRES/OBSERVATIONS</b>
La structure a-t-elle conclu des conventions avec des établissements de santé de son environnement ?		X	<p>Selon les propos recueillis en entretien, un podologue, un kinésithérapeute et un médecin traitant interviennent au sein de l'EHPAD, mais ces interventions ne font pas l'objet de conventions.</p> <p>La structure n'a conclu aucune convention avec un/des établissement(s) de santé, et ne fait pas partie d'une filière de soins ou de prise en charge.</p> <p><b>Ecart n° 15 :</b> en l'absence de convention avec un établissement de santé, mentionnée à l'article D312-158 11° du CASF, et définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (EHPAD).</p>
La structure a-t-elle conclu des conventions de partenariat avec des établissements et services médico-sociaux de son environnement ?		X	<p>Selon les entretiens et l'étude des documents remis à la mission, la structure n'a conclu aucune convention de partenariat avec des établissements et services médico-sociaux de son environnement.</p> <p><b>Remarque n° 31 :</b> l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur est insuffisante et ne lui permet pas d'instaurer et de bénéficier d'un éventail de coopérations et de collaborations formalisées avec des partenaires travaillant dans son environnement médico-social.</p>

#### SYNTHÈSE RELATIVE A LA COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS

- L'établissement ne s'inscrit pas dans une dynamique d'ouverture aux autres structures médico-sociales et sanitaires de son environnement.

#### PARTIE IV : CONCLUSION

- [9] La coopération de l'organisme gestionnaire, de la direction et des personnels du service a contribué au bon déroulement de la mission.
- [10] L'EHPAD bénéficie d'un emplacement géographique favorable et d'un climat social apaisé depuis la crise COVID. Néanmoins les investigations menées ont mis en exergue un défaut de sécurisation de salles techniques, et des axes d'amélioration, notamment dans la formalisation d'outils de pilotage et de prise en charge des usagers, dans la politique de prévention et de signalement des situations de maltraitance et des évènements indésirables et dans la dynamique partenariale de l'établissement à l'échelle du territoire.
- [11] Au regard des constats opérés par la mission au jour de l'inspection, l'EHPAD est en capacité de remédier aux dysfonctionnements soulignés.

Fait et clos à Fort-de-France, le 24 juillet 2023

