



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

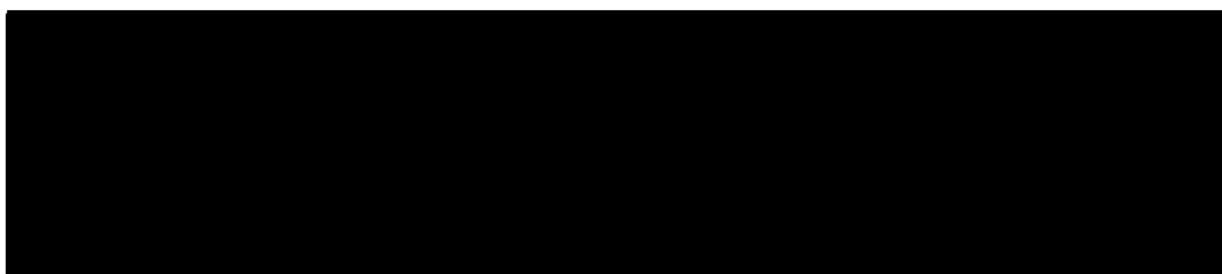


*Mission Régionale d'Inspection
de Contrôle d'Evaluation et d'Audit*

RAPPORT INSPECTION EHPAD CH SAINT ESPRIT



28 AOUT 2024



Siège

Centre d'Affaires « AGORA »

CS 80656

97263 FORT DE FRANCE CEDEX

Tél : 05.96.39.42.43 (standard accueil)

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 discréetion 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 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

I	Introduction	p. 4
	1- Objectif de la mission	p. 4
	2- Membres de la mission	p. 4
	3- Méthodologie	p. 5
II	Présentation de la structure	p. 7
III	Constat et observations	P.8
IV	Conclusion	P.18
Annexes		
	1- Lettre de mission	p. 21
	2- Liste des documents demandés et consultés	P.23

I- INTRODUCTION

L'ARS de Martinique, dans le cadre du PRICEA¹ 2024 contribue à la réalisation des Orientations Nationales d'Inspections Contrôle 2024(ONIC) du Ministère de la Santé et de la Prévention.

A ce titre, elle participe à la réalisation du programme d'Inspection-Contrôle relatif au » Plan d'inspection et de contrôle des 7500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022-2024).

Dans ce cadre, la Directrice Générale de l'ARS a diligenté une inspection sur site selon le protocole préétabli du ciblage et de l'analyse des risques déjà mené préalablement sur les 27 établissements autorisés.

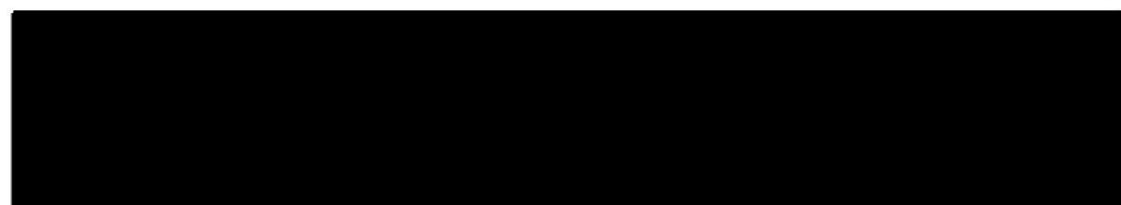
1. Objectifs de la mission

-De vérifier les conditions de prise en charge des résidents dans les domaines médicaux et paramédicaux à travers l'examen des dossiers médicaux et par des entretiens avec le directeur de l'établissement, le médecin coordonnateur et les équipes soignantes et dans la mesure du possible avec les résidents.

-D'examiner, sur un plan administratif, la situation du personnel, leurs qualifications et leur effectif ; de contrôler les moyens matériels mis en œuvre par l'établissement et d'analyser si l'ensemble est en adéquation avec une prise en charge de qualité dans des conditions optimums de bientraitance ; de noter la présence des instances obligatoires.

2. Membres de la mission

Par lettre de mission du 22 août 2024, la Directrice Générale de l'ARS a missionné les personnes suivantes :



Références juridiques

-Circuit du médicament et pharmacie : Code de la Santé Publique L .511-1 à L .5473-3 ; R. 5112-1 à R.5471-1

-Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur

-Les références à la profession de pharmacien (exercice, déontologie) : Code de la Santé Publique L.4211-1 à L 4244-2 et R 4211-1 à R 4251-2

- CSP art.R.4311-5, R.4311- 7, R.4311-8, R.4312-10, R.4312-41 R.4312-42 et R.4312-36 , R.4312-37, R.4312-38 R.4312-39 relatif à la profession d'infirmier

-CASF art 313-26 relatif à l'aide à la prise des médicaments

-Code de la santé Publique : L.1413-14, L1421-1, L1421-3, L.1435-7, L.1431-2

-CASF art. L133-6, L.311-3 alinéa 1 relatif à L'exercice des droits et libertés individuels garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

-CASF L.313-13, L.313-14, L.331 et suivants

-Arrêté conjoint ARS/CTM n° AR 30.01.17-0380 ~portant renouvellement de l'autorisation « EHPA du SAINT ESPRIT » géré par le Centre Hospitalier du Saint Esprit

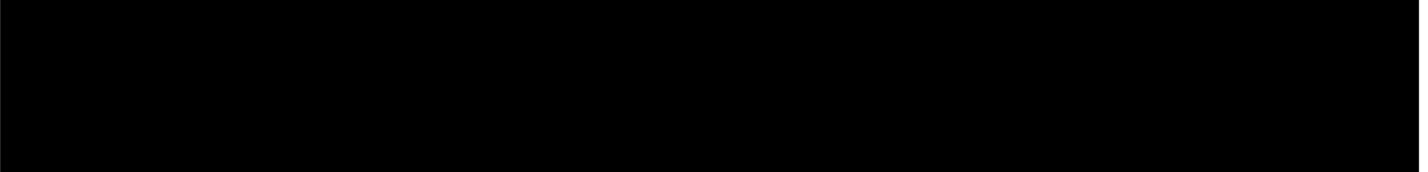
3. Méthodologie

- **Organisation ARS**

Une réunion de préparation de l'inspection s'est tenue le 26/08/2024 dans les locaux de l'ARS. Celle-ci a permis de répartir les missions au sein de l'équipe d'inspection, d'organiser la mission, et de partager les documents.

- **Sur site**

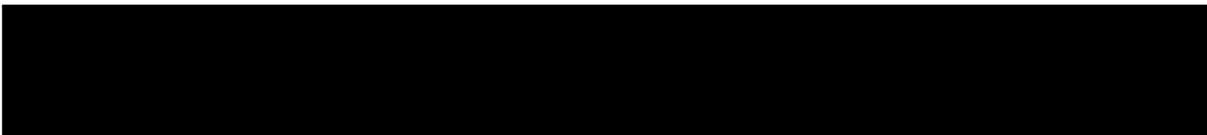
Annoncée par lettre d'annonce le jeudi 22 août 2024 (annexe 1) à l'établissement, l'inspection s'est déroulée le 28 août 2024.



Une visite de la structure a été réalisée en présence du médecin coordonnateur. L'établissement à une architecture en U, accueille un espace jardin intérieur entretenu et accessible par un couloir de déambulation/préau, reliant les chambres et l'espace de détente. La mission a eu accès aux espaces intérieurs de la structure, notamment à la salle de soins des infirmiers, le bureau du médecin, la salle de vie collectifs/restauration, la « cuisine », la pharmacie et les chambres.

Une liste de pièces a été remis et une consultation, en partie, des documents demandés à été effectuée par la mission.

Au-delà de la visite des locaux et de la consultation de documents, la mission d'inspection s'est entretenue avec quelques professionnels de la structure et avec quelques résidents (aléatoires).



Cette mission d'inspection sur site s'est clôturée par une réunion de clôture en présence de la directrice [redacted] de la structure, la cadre de santé ...

- **La suite de l'inspection**

A l'issue de l'inspection, la mission rédige son rapport. Les constats et analyses fondés sur des écarts et des remarques que la mission est amenée à formuler à l'issue de son inspection font l'objet du présent rapport qui comprend les 4 parties suivants :

- L'introduction exposant les éléments de contexte et la méthodologie appliquée ;
- La présentation de la structure ;
- Le tableau des éléments de constats et l'analyses/observations de la situation ;
- La conclusion ;

Dans le strict respect de la procédure contradictoire, le rapport sera transmis en recommandé avec accusé de réception, à l'établissement, accompagné d'un courrier du commanditaire qui annoncera les suites administratives éventuelles qu'il pourrait donner aux conclusions de la mission.

L'établissement disposera d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier recommandé pour transmettre à l'ARS, ses observations éventuelles portant sur les suites annoncées par la Directrice Générale de l'ARS. Celles-ci feront l'objet d'un examen par la mission et par notification d'une décision administrative clôturera la procédure contradictoire.

II- Présentation de la structure

Statut	Etablissement public communal d'hospitalisation
Gestionnaire	CENTRE HOSPITALIER DU SAINT-ESPRIT
Capacité	33 hébergements permanent (0temporaire)
Population prise en charge	25 résidents en date du 28/08/2024
Habilitation Aide Sociale	Oui, pour la totalité de la capacité d'hébergement permanent
GMP (valeur et date du dernier validé)	
PMP (valeur et date du dernier validé)	
Date dernière évaluation interne	Période d'avril 2012 à mai 2013 (<i>cf.doc remis rapport d'évaluation2012/2015</i>)
Date dernière évaluation externe	
CPOM en cours	
Jours/heures d'ouverture	
Effectifs budgétés	
Projets en cours	

III. Constat et observations

(cf. Grille d'inspection)

A) Gouvernance de la structure

1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation	OUI	NON	EN PARTIE	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?			x	<p>Capacité autorisée 33 places Moyenne d'âge 84 ans La mission a obtenu le registre des entrées et sorties pour la période du 01/01/2023 au 28/08/2024 conformément au L331-2 du CASF.</p> <p>Remarque 1: Néanmoins, la liste des résidents présents le jour de l'inspection, n'a pas été communiquée à la mission.</p>
1.2 Management et stratégie				
1.2.1 Le projet d'établissement ou de service / le règlement de fonctionnement	OUI	NON	EN PARTIE	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
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)			x	<p>Ecart n°1 : l'absence de validation du règlement de fonctionnement par le conseil d'administration n'est pas conforme aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.</p> <p>Il a été constaté également que ce document n'est pas mis à la disposition de l'ensemble du personnel. Par ailleurs, la mission remarque une conformité du de ce document aux dispositions du R311-15.</p>
Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF (L.311-8 et D311-38)? Prévoit-il un volet spécifique promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance ?			x	<p>Ecart n° 2: En ne disposant pas d'un projet d'établissement dont le contenu et les modalités de validation sont conformes au référentiel juridique qui leur est opposable, le gestionnaire ne respecte pas les dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p>
1.2.2 Pilotage/Délégations de pouvoirs	OUI	NON	EN PARTIE	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?	x			
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>Ecart n°3 : La mission n'a pas eu connaissance du document conformément au dispositif de l'articles D315-67 à D315-71 du CASF (ets. public), précisant les compétences et missions du directeur.</p>
Le directeur dispose-t-il d'une lettre de mission et/ou d'une fiche de poste ?			x	<p>Remarque n°2 : l'absence de chefferie de l'EHPAD clairement identifiée et formalisée au plan institutionnel ne permet pas une conduite de l'établissement véritablement lisible.</p>

La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?	X		Lors des absences du directeur, une note est adressée aux agents par courriel et affiché sur le panneau d'informations.
1.2.3 Conseil de la vie sociale et autres formes de participation	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
Le CVS fonctionne-t-il selon les exigences légales et réglementaires le concernant ? (art. L311-6, D311-3 et suivants CASF)	X		La mission a pu constater au regard des éléments remis que le renouvellement du conseil a eu lieu en 16 mars 2024. La première réunion s'est tenue le 24 avril 2024.
1.3 Gestion de la qualité			
1.3.1 Politique de promotion de la bientraitance	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
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>Le projet d'établissement est en réécriture (ancien 2016), un chapitre sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance est prévu.</p> <p>Le personnel a été formé [REDACTED] toutes les ASH ont reçu une formation sur la connaissance de la personne âgée dépendante.</p> <p>Il existe une procédure de signalement de maltraitance en date du 12/03/2024</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>Le médecin coordonnateur initie le personnel au vocabulaire : une sensibilisation sur la définition de la contention a été dispensée</p>
1.3.2 Gestion des risques, des crises et des incidents graves	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
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 ?		X	<p><u>Remarque n°3 :</u></p> <p>La procédure n'est pas connue du personnel, elle est la même que celle du secteur sanitaire. Le logiciel utilisé n'est pas opérationnel [REDACTED]</p>
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>La chartre est existante, elle est signée par le PCME et le directeur de l'hôpital du saint Esprit.</p>
Le document présenté est-il : <ul style="list-style-type: none"> - 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 ? - Est il diffusé dans l'établissement et connu des salariés rencontrés ? 	X		<p>Peu de personnel connaisse cette chartre qui a été diffusée par mail au personnel. [REDACTED]</p>
	X		

Au cours des années 2022 – 2023 Combien d'EIG ont été signalé, traité ? La structure a-t-elle mis en place un retour expériences ?	X		Il existe une liste de faits mais qui n'est pas centrée sur les EIGS. Aucun rétex n'est réalisé alors que certains événements évoquent des erreurs médicamenteuses
Existe-t-il un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers ?	X		Il existe à l'entrée de l'EHPAD une boîte à idées qui n'est jamais ouverte
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		Il existe un classeur de procédures dans la salle de soins accessible à tout le personnel.
Existe-t-il des événements indésirables graves et/ou situation de crise ? Si oui, comment cela a-t-il été géré et par qui ?	X		Pas d'informations sur ce sujet. La gestion des EIGS n'est pas connu et les EIGS sont indiqués dans la transmission informatique rarement renseignés dans

B) Les fonctions supports

3.1 Gestion des ressources humaines				
2.1.1 Personnels/qualifications/affectations	OUI	NON	EN PARTIE	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		<p>Ecart n° 4 : Contrairement à l'art. D312-176-10 CASF, l'établissement n'a pas apporté la preuve du document justifiant la qualification du directeur.</p>
Les personnels sont-ils qualifiés ? (art L312-1-II, al.2 CASF)		X		<p>Ecart n° 5 : L'établissement n'a pas apporté la preuve de qualifications des personnels comme le prévoit l' art L312-1-II, al.2 CASF.</p>
Les gestionnaires s'assurent-ils de la compatibilité de leurs personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables ? (art. L133-6 CASF)		X		La mission n'a pas pu vérifier ces informations
Les personnels disposent-ils de fiches de postes et/ou de fiches de fonction et/ou de fiches de tâches ?	X			Oui d'après les entretiens mais non vérifié par la mission.
L'établissement dispose des personnels				
2.1.2 Formation/accompagnement/soutien des professionnels	OUI	NON	EN PARTIE	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
La structure propose-t-elle un plan de formation ?	X			
Les professionnels sont-ils acteurs et informés des plans de formation ?	X			
Des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance sont-elles proposées aux personnels au cours des 2019-2020-2021 ?	X			
Existe-t-il un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel ?		X		

				Remarque n° 4 : [REDACTED]
--	--	--	--	-------------------------------

3.2 Bâtiments/espaces/extérieurs/équipements

2.2.1 Bâtiments et espaces extérieurs	OUI	NON	EN PARTIE	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?				C'est un établissement vétuste, mais sécurisé et bien entretenu, le jour de la mission.
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			
2.2.2 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>Dispositif vérifié par la mission</p> 

C) L'organisation de la prise en charge et de l'accompagnement

4. Organisation de la prise en charge			
4.1.1 Admission	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
Existe-t-il une procédure d'admission et d'accueil formalisée ?	X		La réunion est mensuelle au minimum et s'adapte aux demandes. Y participent le med Co , la psychologue, la cadre de santé et une assistante sociale.
Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ?	X		Le consentement n'est pas obtenu par une procédure formalisée mais par consentement oral
4.1.2 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		Apres l'avis favorable de la commission d'admission, est organisée une visite de pré admission en présence d'une animatrice, de l'assistante sociale, l'ensemble des informations sont consignées dans le dossier patient informatisé
Un projet d'accueil et d'accompagnement formalisé et adapté est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?	X		A la suite de la visite de préadmission, une immersion de 2 à 3 jours est organisée et un projet de vie et de soin est élaboré et inscrit dans le dossier informatisé du patient. Il est signé par la personne de confiance
Est-il partagé avec le résident et sa famille ?			
Ce projet est-il mise en œuvre et évalué périodiquement (au moins une fois par an en équipe pluridisciplinaire) ? Si oui, par qui ?	X		Une revue annuelle des projets de vie et de soins est réalisée mais p*le projet peut être revu si nécessaire plus souvent
4.1.3 Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
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 transmissions se font à 7h le matin et 19H le soir [REDACTED] mais l'instabilité réseau internet [REDACTED] [REDACTED] est un frein à la qualité de la transmission. Il existe un cahier de transmission dans lequel tout est inscrit et non pas exclusivement des informations concernant les résidents. N'apparaissent pas dans ce cahier les initiales des soignants qui écrivent ni les horaires.
La continuité des soins infirmiers et médicaux sont-elles assurées ?			
Quelles sont les jours et heures de présence du médecin coordonnateur? (son temps de coordination au profit de la structure)	X		La continuité des soins infirmiers et la continuité médicale est assurée par le centre hospitalier dont dépend l'ehpad. Les médecins interviennent la nuit ou les jours d'absence du médecin coordonnateur qui travaille à [REDACTED] (présent dans l'établissement le mardi et le jeudi). [REDACTED]
Quelles sont les jours et heures de présence des infirmiers ?			Il n'y a pas d'astreinte infirmière puisque le relais est pris par les IDE du CH.
La structure dispose t'elle d'une astreinte paramédicale formalisée et mise en œuvre ?			A noter lorsque les médecins du CH interviennent, ils n'ont pas d'accès au logiciel et utilisent le cahier de transmissions des IDE pour faire leur prescription

4.2 Respect des droits des personnes accueillies			
4.2.1 Respect des droits et de la dignité des personnes	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
<p>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 ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	X		<p>Le rythme des résidents est respecté ; La mission a constaté des Résidents au lit après leur petit déjeuner par choix du résident.</p> <p>Le premier levé des résidents est à 4H30, les levés s'organisent jusqu'à 7H. Les résidents sont douchés tous les jours sur ce créneau.</p> <p>Le petit déjeuner commence à 7H mais les résidents qui le souhaitent peuvent avoir un café avec l'équipe de nuit.</p> <p>Le repas est à 12h en chambre ou en salle polyvalente.</p> <p>La sieste est entre 13H30 et 15H30</p> <p>Le dîner est servi à 18H.</p>
<p>L'organisation des locaux permettent-ils un respect de l'intimité, de la mixité ?</p> <p>Existence d'occultant sur les fenêtres des salles de bains individuelles ou communes donnant sur les extérieurs et d'une présence.</p>	X		
4.2.2 Liberté d'aller et venir	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
<p>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^{er} CASF)</p>	X		<p>Les résidents circulent librement au sein de l'enceinte de l'éhpad : jardin, coursives ; toutes les portes sont ouvertes. Il n'y a pas de résidents fugueurs.</p>
<p>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) ?</p> <p>La mise sous contention fait-elle l'objet d'une prescription médicale ? Si oui, cette prescription est-elle réévaluée ?</p>	X		
4.2.3 Alimentation/repas	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
<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>Est-il fait recourt à une diététicienne ?</p> <p>Le médecin coordonnateur valide t'il les menus ?</p> <p>Présence d'une commission des menus au sein de la structure ?</p>	X		<p>Les repas sont pris en chambre ou au réfectoire. Le niveau sonore du réfectoire est élevé du fait des locaux.</p> <p>Les repas sont fabriqués en cuisine centrale de l'hôpital ;</p> <p>Une diététicienne (vue le jour de la mission) s'entretient avec tous les résidents sur leurs habitudes alimentaires ;</p> <p>Il n'y a pas de commission des menus mais le médecin coord est destinataire de la prévision des menus</p>
<p>L'établissement a-t-il mis en place une collation la nuit pour l'intégralité des résidents ?</p>	X		<p>La collation n'est pas systématique, elle se fait sur demande du résident ou de sa famille.</p>
<p>L'établissement a-t-il mise en œuvre une vigilance particulière quant à l'hydratation des résidents y</p>	X		<p>Aucun protocole n'est formalisé</p>

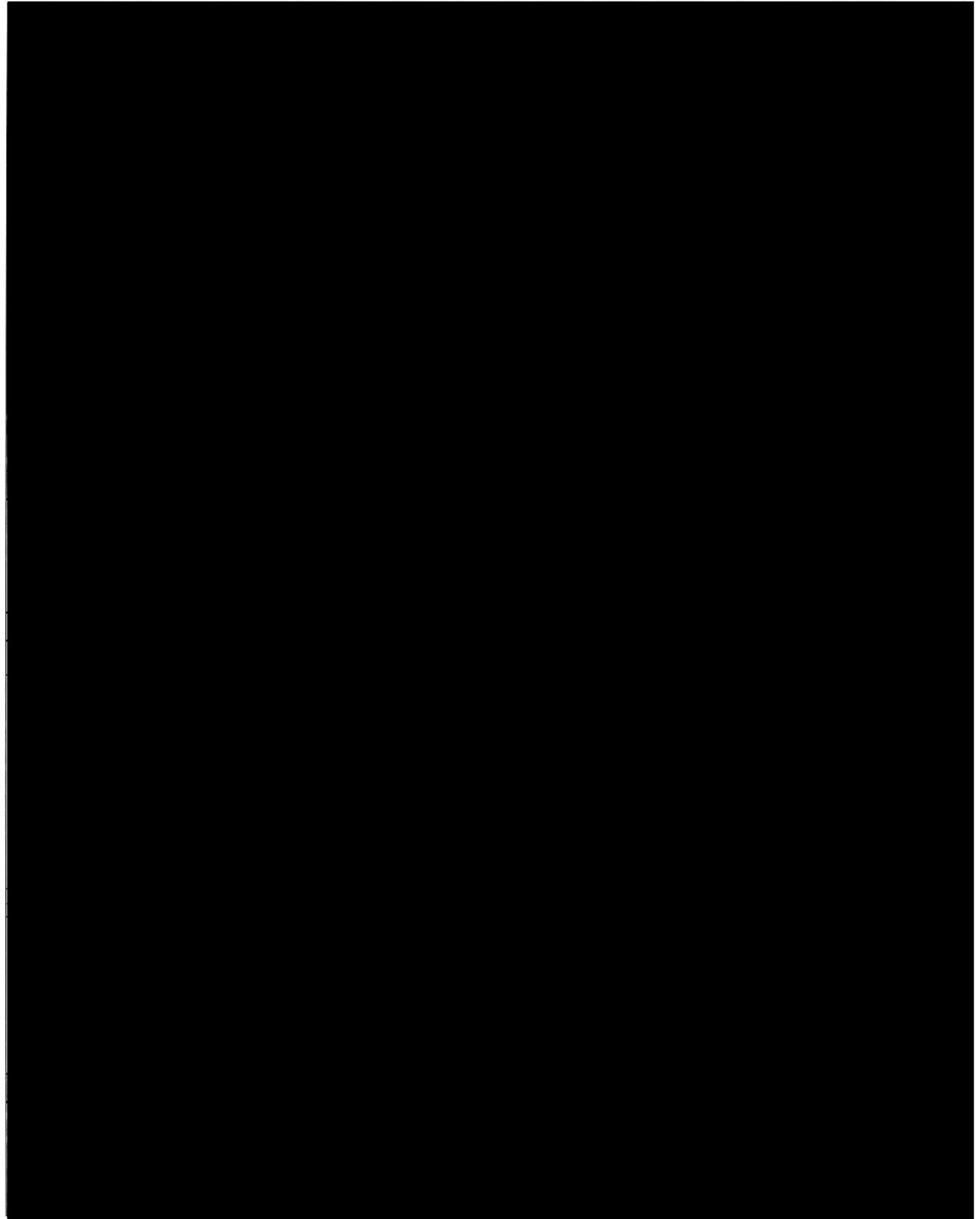
compris en dehors des épisodes de chaleurs ?			
4.2.4 La continence et l'altération des téguments	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS

3. Soins



D) Organisation du circuit du médicament

4. Organisation du circuit du médicament



E) La coordination avec les autres acteurs

5.1 Coordinations avec les autres acteurs	OUI	NON	EN PARTIE	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
La structure a-t-elle conclu des conventions avec des établissements de santé de son environnement ?	x			
La structure a-t-elle conclu des conventions de partenariat avec des établissements et services médico-sociaux de son environnement ?			x	La mission a été informé de l'existence de partenariat notamment avec les EHPAD du SUD, mais n'a pu vérifier cette information.
La structure fait-elle partie d'une filière de soins ou de prise en charge ?	x			

IV. Conclusion

Conformément à la demande du commanditaire l'inspection de l'Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée de Saint-Esprit a été réalisée sur site le 28 août 2024.

Le cadre de l'établissement paisible et agréable favorise la bonne prise en charge des résidents. La mission note une volonté de bien faire, des professionnels dévoués et volontaires.

Par ailleurs, la mission constate que les procédures existent mais ne sont pas connues du personnel donc il n'existe aucune appropriation.

La culture de lutte contre les maltraitances existe mais méritent d'être formalisée dans le projet d'établissement.

Les dysfonctionnements informatiques sont à l'origine des non-respects des bonnes pratiques : pas de traçabilité fiable des transmissions, pas de traçabilité des habitudes des résidents recueillies à l'admission, pas de recueil formalisé du consentement. Concernant la liberté d'aller et venir et la pratique de la contention, le médecin coordonnateur a su créer un outil informatique claire et une procédure clairement expliquée au personnel. Concernant l'alimentation, l'hydratation des résidents, il est recommandé de mettre en place une commission des menus et des procédures sur l'alimentation et l'hydratation des résidents (collations, vérification de l'état d'hydratation du patient).

La prise en soins est conforme aux recommandations de bonnes pratiques tant sur la prise en charge somatique que sur la prise en charge psychiatrique. Il est noté le non-recours à l'équipe mobile de psychiatrie qui pourrait être sollicitée en complément des consultations au CMP réalisées.

Le circuit du médicament est structuré, organisé et sécurisé. Cependant, il existe un écart à la réglementation concernant l'autorisation de la PUI qui dessert l'ehpad (Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur).

Il est a noté que le non-respect dès les règles d'hygiène, dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux professionnels (broyage des médicaments), constitue un écart au CSP art R.4312-37.

07 écarts à la réglementation sont relevés et 04 remarques formulées. Ces éléments sont synthétisés dans le tableau joint.

Fait et clos à Fort de France, le 07/01/2025