

**Tableau des mesures correctives définitives
EHPAD Résidence Florea Etang Z'abricot**

	ECARTS / REMARQUES	Mesures correctives définitives
Injonctions		
E1	Contrairement à l'arrêté d'autorisation, les lits d'hébergement temporaire sont utilisés en tant que lits d'hébergement permanent.	Injonction 1 : Les lits d'hébergements temporaires mentionnés dans l'arrêté d'autorisation doivent être réservés à de l'hébergement temporaire
E2 R1	Contrairement à l'article L.344-5-1 du CASF, l'établissement n'a pas apporté la preuve d'une autorisation de la collectivité territoriale de Martinique pour l'admission de résidents de moins de 60 ans. Des résidents avec un GIR 5 ou 6, non dépendants sont accueillis dans l'EHPAD.	Injonction 2 : L'établissement doit accueillir uniquement des résidents relevant d'une prise en charge en EHPAD : personnes dépendantes (GIR 1 à 4) âgées d'au moins 60 ans ou de moins de 60 ans avec dérogation de la collectivité territoriale.
E13 E 16	Contrairement à la réglementation en vigueur (R 331-8 à 331-10 et décret du 24 août 2016) et à l'article R1413-68, l'établissement ne s'est pas doté d'un dispositif opérationnel de recueil, de transmission et d'analyse des événements indésirables (dont événements associés aux soins) tel que décrit dans les textes, connu du personnel et permettant des déclarations anonymes. Contrairement à l'instruction du 17 février 2017, l'établissement ne dispose pas d'une charte d'encouragement au signalement des EIAS.	Injonction 3 : L'établissement doit se doter d'une charte d'encouragement au signalement et d'un dispositif opérationnel de déclaration, d'analyse et de suivi des événements indésirables, dont les événements indésirables associés aux soins, conformes à la réglementation et connus du personnel.
E14 E15	Contrairement à l'art 1 du décret du 24/08/16, l'établissement ne déclare aucun EIGS via le portail réglementaire. Contrairement à l'article R331-10 du CASF, le CVS n'est pas systématiquement avisé des dysfonctionnements graves susceptibles d'affecter la prise en charge des résidents, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des résidents, ainsi que des dispositions prises par l'établissement pour y remédier ou les prévenir.	Injonction 4 : l'établissement doit déclarer immédiatement aux autorités les événements indésirables graves associés aux soins, ainsi que les dysfonctionnements graves, informer le CVS de ceux-ci ainsi que des dispositions prises pour y remédier ou les prévenir.
E 21	Contrairement à l'arrêté du 01/07/2010 l'ensemble du personnel soumis à l'obligation de formation à l'AFGSU n'est pas à jour ou n'a pas suivi d'actualisation à la formation aux gestes et soins d'urgence.	Injonction 5 : L'ensemble des salariés y étant soumis doit être à jour de l'AFGSU.

Prescriptions		
E3 E4 E5 E6	<p>Contrairement à l'article R311-33 du CASF le règlement de fonctionnement de l'établissement n'est pas daté et il n'a pas été possible de déterminer la date de dernière révision (périodicité n'excédant pas 5 ans).</p> <p>Contrairement à l'Art D312-9 du CASF, le règlement de fonctionnement ne prévoit pas les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire.</p> <p>Contrairement à l'Art R311-33 du CASF, le règlement de fonctionnement n'a pas été soumis aux consultations réglementaires (instances représentatives du personnel et CVS).</p> <p>Contrairement à l'Art R311-34 du CASF, la mission n'a pu s'assurer que le règlement de fonctionnement est diffusé à l'ensemble des intervenants dans l'établissement.</p>	<p>Prescription 1 : Le règlement de fonctionnement de l'établissement doit prévoir l'ensemble des modalités de fonctionnement de l'établissement, être daté et signé, mis à jour, soumis aux consultations réglementaires, et diffusé à l'ensemble des personnels et intervenants dans l'établissement.</p>
E7 E8 E9	<p>Contrairement à l'Art L311-8 du CASF, le projet d'établissement, non daté, ne prévoit pas de modalités d'élaboration (notamment la consultation du CVS), ni modalités et ni périodicité pour sa révision (périodicité n'excédant pas 5 ans).</p> <p>Contrairement à l'Art D312-9 du CASF, le projet d'établissement de la structure ne prévoit pas les modalités d'organisation et de fonctionnement ni du PASA de l'hébergement temporaire.</p> <p>Contrairement à l'art. D312-160 du CASF, le projet d'établissement n'intègre pas un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.</p>	<p>Prescription 2 : Le projet d'établissement doit être élaboré conformément à la réglementation, inclure l'ensemble des modalités d'accueil, et être régulièrement révisé.</p>
E10 E11	<p>Contrairement à l'article D312-176-5 du CASF, le document unique précisant les compétences et les missions confiées par délégation aux professionnels chargés de la direction d'un établissement médico-social ne précise pas la nature et l'étendue de la délégation sur les 4 champs réglementaires et notamment en matière de conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement.</p> <p>Contrairement à l'article D. 312-176-5 du CASF le document précisant les délégations de pouvoirs et de signatures n'a pas été communiqué au Conseil de Vie Sociale.</p>	<p>Prescription 3 : Les délégations de pouvoir doivent préciser la nature, et l'étendue de la délégation sur les 4 champs réglementaires et notamment la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement et être communiqués au Conseil de Vie Sociale</p>
E12	<p>Contrairement à l'article D311-19 du CASF le CVS ne dispose pas de règlement intérieur.</p>	<p>Prescription 4 : Le CVS doit se doter d'un règlement intérieur.</p>
E17	<p>Contrairement à l'article D312-156 qui prévoit un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places, le médecin coordonnateur de l'établissement est employé à ■■■ ETP</p>	<p>Prescription 5 : Compte tenu de la capacité de l'établissement, le médecin coordonnateur doit intervenir à 0,6 ETP.</p>

E18	Contrairement à l'article D312-155-0 du CASF tous les résidents ne bénéficient pas d'un projet d'accueil et d'accompagnement révisé annuellement.	Prescription 6 : l'ensemble des résidents doit bénéficier d'un projet d'accueil et d'accompagnement révisé annuellement
E19 E20	Contrairement à l'article D312-155-0 du CASF, l'établissement ne peut attester dispenser des soins médicaux et paramédicaux adaptés, en raison de l'absence d'un projet de soin de l'établissement, de projets individualisés de soins, de traçabilité des soins effectués et en l'absence de protocoles connus et appliqués par les professionnels de santé. Contrairement à l'art. D. 312-155-0 du CASF, l'établissement n'a pas mis en place un projet de soins individualisé.	Prescription 7 : L'établissement doit se doter de l'ensemble des documents institutionnels, protocoles, procédures et outils de suivi afin de dispenser des soins médicaux et paramédicaux adaptés à chaque résident.
E22	Contrairement à l'article D.312-155-0 du CASF, l'établissement n'a pas conclu de conventions avec les différents acteurs contribuant à la continuité des soins et l'organisation de l'hospitalisation.	Prescription 8 : L'établissement doit conclure une convention avec les acteurs contribuant à la continuité des soins et à l'organisation de l'hospitalisation
Recommandations		
R2	L'établissement ne dispose pas d'un règlement intérieur.	Recommandation 1 : l'établissement devrait se doter d'un règlement intérieur.
R3 R4 R5	L'organigramme remis est non daté et non signé et ne présente pas les liens hiérarchiques et fonctionnels de l'ensemble du personnel de l'établissement. L'organigramme remis [REDACTED] [REDACTED] ne traduit pas l'organisation réelle et est en contradiction avec certains contrats de travail. L'organigramme n'est pas connu de l'ensemble du personnel	Recommandation 2 : L'établissement devrait se doter d'un organigramme présentant l'organisation retenue (<i>par département, par type d'accueil : hébergement permanent, hébergement temporaire, unité protégée, PASA</i>) avec les liens hiérarchiques et fonctionnels de l'ensemble du personnel de l'établissement, et présenté et diffusé aux instances et au personnel.
R6 R7 R8	Le protocole de continuité de la direction n'est pas daté. La date du dernier renouvellement du CVS n'a pas été précisée. Les décisions prises par les différents comités ne sont pas communiquées à l'ensemble des professionnels de l'établissement.	Recommandation 3 : Les décisions et documents de l'établissement devraient être signés et datés et portés à la connaissance des salariés et des instances.
R10 R11	Le plan bleu ne comporte pas d'annexe risque cyclonique. L'établissement ne dispose pas de réserve en eau à utiliser en cas de coupure d'eau	Recommandation 4 : Dans le cadre de la préparation aux crises, l'établissement devrait rédiger une annexe cyclonique « plan bleu » et disposer d'une réserve en eau.
R12 R13	L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de recueil et de suivi du traitement des réclamations et plaintes. [REDACTED] [REDACTED]	Recommandation 6 : le recueil et l'analyse des réclamations et plaintes des résidents et de leurs familles devraient être organisés et suivis, le personnel devrait en avoir connaissance et toute action devrait être tracée dans le dossier de soins.
R14	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Recommandation 7 : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

R15	<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	Recommandation 8 : La consultation de l'extrait de casier judiciaire des salariés devrait se faire à intervalle régulier.
R16	La mission n'a pu s'assurer des procédures mises en place par l'établissement pour le traitement des données personnelles (durée de conservation des documents).	Recommandation 9 : L'établissement devrait définir les modalités et la durée de conservation des données personnelles.
R17 R18	<p>Chaque salarié ne dispose pas d'une fiche de poste.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	Recommandation 10 : Chaque salarié devrait disposer d'une fiche de poste et l'ensemble des tâches qui lui sont confiées devrait relever de cette fiche de poste.
R19 R20	<p>Le plan de développement des compétences 2024, comporte une seule formation relative à la prévention de la maltraitance [REDACTED] à destination des AS et des IDE sans date prévue.</p> <p>Les professionnels ne sont pas suffisamment informés des actions visant l'amélioration de leurs compétences professionnelles, et notamment la promotion de la bientraitance.</p>	Recommandation 11 : L'établissement devrait organiser annuellement des formations à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance à l'attention de l'ensemble des salariés après recueil des besoins individuels de formation.
R21	L'établissement n'a pas mis en place d'évaluation des pratiques professionnelles	Recommandation 12 : L'établissement devrait mettre en œuvre un programme d'évaluation des pratiques professionnelles.
R22 R9	<p>La mission n'a pu s'assurer de l'effectivité et/ou de la régularité des réunions internes (réunions de service, de direction, etc.)</p> <p>A la date de l'inspection et contrairement à ce qui était prévu (une réunion tous les deux mois), le comité d'éthique ne s'est pas réuni depuis 5 mois.</p>	Recommandation 13 : Les réunions internes devraient être régulières, planifiées et faire l'objet de compte rendus diffusés aux salariés impliqués.
R23	L'établissement ne propose pas de temps dédiés à l'analyse de pratiques professionnelles, ni d'actions de soutien du personnel comme la supervision par un psychologue.	Recommandation 14 : L'établissement devrait proposer aux salariés des actions de soutien professionnel.
R24 R25	<p>Les escaliers intérieurs ne sont pas sécurisés et sont accessibles aux résidents.</p> <p>En l'absence de dépistage systématique du risque suicidaire et de conduite à tenir formalisée sur la prévention du passage à l'acte, les cordons des appels malades dans les salles d'eau et dans les chambres constituent un risque pour les résidents</p>	Recommandation 15 : L'ensemble de l'établissement devrait être sécurisé afin d'éviter les risques de fugues, d'accident ou de tentative de suicide.
R26	<p>Lors d'un test réalisé par la mission d'inspection la réponse à un appel malade n'a pas été pris en compte pendant plusieurs minutes [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	Recommandation 16 : Le temps maximum de réponse aux appels malades devrait être défini, faire d'objet d'un suivi et de mesures correctives.
R27	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission formalisée.	Recommandation 17 : L'établissement devrait se doter d'une procédure d'admission.

R28 R39	[REDACTED]	Recommandation 18 : la confidentialité des données médicales devrait être assurée à toutes les étapes de la préadmission, de l'admission et pendant tout le séjour du résident dans l'établissement.
R29	Les entrées des résidents ne sont pas toujours préparées et le médecin coordonnateur n'est pas systématiquement sollicité pour donner son avis sur chaque demande d'admission.	Recommandation 19 : L'avis du médecin coordonnateur devrait être requis pour toute demande d'admission.
R30	[REDACTED]	Recommandation 20 : [REDACTED]
R31 R32	Le petit-déjeuner est proposé à partir de 8 heures et ne respecte pas les rythmes de vie des résidents qui souhaitent se lever plus tôt ou plus tard. Malgré un jeûne nocturne supérieur à 12 heures, il n'est pas proposé systématiquement de collation en soirée à l'ensemble des résidents.	Recommandation 21 : Les horaires des repas, et plus particulièrement le petit-déjeuner, devraient s'adapter au rythme de vie des résidents, notamment en respectant un jeûne nocturne d'une durée maximale de 12 heures.
R33 R37 R40	En l'absence de traçabilité, la fréquence des douches des résidents ne peut être déterminée. [REDACTED] [REDACTED] Les actes effectués par les aides-soignantes (nursing, alimentation, toilettes) ne sont pas tracés.	Recommandation 22 : L'ensemble des actes de soins devraient être tracés dans le dossier de soins.
R34	Certains résidents ne sont pas relevés après la sieste et restent au lit jusqu'au lendemain matin.	Recommandation 23 : Dans le respect de la dignité de la personne, l'ensemble des résidents devrait être relevé après la sieste sauf contraindication médicale.
R35	L'information sur le système de vidéosurveillance et la demande de consentement (droit à l'image) n'ont pas été inscrites dans les différents documents contractuels (contrat de séjour) ni de présentation de l'établissement dont le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.	Recommandation 24 : Le contrat de séjour, le livret d'accueil de l'établissement et le règlement de fonctionnement devraient inclure l'information sur le système de vidéosurveillance et l'obligation du recueil du consentement pour l'utilisation des images.
R36	L'établissement ne dispose pas d'un protocole relatif à la contention.	Recommandation 25 : [REDACTED]
R38	Aucun des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement n'a participé à la commission gériatrique (2023).	Recommandation 26 : La commission gériatrique devrait regrouper les professionnels libéraux intervenant dans l'établissement
R41 R42 R43	Le nombre limité d'ordinateurs, situés dans la seule salle de soins [REDACTED] ne permet pas l'accès aux [REDACTED] aides-soignantes du matin et au [REDACTED] aides-soignantes du soir pour tracer leurs soins. Malgré la panne du système de 'zapette' permettant de lire des code-barres, pour tracer les actes au lit du résident, depuis plus de 2 ans, aucune procédure en mode dégradé pour assurer la traçabilité n'a été mise en place. La prise des médicaments n'est pas tracée	Recommandation 27 : L'établissement devrait s'équiper de matériel adapté et en nombre suffisant, notamment en ordinateurs portables, afin de permettre à l'ensemble des professionnels de tracer leurs actes, dont les prises médicamenteuses, et d'écrire leurs transmissions et observations en temps voulu.

R44	Si la prise de poids est effectivement tracée, la prise en charge lors d'un amaigrissement important n'a pu être retrouvée dans le dossier informatisé d'une résidente.	Recommandation 28 : Les paramètres des patients devraient faire l'objet d'un suivi, d'une analyse et de plan d'action tracés.
R45	La prise en charge de la douleur n'est pas organisée	Recommandation 29 : L'évaluation, la prise en charge et le suivi de la douleur devraient faire l'objet d'un protocole et d'un suivi formalisé.
R46	Les chutes des résidents ne sont pas reconnues comme des EIAS, ne sont pas déclarées et ne font pas l'objet d'un suivi et d'une analyse des causes formalisés.	Recommandation 30 : Les chutes devraient faire l'objet d'une déclaration interne d'événement indésirable associé aux soins, d'un suivi, d'une analyse des causes et alimenter le plan d'action pour l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins (PACQSS)
R47	L'établissement n'a pas transmis ni de conventions de partenariat ou de coopération, ni de protocoles relatifs aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Recommandation 31 : La fin de vie et les soins palliatifs devraient faire l'objet de protocoles et l'établissement devrait passer une convention avec les acteurs de la fin de vie et des soins palliatifs, dont l'équipe mobile de soins palliatifs.
R48	L'établissement n'a pas fourni à la mission de documents formalisés attestant de l'organisation des soins psychiatriques (conventions avec des structures sanitaires, avec des professionnels de santé libéraux, ...).	Recommandation 32 : Les soins en psychiatrie devraient être organisés par convention avec des structures sanitaires, ou des professionnels libéraux et avec l'équipe mobile de géro-psycho-geriatrie.
R49		
R50		
R51		
R52		
R53		
R54		
R55		
R56		