

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

**RAPPORT D'INSPECTION INOPINÉE SUR SITE
DE L'EHPAD DU MARIN
SIS CENTRE HOSPITALIER DU MARIN**



Crédit photo Google : Centre hospitalier du Marin

37, Boulevard ALLEGRE

97290 LE MARIN

Téléphone : 0596 74 92 05

26 janvier 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'apprecier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

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

SOMMAIRE

	Pages
I INTRODUCTION	4
1-1 Eléments de contexte	4
1-2 Méthodologie appliquée	5
II SITUATION ADMINISTRATIVE	6
III CONSTATS ET ANALYSE	7
IV CONCLUSION	26
ANNEXES :	
- Lettre de mission	
- Tableau d'analyse et des mesures envisagées	
- Liste des documents remis et consultés	

PARTIE I : INTRODUCTION

1-1 Eléments de contexte

- [1] L'ARS de Martinique dans le cadre du PRICEA 2023 contribue à la réalisation des Orientations Nationales d'Inspections Contrôles 2023 (ONIC) du ministère des Affaires Sociales et de la Santé. A ce titre, elle participe à la réalisation du programme d'Inspection-Contrôle relatif au « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024).
- [2] L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes « EHPAD DU MARIN » géré par le Centre Hospitalier du Marin sis Boulevard ALLEGRE au Marin a été retenu pour une inspection sur site à caractère inopiné selon le protocole préétabli du ciblage et de l'analyse des risques menée préalablement sur les 27 établissements autorisés du territoire.
- [3] Conformément aux textes y référents, une équipe a été missionnée, par le Directeur général de l'ARS, le jeudi 26 janvier 2023.
- [4] La mission était composée de :



- [5] Lors du déroulement de cette mission, il s'agissait de vérifier à partir d'une grille établie, les conditions de prise en charge des résidents dans les domaines médicaux et paramédicaux à travers l'examen de dossiers médicaux et par des entretiens
- [6] Sur le plan administratif, un examen de la situation du personnel, leurs qualifications et leur nombre, et l'équipe devait contrôler également les moyens matériels mis en œuvre par l'établissement et analyser si l'ensemble est en adéquation avec une prise en charge de qualité dans des conditions optimums de bientraitance. Il sera noté également la présence des instances obligatoires.
- [7] Le rapport de la mission d'inspection comporte :

- Une première partie introductory exposant les éléments de contexte et la méthodologie appliquée,
- Une deuxième partie concernant la situation administrative de l'EHPAD du MARIN,
- Une troisième partie relative aux éléments de constats et analyse de la situation, les écarts et remarques de la mission suivant une grille de contrôle préétablie,
- Une quatrième partie portant conclusion.

- [8] Cette mission diligentée relève du Code de la Santé Publique (CSP) notamment les articles L.1413-14, L 1421-1, L1421-3, L.1435-7, L. 1431-2 ; du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) notamment les articles L.313-13, L.313-14, L.331 et suivants ; de l'arrêté de la Collectivité Territoriale de Martinique n°30-17.01-0379 portant renouvellement et réduction de la capacité de l'EHPAD du Marin géré par le Centre Hospitalier du MARIN.

I-2 Méthodologie

La réunion préparatoire

- [9] Cette inspection était inopinée. Deux réunions préparatoires se sont tenues les 24 et 25 janvier 2023 entre les agents désignés par la Directrice générale de l'ARS dans les locaux de l'ARS.
- [10] Au cours de cette réunion la date de l'inspection a été confirmée à partir du 26 janvier 2023. Il s'agissait de réunir et d'analyser les éléments disponibles en interne, de valider les grilles d'entretien ainsi que celles d'une inspection portant sur quatre thématiques retenus.

La visite de terrain

- [11] La visite de l'EHPAD du MARIN a été réalisée le 26 juin 2023 à partir de 10 heures 00 sur site (Centre Hospitalier du Marin), par les agents désignés par la Directrice générale de l'ARS. L'équipe d'inspection a été reçue [REDACTED]
- [REDACTED]

PARTIE II : PRESENTATION DE LA STRUCTURE

L'établissement EHPAD du Centre Hospitalier du Marin est un "Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes", autorisé pour 80 lits. Il est situé dans le périmètre de la commune de LE MARIN, Martinique, et exerce son activité dans un cadre juridique public.

Statut	Établissement public communal d'hospitalisation
Gestionnaire	Centre Hospitalier Le Marin
Capacité	88 lits hébergement permanent réduits à 80 lits
Population prise en charge	Personnes âgées dépendantes
Habilitation Aide Sociale	100%
Tarification	ARS / Conseil Territorial de Martinique (CTM)
GMP (valeur et date du dernier validé)	[REDACTED]
PMP (valeur et date du dernier validé)	[REDACTED]
Date dernière évaluation externe	22 janvier 2015 [REDACTED]
CPOM en cours	[REDACTED]
Jours/heures d'ouverture	24 heures sur 24 et 365 jours par an
Projets en cours	Projet de reconstruction de l'établissement compte-tenu de sa vétusté

PARTIE III : CONSTATS ET ANALYSE

La mission a relevé lors de cette inspection inopinée les éléments de contexte et les constats suivants :

III-1 Gouvernance de la structure

Conformité aux conditions de l'autorisation	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?	OUI		<p>En raison des travaux de réhabilitation, la capacité de l'établissement est temporairement de 60 résidents.</p> <p>Le jour de l'inspection, 47 résidents sont accueillis : 23 hommes et 24 femmes, l'âge moyen est de 83 ans (62 ans à 104 ans), l'âge médian est aussi de 83 ans. Aucun résident de moins de 60 ans.</p> <p>La durée moyenne de séjour est de 8 années avec une médiane à 5 ans.</p> <p>11 résidents sont présents depuis plus de 10 ans dont 5 résidents depuis plus de 20 ans.</p> <p>A signaler 1 seule entrée en 2022. En raison de travaux, les entrées ont été suspendues en 2022.</p>	
Management et stratégie				
Le projet d'établissement ou de service / le règlement de fonctionnement	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART/ REMARQUE
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)	OUI		Le règlement de fonctionnement en vigueur au sein de l'établissement date 2012	<u>Ecart 1:</u> Le règlement de fonctionnement est ancien et n'est pas à jour
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 ?		NON	Il n'a pas été présenté à la mission d'inspection de projet d'établissement formalisé.	<u>Ecart 2:</u> L'établissement ne dispose pas de projet d'établissement contrevenant aux exigences légales et réglementaires (L.311-8 et D311-38 du CASF).,

Pilotage/Délégations de pouvoirs	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ?	OUI			Remarque 1 : L'organigramme le jour de la visite n'était pas à jour.
Le directeur dispose-t-il d'une délégation précisant ses compétences et ses missions et/ou de signature ? (art. D312-176-5 CASF)	OUI			
Le directeur dispose-t-il d'une lettre de mission et/ou d'une fiche de poste ?	OUI			
La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?	OUI			
Conseil de la vie sociale et autres formes de participation	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Le CVS fonctionne-t-il selon les exigences légales et réglementaires le concernant ? (art. L311-6, D311-3 et suivants CASF)		NON		Ecart 3 : Le CVS ne se réunit pas et fonctionne pas comme le prévoit les articles L311-6, D311-3 et suivants du CASF
Gestion de la qualité				
Politique de promotion de la bientraitance	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
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 ?		NON	Les éléments de promotion de la maltraitance ne sont pas en place dans l'établissement. La démarche qualité qui est initiée dans le centre hospitalier n'est pas déclinée dans l'EHPAD, la gestion des risques n'est pas développée et la sécurité de la prise en charge des résidents est à renforcer.	Ecart 4 : La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas organisée
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).		NON		Remarque 2 : le personnel n'a pas été sensibilisé à la prévention de la maltraitance

Gestion des risques, des crises et des incidents graves	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
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 ?		NON	<p>Il existe un dispositif de recueil des événements indésirables, notamment les événements indésirables graves, peu utilisé.</p> <p>Au total, pour 3 années, 41 fiches d'événements indésirables déclarées sur le logiciel ont été transmises par l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> 2020 : 14 fiches 2021 : 17 fiches 2022 : 10 fiches <p>Dont [■] événements indésirables associés aux soins (dont chutes résidents, violence entre résidents, fugue, erreur de distribution de médicaments, retour du service [■] avec escarres).</p> <p>[■] pas d'analyse des événements, pas de proposition d'action, pas de suivi des mesures prises et pas de retour aux équipes concernées.</p> <p>L'EHPAD n'a pas développé de culture de la prévention des risques d'événement indésirable</p>	<u>Remarque 3:</u> le dispositif de recueil de d'analyse des EIAs n'est pas fonctionnel
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 ?		NON		
Le document présenté est-il : -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 ?		NON	<p>La charte d'encouragement au signalement a été réalisée pour la partie sanitaire du CH au moment de la certification HAS. Ce document n'a pas été déployé dans l'EHPAD.</p>	<u>Ecart 5:</u> L'établissement n'a pas mis en place la charte d'encouragement au signalement
Au cours des années 2020 – 2021 Combien d'EIG ont été signalé, traité ?			Il n'a pas été signalé par l'établissement d'EIG survenus	

La structure a-t-elle mis en place un retour expérience ?			dans les 3 dernières années déclaré à l'ARS	
Existe-t-il un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers ?		NON	Il n'existe pas de dispositif de recueil ni d'analyse des plaintes et réclamation des usagers.	Ecart 6 : Il n'y a pas de dispositif de recueil et d'analyse des plaintes et réclamations des résidents et de leur entourage
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 évènements indésirables graves ?		NON	Les procédures ne sont pas en place dans l'EHPAD. Le seul document disponible est le plan blanc alerte cyclone commun avec le centre hospitalier	Remarque 4 : L'établissement n'a pas mis en place de procédures en cas de crise ou d'événement indésirable grave.
Existe-t-il des évènements indésirables graves et/ou situation de crise ? Si oui, comment cela a-t-il été géré et par qui ?			Pas d'exemple récent d'événement indésirable grave.	Ecart 7 : L'autorité de tutelle a reçu deux réclamations de famille de résidents relatives à des événements indésirables graves qui n'ont pas été déclarés aux autorités (Art. 1413-68 et suivants du CSP)

III-2 Les fonctions supports

Gestion des ressources humaines				
Personnels/qualifications/affectations	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
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	OUI			
Les personnels sont-ils qualifiés ? (art L312-1-II, al.2 CASF)	OUI			
Les gestionnaires s'assurent-ils de la compatibilité de leurs personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables ? (art. L133-6 CASF)		NON	L'équipe de mission n'a pas pu vérifier la consultation des extraits de casier judiciaires du B2 ou B3 dans les dossiers du personnel.	Ecart 8 : La preuve de la consultation des extraits de casier judiciaire n'est pas présente dans les dossiers administratifs de personnels consultés contrairement à ce que le prévoit l'article L133.6 du CASF.
Les personnels disposent-ils de fiches de postes et/ou de fiches de fonction et/ou de fiches de tâches ?		NON	L'analyse des dossiers du personnel de l'EHPAD n'a pas permis d'identifier des fiches de postes associées aux agents.	Remarque 5 : Des fiches de postes et/ou de tâches sont manquantes dans les dossiers du personnel.

Formation/accompagnement/soutien des professionnels	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
La structure propose-t-elle un plan de formation ?	OUI			
Les professionnels sont-ils acteurs et informés des plans de formation ?	OUI			
Des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance sont-elles proposées aux personnels au cours des 2019-2020-2021 ?	OUI		Deux formations en lien avec les thématiques EHPAD sur le vieillissement et la maladie d'Alzheimer ont été réalisées en 2019 et 2020.	
Existe-t-il un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel ?	OUI			

Bâtiments/espaces extérieurs/équipements				
Bâtiments et espaces extérieurs	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ? 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 ?		NON	<p>Les locaux font l'objet d'une réhabilitation.</p> <p>Un projet de reconstruction de l'EHPAD en dehors du site de l'hôpital est en cours.</p> <p>L'établissement est ouvert sur l'extérieur et non sécurisé. Les escaliers ne sont pas sécurisés et accessibles aux résidents, notamment à ceux en fauteuil.</p>	<p>Ecart 9 : Les locaux ne respectent pas les conditions d'accueil et de sécurité de la population accueillie.</p>

Sécurité des personnes et des biens	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Existe-t-il, au sein de la structure, un dispositif d'appel en état de fonctionnement et adapté à la population accueillie ?		NON	<p>Les appels malades ne fonctionnent pas dans la partie [redacted]</p> <p>Le signal des appels malades (sonnerie) se trouve dans le bureau des soignants où ceux-ci peuvent s'installer notamment pour saisir les leurs transmissions. Ce bureau n'est pas occupé une bonne partie de la journée et la porte est fermée. Le signal de l'appel malade n'est pas reporté sur des téléphones des soignants. L'organisation ne permet pas de s'assurer que l'activation d'un appel malade est perçu par les soignants.</p> <p>Le temps de l'inspection, aucun appel malade n'a été activé par un résident.</p> <p>En pratique, les appels malades en sont pas fonctionnels et pas utilisés.</p>	<p>Ecart 10 : la sécurité des résidents n'est pas assurée en raison du non-fonctionnement des appels malades</p>

III-3 L'organisation de la prise en charge et de l'accompagnement

Organisation de la prise en charge				
Admission	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Existe-t-il une procédure d'admission et d'accueil formalisée ?	OUI		La procédure d'admission est décrite dans le projet de soins EHPAD 2022-2026	
Cette procédure prévoit-elle l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée ?	OUI		Dans le paragraphe concernant la journée d'intégration il est mentionné 'Il s'agit notamment, de recueillir le consentement effectif du futur résident à intégrer l'EHPAD'.	
Modalités d'accompagnement/Projet d'accueil et d'accompagnement	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
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 ?	OUI		Prévu dans la description de la procédure d'admission	
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?		NON	Les projets d'accueils et d'accompagnement ne sont pas élaborés	<u>Remarque 6</u> : les résidents ne bénéficient pas de projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé
Ce projet est-il mis en œuvre et évalué périodiquement (au moins une fois par an en équipe pluridisciplinaire) ? Si oui, par qui ?		NON	Sans objet. Cf supra	

Coordination des professionnels pour la prise en charge interne ou externe	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Les transmissions et la gestion entre les professionnels de la structure des informations concernant les personnes prises en charge sont-elles organisées et formalisées ?		NON	Les temps de transmissions entre les équipes sont très courts (moins de 5 minutes) compte tenu des horaires de travail des AS et ASH : [REDACTED]	<u>Remarque 7</u> : les temps de transmissions entre les équipes sont insuffisants
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) Quelles sont les jours et heures de présence des infirmiers ? La structure dispose-t-elle d'une astreinte paramédicale formalisée et mise en œuvre ?		OUI	[REDACTED]	<u>Ecart 11</u> : La coordination médicale n'est pas réalisée. (Décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 - art. 2)

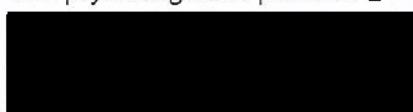
Respect des droits des personnes accueillies				
Respect des droits et de la dignité des personnes	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
<p>Les rythmes de vie collective (lever, repas, toilette, soins, activités, coucher) sont-ils prévus pour respecter les rythmes individuels et les désirs 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. 	OUI		<p>Les résidents sont pour la plupart relativement autonomes [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] et le plus souvent présents depuis plusieurs années.</p> <p>Nombre de résidents se lèvent et se préparent seuls (toilette habillage).</p> <p>Le repas sont pris en salle à manger, y compris le petit-déjeuner.</p> <p>Horaires des repas : 8 heures 30 ; midi et 18 heures. Il est à signaler que les retards dans la livraison des repas sont fréquents, de quelques minutes à plus de 30 minutes.</p> <p>Quelques résidents dinent en chambre par choix et d'autre en raison de leur état de santé.</p> <p>Il n'y a pas de planification des douches.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Quelques résidents ne sont jamais levés.</p>	<p>Remarque 8 : Certains résidents ne peuvent prendre de douche ou de bain faute de matériel adapté</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>		NON	<p>Chambre à 2 lits et 2 chambres à 4 lits sans séparation.</p> <p>La porte des chambres des résidents alité reste en général ouverte notamment en raison de l'absence d'appel-malades fonctionnels.</p>	<p>Remarque 9 : les locaux ne permettent pas le respect de l'intimité des résidents.</p>
Liberté d'aller et venir	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
<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^o CASF)</p>	OUI		<p>Les résidents sont libres d'aller et venir dans l'établissement et à l'extérieur, l'établissement étant ouvert sur l'extérieur. De nombreux résidents sont suffisamment autonomes pour sortir de l'établissement.</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>		NON	<p>Il n'existe pas de protocole formalisé.</p>	<p>Remarque 10 : l'établissement n'a pas mis en place de protocole pour la contention</p>
Alimentation/repas	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
<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>		NON	<p>Les repas sont pris dans des salles à manger ouvertes sur l'extérieur, agréables, et aérées. Les horaires des repas sont 8 heures 30, midi et 18 heures. A signaler de nombreux retards dans la livraison des repas par la cuisine centrale allant jusqu'à 30 minutes. Une diététicienne [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>dans l'EHPAD réalise un entretien des résidents à l'entrée, mais les possibilités d'adaptation des repas sont peu développées (pas de possibilité de plat alternatif notamment). Il n'y a pas de suivi systématique. La commission des menus n'est pas active. Les résidents en sont pas régulièrement pesés et le poids n'est pas suivi faute de matériel (absence de balance dans l'EHPAD, absence de plateforme de pesée). Les menus ne sont pas affichés ne sont pas communiqués aux résidents. Trois soirs par semaine, le dîner consiste en une soupe et un dessert.</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>Remarque 11 : la qualité des repas n'est pas assurée.</p>

L'établissement a-t-il mis en place une collation la nuit pour l'intégralité des résidents ?		NON	Il n'est pas prévu de collation de nuit bien que la durée de jeûne nocturne soit de 14 heures (dîner à 18 heures et petit-déjeuner servi à 8 heures 30). Les résidents disposent de réfrigérateurs dans leurs chambres et peuvent entreposer de la nourriture.	Remarque 12 : l'établissement ne propose pas de collation aux résidents le soir bien que le jeûne nocturne soit de 14 heures (supérieur à la limite recommandée de 12 heures).
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 ?		NON	Pas de suivi spécifique tracé.	Remarque 13 : l'établissement n'a pas mis en place de suivi de l'hydratation des résidents.
La continence et l'altération des téguments	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE



Soins				
Projet de soins individuel/Partage des informations médicales et paramédicales	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Un projet de soins concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?	OUI		Les projets de soins sont mis en place à l'entrée du résident	
Les projets de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?		NON	Pas de formalisation du suivi et de la révision des projets de soins	
Un plan de soins (soins techniques, nursing) concerté et formalisé est-il élaboré pour chaque personne prise en charge ?	OUI		Le plan de soins est disponible sur le logiciel de soins.	
Les plans de soins font-ils l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique ?		NON	En l'absence de réunions, les projets de soins ne sont pas réévalués	<u>Remarque 16:</u> les plans de soins ne font pas l'objet d'une réévaluation périodique.
La tenue des dossiers médicaux et des dossiers de soins des personnes prises en charge est-elle satisfaisante (contenu/accès sécurisé...) ?		NON		<u>Remarque 17 :</u> l'ensemble des éléments médicaux et des éléments relatifs aux soins des résidents n'est pas tracé dans les dossiers.
Les transmissions et la gestion des informations d'ordre médical et		NON		<u>Remarque 18 :</u> la transmission des informations médicales et

paramédical sont-elles organisées et formalisées ?				paramédicales n'est pas organisée.
La prise en charge de la douleur est-elle organisée et protocolisée ?		NON	Il n'y a pas de protocoles médicaux utilisés dans l'établissement	<u>Remarque 19 :</u> Aucun protocole médical n'est mis en place dans l'EHPAD.
La prise en charge de la chute est-elle organisée et protocolisée ?		NON		<u>Remarque 20 :</u> idem
Existe-t-il un dispositif permettant de prévenir les chutes, de les signaler et de les analyser ?		NON		<u>Remarque 21 :</u> idem
Les soins palliatifs et la fin de vie sont-ils organisés et protocolisés ? Recours à une équipe mobile de soins palliatif		NON		<u>Remarque 22 :</u> idem
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 Medico-Psychologique	OUI		Une psychologue est présente ■ 	
La prise en charge du patient dément déambulant est-elle organisée ? Présence d'un PASA Existence d'une UHR / UPV		NON	L'établissement ne peut accueillir de résidents dément déambulant car les locaux ne sont pas sécurisés. La politique de l'établissement est de ne pas accueillir ce type de résidents. Lors de l'inspection, il n'a pas été repéré de résidents déments déambulant dans l'établissement	

III-4 Organisation du circuit du médicament

Prescription			COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Ces opérations sont-elles réalisées avec sous les yeux les prescriptions médicales à jour de chaque résident ? - Rangement des médicaments de chaque résident ; - Préparation des traitements ; - Administration, distribution ou aide à la prise de chaque médicament. R. 4312-42 CSP R. 4312-38 CSP L. 313-26 CASF	OUI		Dispensation nominative quotidienne avec piluliers par la PUI. Toutefois la distribution n'est pas réalisée avec les prescriptions à jour sous les yeux.	
Respect posologie et rythme de vie			COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Les horaires d'administration respectent-ils les posologies ? Les horaires d'administration des hypnotiques sont-ils adaptés et préservent-ils un rythme de vie ? R. 4312-10 CSP RCP de chaque médicament	NON		Les horaires d'administration sont le matin vers 8 heures, à midi au moment du repas à 12 heures et entre 17 heures et 18 heures avant le dîner. Les prises sont très rapprochées dans la journée et le délai entre la prise du soir et celle du matin est de plus de 15 heures. Les posologies sont préparées par la PUI.	Remarque 24 : les prises médicamenteuses du matin, du midi et du soir sont trop rapprochées.
Administration			COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Les administrations réglementairement réservées aux IDE le sont-elles effectivement (injectables, transdermiques, aérosols, bains d'oreilles et instillations médicamenteuses, application des protocoles...) ? R. 4311-7 CSP L. 313-26 CASF	OUI		Les administrations sont réalisées par les infirmiers de l'EHPAD, ou les infirmiers du CH lorsqu'il n'y a pas d'infirmier dans l'EHPAD.	
Distribution			COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
L'aide à la prise des médicaments par une personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante	OUI		La nuit, et le sois des après-midis des week-end et des jours fériés, l'aide à la prise des médicaments est faite par les aides-soignantes	

respecte-t-elle le cadre de l'article L. 313-26 du CASF ?			à partir des piluliers préparés par la PUI.	
Vérification de la prise			COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Les IDE s'assurent-ils de la vérification de la prise des médicaments et de l'enregistrement de celle-ci ? R. 4311-5 CSP R. 4312-41 CSP	OUI		Les IDE s'assurent de la prise des médicaments. Ceux -ci sont remis individuellement aux résidents et la prise est supervisée	
Protocoles			COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
La mise en œuvre de toute adaptation de traitement (adaptation de posologie, si besoin, broyage des comprimés, ouverture des gélules...) est-elle réservée aux IDE, sur le fondement d'une prescription / d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin ? R. 4311-7 CSP R. 4311-8 CSP R. 4312-36 CSP L. 313-26 CASF			Non investigué	
Broyage			COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Le matériel pour le broyage utilise-t-il des sachets ou godets récupérateurs individuels et à usage unique ? Le matériel de broyage est-il au minimum nettoyé avec une compresse sèche ou humide entre chaque résident ? R. 4312-37 CSP	OUI		Réalisé par la PUI	
Responsabilité pharmaceutique et IDE			COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Qui est responsable de la fourniture, de la détention et de la dispensation des médicaments ? R. 5126-106 CSP R. 5126-108 CSP R. 4312-39 CSP			La PUI de l'établissement	
Sureté			COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
Les médicaments sont-ils tous détenus dans des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de	OUI			

fermeture assurant la même sécurité, dédiés à leur stockage ? R. 5126-109 du CSP R. 4312-39 CSP				
Les traitements de chaque résident sont-ils tous regroupés dans des casiers nominatifs de capacité suffisante ? L'étiquetage des casiers, semainiers, piluliers, est-il satisfaisant (par exemple : salutation, nom, prénom, numéro de chambre, photo du résident)? R. 4312-38 CSP R. 4312-39 CSP	OUI			
Le retour à la pharmacie des traitements qui ne sont plus en cours est-il systématique ? La constitution d'un stock issu des traitements interrompus par les résidents est-elle interdite ? Tout médicament fait-il partie soit d'un traitement appartenant à patient soit de la dotation destinée à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence ? R. 5126-108 CSP	OUI		Les médicaments inutilisés sont retournée à la PUI chaque semaine.	
Dotation			COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	
La dotation destinée à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence est-elle formalisée (liste établie par le pharmacien conventionné et un médecin) ? R. 5126-108 CSP	NON		[REDACTED]	

III-5 La coordination avec les autres acteurs

Coordinations avec les autres acteurs	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	ECART /REMARQUE
La structure a-t-elle conclu des conventions avec des établissements de santé de son environnement ?	OUI			
La structure a-t-elle conclu des conventions de partenariat avec des établissements et services médico-sociaux de son environnement ?		NON		<p>Remarque 25 : l'établissement n'a pas conclu de conventions avec des établissements médico-sociaux</p>
La structure fait-elle partie d'une filière de soins ou de prise en charge ?		NON		

PARTIE IV : CONCLUSION

- [12] L'ARS de Martinique dans le cadre du PRICEA 2023 contribue à la réalisation des Orientations Nationales d'Inspections Contrôles 2023 (ONIC) du ministère des Affaires Sociales et de la Santé. A ce titre, elle participe à la réalisation du programme d'Inspection-Contrôle relatif au « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) ».
- [13] Une inspection sur site à caractère inopiné selon un protocole préétabli de ciblage d'analyse des risques et de signalements reçus, une équipe de l'ARS Martinique a été missionnée le 26 janvier 2023 afin de vérifier, les conditions de prise en charge des résidents dans les domaines médicaux et paramédicaux à travers l'examen de dossiers médicaux et par des entretiens avec la directrice de l'établissement, le médecin coordonnateur et les équipes soignantes et dans la mesure du possible avec les résidents.
- [14] Sur le plan administratif, il s'agissait d'examiner la situation du personnel, leurs qualifications et leur nombre, de contrôler les moyens matériels mis en œuvre par l'établissement et analyser si l'ensemble est en adéquation avec une prise en charge de qualité dans des conditions optimums de bientraitance.
- [15] Cette mission inopinée a relevé **11 écarts et 25 remarques** (Voir tableau en annexes) se référant à la réglementation et textes en vigueur relative notamment :
- Au projet d'établissement ou de service/et règlement de fonctionnement
 - Au Conseil de vie sociale et autres formes de participation
 - A la gestion des risques des crises et des incidents graves
 - A l'absence de procédure concernant le traitement des EIGS
 - A l'absence de médecin coordonnateur et de protocole médical
- [16] L'inspection s'est déroulée dans un climat cordial.
- [17] La mission a noté la volonté de bien faire des professionnels dévoués et volontaires.

Fait et clos à Fort-de-France, le 1er août 2023