

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

3.1 Organisation de la prise en charge			Ecart et Remarques (E/R)	Injonction / Prescription / Recommandation (I/P/R)
3.1.1 Admission	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	
Existe-t-il une procédure d'admission et d'accueil formalisée ?	X		L'admission des résidents est proposée par le médecin coordonnateur après une visite de préadmission et avis et concertation avec la cadre de santé et la psychologue. La directrice de l'établissement valide les admissions. Les admissions en UHR sont examinées de la même façon. L'établissement n'a pas transmis de procédure formalisée. Remarque 17 : L'établissement ne dispose pas de procédure d'admission et d'accueil formalisée.	Recommandation
Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ?	X			
3.1.2 Modalités d'accompagnement/Projet d'accueil et d'accompagnement	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	
Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissements, activités de loisirs, jouets favoris...) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ?	X		Il existe un formulaire complet de recueil des habitudes de la personne. Selon les professionnels rencontrés, le recueil des habitudes de vie est réalisé à l'admission du résident par la cadre de santé et la secrétaire.	

Un projet d'accueil et d'accompagnement formalisé et adapté est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ? Est-il partagé avec le résident et sa famille ?	X	Selon les informations recueillies auprès des professionnels rencontrés, un projet de vie est élaboré 3 mois après l'entrée du résident. Les projets de vie présentés à la mission sont succincts et s'apparentent à des projets de soins, comportant essentiellement les besoins en soins et en rééducation. La réalisation des projets de vie a été reprise en 2023, après un arrêt de plusieurs années. Remarque 18: Les projets de vie des résidents sont peu développés et s'apparentent à des projets de soins. Les projets de vie ont été repris en 2023 et aucun n'a jusqu'à présent fait l'objet d'une évaluation annuelle. Remarque 19: Les projets de vie des résidents ne sont pas actualisés.	Remarque	Recommandation
Ce projet est-il mis en œuvre et évalué périodiquement (au moins une fois par an en équipe pluridisciplinaire) ? Si oui, par qui ?	X		Remarque	Recommandation
3.1.3 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	
Affectation des personnels - S'assurer que l'affectation des personnels (plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés.	X		Maquette organisationnelle des AS/AMP/AES : - personnes le matin de 6 heures à 14 heures - personnes l'après-midi de 13 heures 30 à 21 heures. - personnes de nuit (de 20 heures 30 à 6 heures 30 et de 21 heures à 7 heures)	

				Le personnel de nuit n'est pas fixe, les rotations entre la journée et la nuit se font tous les 10 jours.		
Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?	X			Les réunions de transmissions sont organisées à chaque changement d'équipe : de 6 heures à 6 heures 30 le matin, de 13 heures 30 à 14 heures en milieu de journée et de 20 heures 30 à 21 heures le soir. Les transmissions de la mi-journée sont réalisées en présence de l'ensemble des soignants.		
La continuité des soins infirmiers et médicales sont-elles assurées ? Quelles sont les jours et heures de présence du médecin coordonnateur ? (son temps de coordination au profit de la structure)				Selon les informations recueillies auprès des personnels, IDE sont présentes en journée de 6 heures à 18 heures et de 7 heures 30 à 19 heures 30 du lundi au dimanche. IDE est présente de 10 heures à 20 heures le mercredi pour accompagner les visites de médecins traitants et les mardis et jeudis pour préparer les piluliers des résidents. Cette infirmière n'est pas présente le lundi et les week-ends.		
Quelles sont les jours et heures de présence des infirmiers ? La structure dispose t'elle d'une astreinte paramédicale formalisée et mise en œuvre ? Glissement de tâches	X			Il n'y a pas d'infirmiers présent la nuit, ni d'astreinte infirmier. Le cadre de santé peut être appelée à tout moment. Elle indique se déplacer 4 à 5 fois par an. Le médecin coordonnateur est présent dans l'établissement les mardis et les vendredis. En cas d'urgence, la consigne est d'appeler le 15. L'ensemble du personnel est informé. Remarque 20 : L'astreinte de nuit n'est pas organisée et repose entièrement sur la cadre de santé.	Remarque	Recommandation
Quelles sont les réunions des professionnels soignants ?				Il n'y a pas de planning des réunions. Selon les professionnels rencontrés, le mardi matin se tient une réunion pour l'élaboration de projets de vie selon un calendrier établi, avec le résident et son représentant,		

			Une réunion de service est prévue tous les mois pour l'EHPAD, mais ne serait pas tenue régulièrement. Il n'y a pas de réunions pluriprofessionnelles. Une réunion spécifique pour l'UHR (ASG, psychologue, IDE, référent UHR et cadre de santé) se tiendrait à une fréquence moindre (non précisée). Il n'y a pas de réunion pour le PASA. Ces réunions ne donnent pas lieu à un compte-rendu. Les psychologues se réunissent le mardi.		
L'établissement s'est-il doté de référents thématiques ?			<u>Remarque 21</u>: L'établissement ne dispose pas de référents thématiques formés, disposant d'une fiche de mission/fiche de poste.	Remarque	Recommandation

3.2 Respect des droits des personnes accueillies			Injonction / Prescription / Recommandation (I/P/R)	Ecart et Remarques (E/R)	
3.2.1 Respect des droits et de la dignité des personnes	OUI	NON			
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 ? - Décrire les heures de levé le matin (1 ^{er} levé, dernier levé) - Décrire les heures de coucher (y compris les mises à la sieste) - Relever les heures de mises au repas (y compris en chambre) - Relever le nombre de douche/bain proposé par personne par semaine.			Les petits déjeuners sont servis en salle à manger et en chambre à partir de 7 heures 30 et jusqu'à 9 heures en chambre. Le repas de midi est servi à midi et le repas du soir à 18 heures 15. Les résidents qui bénéficient des activités du PASA déjeunent au PASA. Les résidents de l'UHR prennent leurs repas à l'UHR. Les résidents ont la possibilité de prendre leurs repas, le petit-déjeuner, le repas du midi et celui du soir dans leur chambre. ████████████████████ Certains résidents ne sont pas relevés après la sieste de l'après-midi. Les résidents qui ne dînent dans leur chambre commencent à être mis en pyjama à partir de 15 heures. Tous les résidents sont couchés entre 19 heures 30 et 20 heures 30. Il n'y a pas de planning de douches. L'établissement n'est pas équipé pour les bains. Les soignants rencontrés indiquent qu'il n'existe pas de protocole pour la réalisation des toilettes de résident. Remarque 22 : certains résidents ne sont pas relevés après la sieste, et sont mis en pyjama à partir de 15 heures.		
L'organisation des locaux permettent-ils un respect de l'intimité, de la mixité ?	X			Remarque	Recommandation

Existence d'occultant sur les fenêtres des salles de bains individuelles ou communes donnant sur les extérieurs et d'une présence.						
3.2.2 Liberté d'aller et venir	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS			
Le droit de la personne prise en charge « à aller et venir librement » est-il garanti et aménagé selon son état ? (Article L.311-3, 1° CASF)		X	Quelques résidents conservent la clé de leur chambre. Certains résidents sont enfermés dans leur chambre la nuit, que ce soit à l'UHR ou hors de l'UHR (8 résidents le jour de l'inspection). Selon le personnel rencontré, les personnes enfermées sont celles qui ont tendance à déambuler et à entrer la nuit dans la chambre d'autres résidents, mais aussi des résidents qui dont l'objet d'intrusions dans leurs chambres.	Ecart	Injonction	
La mise sous contention d'une personne accueillie s'opère-t-elle dans le cadre d'un protocole interne formalisé incluant la personne ou son représentant et les personnels (éducatifs, soignants, médicaux) ?			Ecart 15 : Contrairement à l'article L.311-3 du CASF, des résidents sont privés du droit d'aller et venir librement la nuit, enfermés dans leur chambre ce qui compromet leur sécurité.			
La mise sous contention fait-elle l'objet d'une prescription médicale ? Si oui, cette prescription est-elle réévaluée ?		X	La mise sous contention se fait sous deux formes : fermeture de la porte de la chambre le soir ou ridelles est prescrite par le médecin coordonnateur dans un cahier dédié comportant le nom du résident, le type de contention, la date et la signature du médecin coordonnateur. Il n'y a pas de prescription détaillée et les « prescriptions » sur le cahier n'ont pas de mention de durée et ne sont pas réévaluées régulièrement. Il n'est pas mentionné que la famille et ou représentant légal du résident est informé. Remarque 23 : la durée de prescription des contentions ne sont pas mentionnées, les contentions ne sont pas réévaluées et l'établissement n'a pas apporté la preuve de l'information systématique de la famille ou du représentant légal.	Remarque	Recommandation	

3.2.3 Alimentation/repas	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS		
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...) ? Est-il fait recourt à une diététicienne ? Le médecin coordonnateur valide t'il les menus ? Présence d'une commission des menus au sein de la structure ?	X		Les repas dans la salle à manger commune sont pris dans de bonnes conditions, l'espace est vaste et adapté, du personnel présent pour aider les résidents qui le nécessitent. Une diététicienne intervient dans l'établissement et participe à l'élaboration des menus.		
L'établissement a-t-il mis en place une collation la nuit pour l'intégralité des résidents ?		X	Bien que la durée du jeûne nocturne soit supérieure à 12 heures, il n'est pas proposé une collation de nuit systématiquement pour tous les résidents. Seuls quelques résidents diabétiques peuvent bénéficier d'une collation. Remarque 24 : Il n'est pas proposé systématiquement de collation aux résidents, bien que la durée du jeûne nocturne soit supérieure à 12 heures.	Remarque	Recommandation
L'établissement a-t-il mise en œuvre une vigilance particulière quant à l'hydratation des résidents y compris en dehors des épisodes de chaleurs ?		X	La vigilance pour l'hydratation des résidents n'est pas formalisée. Remarque 25 : L'établissement ne dispose pas d'un protocole pour la prévention de la déshydratation des résidents.	Remarque	Recommandation

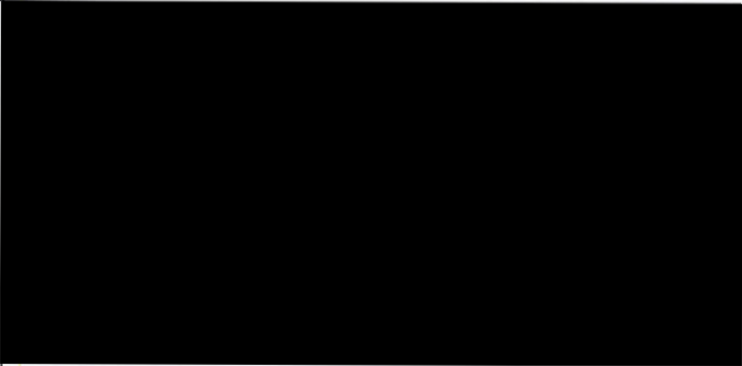
3.2.4 La continence et l'altération des téguments	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS		
La mise en place des protections pour les personnes souffrant de troubles de la continence fait elle l'objet d'une analyse, d'une adaptation par une équipe pluridisciplinaire ?		X	<u>Remarque 26</u> : La nécessité de protection pour les résidents ne fait pas l'objet d'une analyse ni d'une adaptation par une équipe pluridisciplinaire.	Remarque	Recommandation
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 ?	X		Chaque chambre est équipée d'un cabinet de douche.		
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 ? Les pansements réalisés sont-ils conformes aux bonnes pratiques professionnelles ?		X	L'établissement ne dispose pas de protocoles pour la réalisation des pansements. Il n'y a pas de référents plaies et escarres.	Remarque	Recommandation
Comment est organisée l'animation dans l'établissement			<u>Remarque 27</u> : Il n'existe pas de protocoles pour la réalisation des pansements l'établissement. [redacted] un projet pour l'animation a été rédigé en 2020		

			Un programme d'animation mensuel et établi. Pour le mois de novembre 2024, il comporte des activités en extérieur (sortie à la forêt aux 3 îlets, sortie dans les quartiers, courses au supermarché, sortie bord de mer au Robert, etc.) des ateliers de réflexologie, de musicothérapie, des interventions d'associations (Echange conte et rire, association DALC), la messe à la télévision les dimanches, de l'activité physique adaptée par les kinésithérapeutes libéraux, et une journée de la tenue traditionnelle martiniquaise.		
--	--	--	---	--	--

3.3 Soins				Ecart et Remarques (E/R)	Injonction / Prescription / Recommandation (I/P/R)
		OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	
3.3.1	Projet de soins individuel/Partage des informations médicales et paramédicales				
	Un projet de soins concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?	X			
	Les projets de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?	X		Les projets de soins sont revus lors des réunions de transmission, si nécessaire. Il n'y a pas de révision périodique planifiée.	
	Un plan de soins (soins techniques, nursing) concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?	X			
	Les plans de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?	X		Les plans de soins sont révisés au fil de l'eau, sans révision périodique organisée	
	La tenue des dossiers médicaux et des dossiers de soins des personnes prises en charge est-elle satisfaisante (contenu/accès sécurisé...) ?	X		Le logiciel de soin utilisé est [REDACTED] L'ensemble des professionnels, y compris les [REDACTED] médecins traitants intervenant dans l'établissement y saisissent leurs observations et leurs transmissions. L'accès est sécurisé par un code personnel. Les IDE et les AS ont accès au dossier médical.	
	Les transmissions et la gestion des informations d'ordre médical et paramédical sont-elles organisées et formalisées ?	X		Des réunions de transmission sont organisées à chaque changement d'équipe.	

La prise en charge de la douleur est-elle organisée et protocolisée ?			L'établissement n'a pas transmis de protocole pour la prise en charge de la douleur. Remarque 28 : L'établissement ne s'est pas doté d'un protocole de prise en charge de la douleur.	Remarque	Recommandation
La prise en charge de la chute est-elle organisée et protocolisée ?			L'établissement n'a pas transmis de protocole pour la prévention et la prise en charge des chutes. Remarque 29 : L'établissement ne s'est pas doté d'un protocole relatif à la prévention et à la prise en charge des chutes.	Remarque	Recommandation
Existe-t-il un dispositif permettant de prévenir les chutes , de les signaler et de les analyser ?			Un dispositif de déclaration des chutes [REDACTED] est opérationnel et utilisé. Une analyse des causes des chutes déclarées entre le 1 ^{er} janvier et le 20 novembre 2024 a été remise à la mission d'inspection. Parmi les 120 chutes, 57 (47,5%) sont survenues lors de la marche, 23 (19%) sont des chutes du lit, 19 (16 %) des chutes d'une chaise ou d'un fauteuil. Ces trois causes principales représentent 82,5% de l'ensemble de chutes. Il n'y a pas d'analyse a posteriori des causes des chutes ni de plan d'action visant à prévenir celles-ci que ce soit sur le plan individuel ou institutionnel. Les chutes ne sont pas déclarées comme EIAS. Remarque 30 : La recherche des causes des chutes des résidents ne fait pas l'objet d'une analyse a posteriori ni de plan d'action visant à leur prévention.	Remarque	Recommandation
Les soins palliatifs et la fin de vie sont-ils organisés et protocolisés ? Recours à une équipe mobile de soins palliatifs		X	Une équipe mobile de soins palliatifs peut intervenir dans l'établissement sur sollicitation. La convention entre l'établissement et l'équipe mobile de soins palliatifs n'a pas été transmise. Remarque 31 : La convention entre l'établissement et l'équipe mobile de soins palliatifs n'a pas été transmise à l'équipe d'inspection.	Remarque	Recommandation

				Remarque	Recommandation
La prise en charge en soins psychiatrique est-elle organisée ? Intervention d'un médecin psychiatre, Intervention d'un psychologue, Intervention d'un infirmier de Centre Médico-Psychologique	X			Selon les professionnels rencontrés, une équipe de l'équipe mobile de psychiatrie comportant des psychologues et des infirmiers, intervient dans l'établissement notamment auprès des patients psychiatriques vieillissants hébergés dans l'UHR (3 patients pris en charge au moment de l'inspection) notamment. Les psychologues de l'établissement travaillent en concertation avec les équipes psychiatriques. La convention entre l'établissement et le CMP n'a pas été transmise. Remarque 32 : La convention entre l'établissement et le CMP n'a pas été transmise à l'équipe d'inspection.	
La prise en charge du résident dément déambulant est-elle organisée ? Présence d'un PASA Existence d'une UHR / UPV	X			Les résidents qui présentent des troubles du comportement à type d'ambulation sont préférentiellement orientés à l'UHR le temps de ces troubles. Toutefois, selon le médecin coordonnateur, les besoins sont supérieurs à la capacité de l'UHR et les refus d'admission sont essentiellement motivés par l'impossibilité d'héberger la personne en UHR. L'établissement dispose aussi d'un PASA pour les résidents qui ont des troubles cognitifs modérés et qui peuvent bénéficier des activités proposées. La durée moyenne de présence au PASA est de 1 à 2 années.	
Existe-t-il un projet de service du PASA ? Quelle est la prise en charge au PASA ?	X			Le projet du PASA déposé lors de la demande d'autorisation n'a pas été révisé. Selon les professionnels rencontrés, la durée de prise en charge au PASA est de 1 à 2 ans. Aucune réunion n'est programmée pour le PASA. 14 résidents sont pris en charge au PASA, 5 jours par semaine. Des intervenants proposent un atelier informatique, un atelier de musicothérapie, des danses traditionnelles (Club OMASS) Les kinésithérapeutes [REDACTED] proposent des activités physiques une fois par mois. Certaines activités sont communes avec l'ensemble des résidents de l'EHPAD	

L'architecture du PASA est-elle conforme à la réglementation ? (environnement confortable, rassurant et stimulant, lieux de vie sociale pour le groupe permettant d'y accueillir la famille, facilement accessible depuis les unités de vie de l'établissement, et comprenant une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou une terrasse, clos et sécurisé, librement accessible aux résidents). Article D312-155-0-1 du CASF	X				
Le personnel intervenant en PASA est-il conforme à la réglementation ? (psychomotricien ou ergothérapeute, assistant de soins en gérontologie, psychologue pour les résidents et les aidants). L'ensemble du personnel est-il spécifiquement formé à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives ? Article D.312-155-0-1 du CASF	X		 Ecart 16 : Contrairement à l'article D.312-155-0-1 du CASF, aucun ergothérapeute ou psychomotricien n'intervient dans l'UHR et le personnel intervenant n'a pas bénéficié de formation à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives.	Ecart	Prescription

Existe-t-il un projet de service de l'UHR ?	X	Le projet de l'UHR déposé lors de la demande d'autorisation n'a pas été révisé		
Décrire l'organisation de la prise en charge dans l'UHR				
L'architecture de l'UHR est-elle conforme à la réglementation ? (espaces privés et collectifs et notamment une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou une terrasse, clos et sécurisé, favorisant l'orientation et la déambulation dans un cadre sécurisé) Article D.312-155-0-2 du CASF	X	L'UHR est au rez-de-chaussée et constituée de 14 chambres, autour d'un espace où se déroulent les activités et où les résidents prennent leurs repas. Les professionnels ont mentionné un projet de cuisine pour l'UHR. La cuisine à l'étage n'est pas utilisable pour ces résidents.		
Le personnel intervenant dans l'UHR est-il conforme à la réglementation ? (médecin, IDE, psychomotricien ou ergothérapeute, AS ou AMP, ou AES, assistant de soins en gérontologie, personnel soignant la nuit,	X		Ecart	Injonction

psychologue pour le personnel et les aidants. L'ensemble du personnel est-il spécifiquement formé à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives et notamment à la prise en charge de comportements perturbateurs liés à la maladie ? Article D312-155-0-2 du CASF			<u>Ecart 17</u> : Contrairement à l'article D.313-155-0-2 du CASF, il n'y a pas de personnel la nuit pour les résidents de l'UHR, unité fermée dont certains résidents sont enfermés à clé dans leur chambre la nuit.		
Les résidents ont-ils tous un médecin traitant ?					

Le médecin coordonnateur organise-t-il une réunion de commission gériatrique annuellement ? Art. D. 312-158 du CASF		x			
Des protocoles et procédures existent-ils ? Sont-ils mis en pratique ? Article D.312-155-0 du CASF		x		De professionnels ont indiqués que les protocoles soignants existaient sous forme papier. L'établissement ne s'est pas doté d'une gestion électronique des documents. Les protocoles, présentés par la cadre de santé, ne mentionnent pas les noms de leurs auteurs, ni les références. Le jour de l'inspection, aucun classeur de protocole n'était disponible dans la salle des infirmières, et les soignants rencontrés ont indiqué ne pas savoir où se trouvait le classeur de protocole. <u>Ecart 19 : Contrairement à l'article D312-155-0 du CASF aucun protocoles n'était à la disposition du personnel lors de l'inspection. du personnel.</u>	Prescription

La prise en charge en cas d'urgence vitale est-elle organisée ? Circulaire DGOS/DGS/RH1/MC no 2010-173 du 27 mai 2010 Arrêté du 30/12/2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence modifié par l'arrêté du 01/07/2019		Selon les professionnels rencontrés les attestations de formation aux gestes et secours d'urgence (formation obligatoire) ne sont pas suivies. Un chariot d'urgence est dans la salle infirmière, il n'est pas scellé et ne comporte pas la liste des médicaments et matériels contenus. La vérification des périmés et des produits manquants n'est pas planifiée et n'est pas réalisée régulièrement. Les dates de vérifications mentionnées sont le 12 juillet 2024 et le 14 novembre 2024. La date de la vérification suivante n'est pas prévue. Ecart 20: Contrairement aux dispositions de la circulaire DGOS/DGS/RH1/MC no 2010-173 du 27 mai 2010, l'établissement n'est pas organisé pour la prise en charge de l'urgence vitale. Ecart 21: Contrairement à l'arrêté du 30/12/2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence modifié par l'arrêté du 01/07/2019 / Article D.312-155-0 du CASF, l'établissement ne réalise pas de suivi ni de recyclage pour l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.	Ecart	Prescription
			Ecart	Prescription

Circuit du médicament	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	Ecart et Remarques (E/R)	Injonction / Prescription / Recommandation (I/P/R)
Comment est organisé le circuit du médicament de la prescription à la délivrance ? Existe-t-il une procédure du circuit du médicament ?				Remarque	Recommandation

4 Coordination avec les autres acteurs

4.1 Coordinations avec les autres acteurs	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	Ecart et Remarques (E/R)	Injonction / Prescription / Recommandation (I/P/R)
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 gérontologiques, réseaux de soins palliatifs...) ? Ce partenariat est-il formalisé par des conventions ?		X	 Aucune convention n'a été transmise. Remarque 34 : L'établissement n'a pas de transmis de convention de partenariat avec les acteurs du secteur sanitaire.	Remarque	Recommandation
La structure dispose-t-elle d'un protocole avec un établissement de santé pour la gestion des urgences ? La structure fait-elle partie d'une filière de soins ou de prise en charge ? 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 ?		X	L'établissement n'a pas transmis de convention. Remarque 35 : L'établissement n'a pas transmis de convention avec un établissement de santé pour la prise en charge des urgences.	Remarque	Recommandation
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 ? Quelle est l'implication du directeur et des responsables professionnels concernés dans ce partenariat ?		X	Plusieurs intervenants au PASA proposent : atelier informatique, atelier musicothérapie, danses traditionnelles (Club OMASS). Les conventions avec les intervenants n'ont pas été transmises. L'établissement n'a pas transmis de convention. Remarque 36 : L'établissement n'a pas de transmis de convention de partenariat avec les acteurs du secteur médico-social.	Remarque	Recommandation

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 ? Quelle est l'implication du directeur et des responsables professionnels concernés dans ce partenariat ?			X	L'établissement n'a pas transmis de convention. Remarque 37 : L'établissement n'a pas de transmis de convention de partenariat avec les organismes chargés de l'orientation.	Remarque	Recommandation
--	--	--	----------	---	-----------------	-----------------------

Conclusion

Conformément à la demande du commanditaire l'inspection de l'Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Résidence (EHPAD) Henri BOURGEOIS géré par l'OMASS de la ville du Lamentin a été réalisée sur site le 20 novembre 2024.

L'inspection de l'établissement s'est déroulée les 20 et 21 novembre 2024 sur site.

Le cadre environnemental de l'établissement ne favorise pas la prise en charge optimale des résidents. L'architecture et l'aménagement intérieur ne répondent plus aux normes actuelles d'un établissement médicosocial (Cf. 2.2.1) et présentent des risques pour la sécurité des résidents.

La gouvernance de l'établissement est confondue avec celle de l'OMASS. Plusieurs directeurs se sont succédé en quelques années témoignant d'une instabilité de l'association.

L'établissement ne dispose pas d'un temps de direction identifié [REDACTED]

Les documents structurant l'établissement ne sont pas à jour, notamment : pas d'organigramme, pas de projet d'établissement, pas de règlement de fonctionnement, pas de livret d'accueil. Les professionnels n'ont pas de fiche de poste et les protocoles et procédures ne sont pas élaborés. Il n'y a pas de plan de formation.

La sécurité des résidents dans l'unité UHR est perfectible :

- ***Il n'y a pas de personnel de nuit dédié à l'UHR pour la surveillance des résidents ;***
- ***Des résidents sont enfermés à clé dans leur chambre au sein de l'UHR et hors UHR.***

La gestion des événements indésirables n'est pas organisée notamment pour la reconnaissance de ces événements, leur déclaration aux autorités. L'établissement n'a pas développé de culture de la qualité et de la gestion des risques. La démarche engagée [REDACTED] n'a pas abouti et s'est interrompue en 2019, [REDACTED]

La mission note une volonté de bien faire des professionnels dévoués et volontaires. Par ailleurs, la mission constate que quelques procédures existent mais sont insuffisamment formalisées donc peu ou pas connues du personnel. La culture de lutte contre les maltraitances existe mais méritent d'être formalisée et actualisée dans le projet d'établissement.

En conséquence, la mission d'inspection inopinée du 20 novembre 2024 à l'EHPAD de l'OMASS a relevé **21 écarts à risques moyen à fort** et **37 remarques** donnant lieu à des **injonctions, préconisations et des recommandations** se référant à la réglementation du CASF et portant notamment :

- *Au respect des obligations de gouvernance et de direction pour la gestion d'un établissement social et médico-social ;*
- *A l'organisation et au fonctionnement de l'établissement : actualisation et appropriation des documents stratégiques (projet d'établissement, règlement de fonctionnement) et de pilotage (organigramme formalisé, fiches de poste etc.) ;*
- *A la sécurisation et à la qualité de la prise en charge des résidents : procéder la gestion des événements indésirables dont associés aux soins ; formation des personnels ; traçabilité des actes et circuit du médicament ; la gestion des urgences vitales ;*
- *A l'inscription de l'établissement dans son environnement sanitaire, social et médico-social : coopérations et partenariat à développer et à formaliser.*

Certains écarts relevés par l'équipe de mission (Voir tableau des mesures - Ecart et Remarques en annexes) sont de nature à compromettre la sécurité des résidents.

L'inspection s'est déroulée dans un climat cordial.

Fait et clos à Fort de France, le 17 octobre 2025