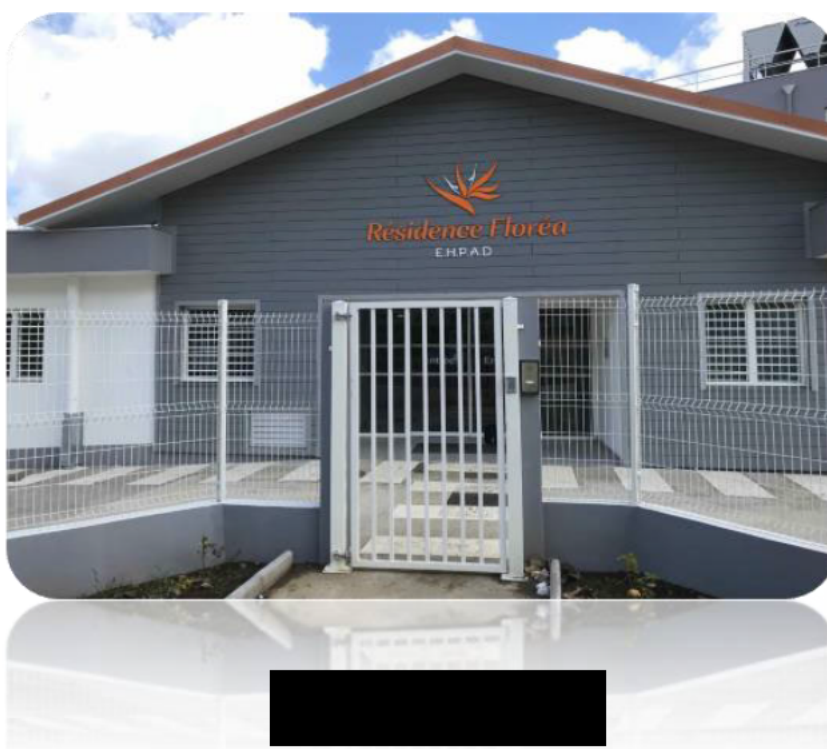


*Mission Régionale d'Inspection
de Contrôle d'Évaluation et d'Audit*

RAPPORT D'INSPECTION DE L'EHPAD RESIDENCE FLOREA ETANG Z'ABRICOT



AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L300-2 du code des relations entre le public et les administrations et de la jurisprudence constante de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA). Il fait donc partie des documents administratifs communicables sous les conditions posées par le code précité. Ces conditions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de cette loi, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent aux personnes qui en font la demande », ce « droit à communication » contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

☐ Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés (article L311-2 du code des relations entre le public et les administrations). Aussi :

→ le rapport n'est communicable aux tiers qu'après sa transmission à l'inspecté à l'issue de la procédure contradictoire.

→ en tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

☐ Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative en cours d'élaboration

→ cette restriction est susceptible de s'opposer à la communication de rapports liés à une procédure administrative qui n'aurait pas encore abouti à une décision.

2/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L311-6 du code des relations entre le public et les administrations précise que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs* » :

- dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice »

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection et à laquelle le rapport d'inspection est destiné d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

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

SOMMAIRE

	Pages
I. INTRODUCTION	4
1-1 Eléments de contexte	4
1-2 Méthodologie appliquée	5
II. SITUATION ADMINISTRATIVE	6
III. CONSTATS ET ANALYSE	8
IV. CONCLUSION	42
ANNEXES :	44
- Lettre de mission	
- Liste des documents remis et consultés	
- Liste des personnes rencontrées	
- Tableau des écarts et remarques	

PARTIE I : INTRODUCTION

1-1 Éléments de contexte

- [1] L'ARS de Martinique dans le cadre du PRICEA 2024 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 RESIDENCE FLOREA ETANG Z'ABRICOT » géré par SARL FLOREA FORT-DE-FRANCE 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 la Directrice générale de l'ARS, le 28 mars 2024. La mission a débuté le 09/04/2024.
- [4] La mission était composée de :
- [REDACTED]
 - [REDACTED]
 - [REDACTED]
- [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 avec la directrice de l'établissement, le médecin coordonnateur et les équipes soignantes et dans la mesure du possible avec les résidents.
- [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 introductive exposant les éléments de contexte et la méthodologie appliquée,
 - Une deuxième partie concernant la situation administrative de l'EHPAD « RESIDENCE FLOREA ETANG Z'ABRICOT »,
 - 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, L.1421-3, 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°13-03-18-0863 portant révision de la capacité d'accueil de l'EHPAD « RESIDENCE FLOREA ETANG Z'ABRICOT » géré par la SARL FLOREA FORT-DE-FRANCE.

I-2 Méthodologie

La réunion préparatoire

- [9] Cette inspection était inopinée. Une réunion préparatoire s'est tenue le 09/04/2024 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 09/04/2024. 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 retenues.

La visite de terrain

- [11] La visite de l'EHPAD « RESIDENCE FLOREA ETANG Z'ABRICOT » a été réalisée les 10 et 11 avril 2024 à partir de 9 heures sur site (ZAC de l'ETANG Z'ABRICOT- Fort de-France), 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

Nom de l'EHPAD :	RESIDENCE FLOREA ETANG Z'ABRICOT
Numéro FINESS :	97 021 034
Statut juridique de la structure :	SARL
Autorisations et nombre de places :	
Arrêté conjoint :	ARS/CTM du 13 mars 2018
Hébergement permanent :	92 dont 2 PASA de 14 places (arrêté conjoint ARS/CTM du 20 décembre 2023)
Hébergement temporaire :	4
Accueil temporaire :	
Autres :	
Habilitation Aide Sociale :	
GMP (valeur et date du dernier validé) :	
PMP (valeur et date du dernier validé) :	
Date dernière évaluation interne :	
Date dernière évaluation externe :	
Jours/heures d'ouverture :	
Adresse de l'EHPAD :	44 rue Ernest Hemingway
Complément :	ZAC Etang Z'Abricot
Code postal :	97 200
Ville :	Fort-de-France
Mail :	
Téléphone fixe :	0596 30 19 40
Téléphone portable :	
Nom et prénom de directeur :	
Nom et prénom du de médecin coordonnateur :	
Nom et prénom du référent administratif :	
Nom et prénom de l'infirmier coordonnateur :	
<u>Gestionnaire</u>	
Nom de l'organisme :	SARL FLOREA FORT-DE-FRANCE
Adresse de l'organisme :	44 rue Ernest Hemingway
Complément :	ZAC Etang Z'Abricot
Code postal :	97 200
Ville :	Fort-de-France
Mail :	
Téléphone fixe :	
Pharmacie à Usage Intérieure (PUI) :	NON
(Si oui, nom du Pharmacien)	
OFFICINE de pharmacie :	
(Si oui, nom de l'officine)	
(Si oui, nom du Pharmacien)	

- [12] L'EHPAD « RESIDENCE FLOREA ETANG Z'ABRICOT » (Fort-de-France) est un établissement privé commercial autorisé par arrêté conjoint ARS/CTM depuis 2018.
- [13] Son administration a été reprise par deux nouveaux co-gérants (consortium de deux gestionnaires d'EHPAD, groupe Martinique EHPAD et Services), en 2023, et [REDACTED]
- [14] Ce groupe est également gestionnaire d'un autre EHPAD « RESIDENCE FLOREA DE SAINT-ESPRIT » situé sur le territoire du Sud (au Saint-Esprit).

PARTIE III : CONSTATS ET ANALYSE

[15] La mission a relevé lors de cette inspection inopinée les éléments de contexte et les constats suivants (grille d'inspection ci-dessous).

Gouvernance de la structure

Conformité aux conditions de l'autorisation	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?	X		<p>Le jour de l'inspection, l'établissement accueille 94 résidents sur 96 places installées répartis comme suit : 22 hommes (23%) et 72 femmes (77%), l'âge moyen est de 84,7 ans et l'âge médian de 84 ans avec des extrêmes de 59 ans à 104 ans. 6 résidents sont âgés de 100 ans et plus.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>L'établissement a ouvert en 2018. [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Le PASA, de 14 places, destiné aux résidents présentant des troubles cognitifs a été autorisé le 1er décembre 2022 et mis en place. Ce PASA est ouvert du lundi au vendredi, matin et après-midi et accueille une file active de 14 résidents.</p> <p>Un second PASA, autorisé le 5 décembre 2023, dit 'PASA de nuit' avec des horaires d'ouvertures élargis dans la soirée jusqu'à 20 heures et destiné à des patients avec des troubles cognitifs et des troubles du comportement en fin de journée n'a pas encore été mis en place.</p> <p>Les lits d'hébergements temporaires ont été transformés de fait en lits d'hébergement permanent.</p> <p>Ecart 1 : Contrairement à l'arrêté d'autorisation, les lits d'hébergement temporaire sont utilisés en tant que lits d'hébergement permanent.</p> <p>Remarque 1 : Des résidents avec un GIR 5 ou un GIR 6 non dépendants sont accueillis dans l'EHPAD</p> <p>Ecart 2 : Contrairement à l'art. L344-5-1 du CASF, l'établissement n'a pas apporté la preuve d'une demande de</p>

			dérogation de la collectivité territoriale de Martinique pour l'admission de résidents de moins de 60 ans
Management et stratégie			
Le projet d'établissement ou de service / le règlement de fonctionnement	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
<p>Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF (R311-33 à R311-37, D312-9))</p> <p>Articles R311-33 à R311-37-1; D312-9 du CASF</p>	X		<p>Il existe un règlement de fonctionnement contenant les principales exigences réglementaires du CASF (R311-33 à R311-37-1), notamment la définition des droits de la personne accueillie, les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement. Il est annexé au contrat de séjour remis au résident.</p> <p>Cependant, il ne fait aucune mention de l'organisation et du fonctionnement de l'hébergement temporaire.</p> <p>Le volet "soins palliatifs" n'est pas à jour (certains acteurs n'existant plus) et ne permet pas de s'assurer de la culture palliative développée dans l'établissement ni des partenariats et coopérations nécessaires à la prise en charge palliative des résidents.</p> <p>Le document transmis n'indique aucune date d'élaboration ni prévision d'une périodicité pour sa révision.</p> <p>De même, la mission n'a pu vérifier le respect des différentes étapes d'élaboration et de consultations du règlement de fonctionnement prévues à l'article R311-33 du CASF (notamment consultations par les instances représentatives du personnel de l'établissement, association aux travaux et avis du conseil de la vie sociale).</p> <p>Enfin, la mission n'a pu s'assurer que le règlement de fonctionnement est remis aux personnes exerçant dans la structure (salarié, libéral, bénévole,). Par exemple, ce document n'est pas mentionné dans le contrat de travail.</p> <p>Ecart 3 : Contrairement à l'Art R311-33 du CASF, le règlement de fonctionnement de l'établissement, non daté, ne prévoit pas de périodicité pour sa révision (périodicité n'excédant pas 5 ans).</p> <p>Ecart 4 : 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>Ecart 5 : 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>

			<u>Ecart 6 :</u> 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.
L'établissement est-il doté d'un règlement intérieur ? Code du travail		X	<p>Le règlement intérieur de l'établissement n'a pas été transmis à la mission. Ce-dernier, distinct du règlement de fonctionnement est rendu obligatoire pour les établissements de plus de 50 salariés.</p> <p><u>Remarque 2 :</u> L'établissement ne dispose pas d'un règlement intérieur.</p>
<p>Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires ? Prévoit-il un volet spécifique promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance ?</p> <p>Article L.311-8, D311-38, Art. D. 311-38-3 et Art. D. 311-38-4; Décret n° 2024-166 du 29 février 2024 Art. D312-9 et D312-160 du CASF</p>	En partie		<p>La mission a été destinataire du projet d'établissement. Ce-dernier reprend en grande partie les éléments du contenu minimal tel que mentionné dans les textes, notamment un volet de prévention de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.</p> <p>Il mentionne également les différents modes d'accueil (dont hébergement temporaire) sans cependant indiquer le fonctionnement et l'organisation retenus pour l'accueil temporaire et le PASA (pas de mention de la création de PASA).</p> <p>Il n'intègre pas le plan détaillé des modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique.</p> <p>Le document transmis n'est pas daté et ne mentionne pas de période de validité. Néanmoins, la mission a pu constater que celui-ci n'était pas actualisé depuis au moins un an puisque certaines données ne sont ni mentionnées ni intégrées au projet (création PASA en décembre 2022 pour la première autorisation, plan de développement de la culture de la bientraitance élaboré en avril 2023, ...). D'autres informations sont obsolètes notamment celles concernant les partenariats (réseau soins palliatifs, Wouspel, qui n'existe plus depuis août 2021, ...).</p> <p>Enfin, la mission n'a pu s'assurer des conditions d'élaboration et de validation fixées dans les textes (association de toutes les parties prenantes à la rédaction du projet, avis des différentes instances, etc.). De même, la mission n'a pas eu connaissance des modalités d'animation, de suivi et de communication du projet (instances de suivi, etc.).</p> <p><u>Ecart 7 :</u> Contrairement à l'Art. D. 311-38-3 et D311-38-4 du CASF, le projet d'établissement, non daté, ne prévoit ni les modalités d'élaboration (notamment la participation du personnel et des résidents, la consultation du CVS), ni celles de diffusion, ni la périodicité pour sa révision (périodicité n'excédant pas 5 ans).</p> <p><u>Ecart 8 :</u> Contrairement à l'Art D311-8 et D 312-9 du CASF, le projet d'établissement de la structure ne prévoit pas les modalités d'organisation et de fonctionnement du PASA ni de l'hébergement temporaire</p>

			<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>
La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?	X		<p>Un protocole de continuité de la direction a été remis à la mission.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Il fait mention des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le périmètre des décisions et des autorisations pouvant être prise par la personne assurant la continuité de la direction - La procédure d'information de l'absence [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] à sa gouvernance et en interne, ainsi que les modalités de diffusion de cette information et de contact de la personne assurant la continuité de la direction. <p>Cependant, ce document n'est pas daté.</p> <p>Remarque 6 : Le protocole de continuité de la direction n'est pas daté.</p>

Conseil de la vie sociale et autres formes de participation	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
<p>Le CVS fonctionne-t-il selon les exigences légales et réglementaires le concernant ?</p> <p>Article L311-6, D311-3 et suivants du CASF</p>		X	<p>L'établissement a transmis les derniers comptes-rendus des réunions du Conseil de vie Sociale (CVS) : 3 réunions en 2023 et 1 le 30 janvier 2024. Ces comptes rendus ne sont pas signés.</p> <p>Le CVS se réunit régulièrement (au moins 3 fois par an), mais la mission n'a pas eu communication de la décision instituant le CVS.</p> <p>Certains membres du CVS ne siègent plus, notamment le Président (représentant des familles) qui a démissionné. Des élections partielles étaient prévues mais sans date fixée (PV du 30/01/2024).</p> <p>La mission n'a pu eu connaissance de certains éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Règlement intérieur du CVS fixant notamment la composition et le fonctionnement du CVS, les modalités de renouvellement des membres et la durée des mandats, les attributions du CVS - Rapport d'activité annuel du CVS - Modalités retenues pour transmettre à tous les résidents les informations et décisions vues lors des réunions des CVS - Désignation des nouveaux membres.

			<p>Il est prévu dans le projet d'établissement que les procès-verbaux ou relevés de décisions du CVS soient remis à tous les résidents. La mission n'a pu constater l'effectivité de cette disposition.</p> <p>Pour les représentants des résidents reçus en entretien, les profils des résidents [REDACTED] ne permettent pas de recueillir leurs besoins et demandes, ce qui limitent leur participation au CVS. [REDACTED]</p> <p>Ceux-ci n'ont qu'une connaissance partielle du fonctionnement, des attributions et moyens dévolus au CVS, et déplorent le manque de retour sur le suivi des propositions et décisions arrêtées en réunion.</p> <p>Ecart 12 : Contrairement à l'article D311-19 du CASF le CVS ne dispose pas d'un règlement intérieur.</p> <p>Remarque 7 : La date du dernier renouvellement du CVS n'a pas été précisée.</p>
Gestion de la qualité			
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 transmis intègre un plan d'actions pour la prévention de la maltraitance, bientraitance (plan de formation, sensibilisation du personnel, dispositif de gestion du risque et protocoles médicaux, etc.).</p> <p>La mission n'a pu constater la réalisation des actions inscrites dans le projet d'établissement.</p> <p>Les membres de la mission ont reçu en copie les comptes rendus de réunions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'un comité d'éthique créé en septembre 2023, constitué de résidents, d'entourage de résidents et de professionnels de la structure. Ce comité a prévu de se rencontrer tous les 2 mois. - De la commission annuelle gériatrique, dont la dernière réunion date du 29/06/2023, constituée des gérants, de l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD, des membres de la CVS et des partenaires extérieurs à la structure. <p>[REDACTED]</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - En interne des « formations » sont conduites ■ ■ ■ ■ ■ notamment sur la conduite à tenir quant à la dénonciation de fait de maltraitance. - Des professionnels extérieurs interviennent sur la prévention des troubles de la déglutition (orthophonie), la fin de vie et les soins palliatifs. - Il y a un registre des doléances pour maltraitance mis à la disposition des professionnels et des familles. ■ ■ ■ ■ ■ <p>Aucune suite disciplinaire n'a été constatée à ce jour. Le suivi des plaintes et réclamations n'est pas formalisé.</p> <p><u>Cependant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas eu de réunions du comité d'éthique depuis 5 mois, soit 2 réunions organisées depuis sa création (28/09/2023 et 21/11/2023). - Selon les entretiens avec les personnels, les conclusions de ces réunions n'ont pas été portées à leur connaissance. - Des protocoles médicaux et de soins existent mais ne sont pas connus des professionnels de santé rencontrés lors de l'inspection. - Selon les entretiens avec les personnels, les dernières formations spécifiques portant sur la prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer et les maladies chroniques date d'il y a trois ans. <p>Remarque 8 : Les décisions prises par les différents comités ne sont pas communiquées à l'ensemble des professionnels de l'établissement.</p> <p>Remarque 9 : 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>
Gestion des risques, des crises et des incidents graves	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
Existe-t-il un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ? Article D312-160 du CASF	X		L'établissement dispose d'un Plan Bleu 'Gestion de crise, campagne 2023', avec des fiches actions claires, ainsi qu'une procédure 'Conduite à tenir en cas d'accident électrique' datée du 26 février 2024 et une procédure 'Conduite à tenir en cas de séisme' datée du 29 janvier 2024. ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

			<p>on ne sait pas qui les a élaborés ni dans quel objectif. Il est mentionné ■ EI dans le premier trimestre 2024, et il n'est pas possible, à la lecture de ce document, d'identifier les événements indésirables associés aux soins (EIAS) parmi l'ensemble de ces EI, ni de déterminer le traitement et le suivi donné à ces EI.</p> <p>Ni le personnel, ni les représentants des usagers de la structure rencontrés, n'ont connaissance du dispositif réglementaire de signalement des EI et dysfonctionnement dans les établissements médico-sociaux (obligation de signalement, outils de recueil et de transmission, etc.).</p> <p>Ecart 13 : Contrairement à la réglementation en vigueur (R 331-8 à 331-10 et décret du 24 août 2016) et à l'article R1413-68 du code de la santé publique, 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.</p> <p>Ecart 14 : Contrairement à l'art 1 du décret 24/08/16, l'établissement ne déclare aucun EIGS via le portail réglementaire.</p> <p>Ecart 15 : 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.</p>
<p>Existe-t-il une charte de "non punition" ou charte d'encouragement au signalement ou charte de confiance ? Est-elle diffusée dans l'établissement et connu des salariés rencontrés ?</p> <p>Instruction N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017</p>		X	<p>L'établissement n'a pas élaboré de charte d'encouragement au signalement des événements indésirables associés aux soins.</p> <p>Ecart 16 : Contrairement à l'instruction du 17 février 2017, l'établissement ne dispose pas d'une charte d'encouragement au signalement des EIAS.</p>
<p>L'établissement a-t-il formalisé une procédure de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins ?</p> <p>Au cours des années 2022 et 2023, combien d'EIG ont été signalé, traité ?</p> <p>La structure a-t-elle mis en place un retour expérience ?</p>		X	<p>L'établissement n'a déclaré aucun événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) depuis 2021, ni en interne, ni à l'ARS.</p> <p>Les principaux responsables ■■■■■ rencontrés lors des entretiens ne maîtrisent pas la notion d'EIGS.</p>

			Il n'existe pas de comité de gestion et de suivi des événements indésirables associés aux soins. Il n'existe pas de traçabilité et d'archivage des analyses a posteriori.
Existe-t-il un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers ?		X	<p>L'établissement n'a pas mis en place de dispositif structuré et organisé de recueil et d'analyse des réclamations et des plaintes. Les réclamations semblent être recueillies au fil de l'eau par oral et gérées immédiatement [REDACTED] lors d'un entretien avec les familles en cas de besoin. Ces entretiens ne sont pas tracés dans le dossier de soins du résident.</p> <p>Remarque 12 : L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de recueil et de suivi du traitement des réclamations et plaintes.</p> <p>Remarque 13 : Les rencontres [REDACTED] [REDACTED] à la suite d'une plainte ou d'une réclamation, ne sont pas systématiquement tracées dans le dossier de soins.</p>
Le personnel peut-il se référer à des procédures et/ou à des conduites à tenir formalisées et actualisées en cas de crises, d'incidents ou événements indésirables graves ?	En partie		<p>L'établissement a établi quelques protocoles en cas de crise (Covid) ou d'événement indésirable potentiellement grave (fugues, urgence vitale, etc.). La mission d'inspection n'a pu s'assurer de la mise en œuvre de ces protocoles, dont la plupart a été élaboré par un autre EHPAD du groupe, sans adaptation à la structure inspectée.</p> <p>La mission d'inspection n'a pu s'assurer de la capacité de réactivité de l'établissement face aux crises.</p>

Fonctions supports

Gestion des ressources humaines			
Personnels/qualifications/affectations	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
<p>Le directeur justifie-t-il d'une qualification prouvée pour exercer sa fonction ?</p> <p>art. D312-176-6 CASF pour le privé</p>	X		<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>

<p>L'établissement dispose-t-il d'un médecin coordonnateur, justifiant titulaire du diplôme universitaire de médecin coordonnateur ?</p> <p>Le temps de travail respecte-t-il la réglementation ?</p> <p>Article D312-156</p>	<p>En partie</p>	<p>[REDACTED]</p> <p>Ecart 17 : 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 employée à 0,5 ETP</p>
<p>Les personnels exercent-ils des fonctions en rapport avec leur qualification ?</p> <p>Art L312-1-II, al.2 CASF</p>	<p>En partie</p>	<p>L'établissement dispose d'une équipe pluridisciplinaire médicale et paramédicale telle que le prévoit les textes (D.312-155-0 du CASF): médecin coordonnateur (MEDEC), infirmiers diplômés d'état, des aides-soignants, des accompagnants éducatifs et sociaux (ex aides médico-psychologiques), et des personnels psycho-éducatifs.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>L'établissement dispose également d'une psychomotricienne, d'une ergothérapeute et d'une psychologue diplômées ;</p> <p>Conformément aux textes, ces dernières interviennent, en partie, dans le PASA, en lien avec des assistants de soins en gériatrie (ASG).</p> <p>Dans le plan de développement des compétences 2024, sont prévues des formations ASG. Dans le projet du PASA, il est prévu un renforcement des connaissances par un médecin gériatrie dans la prise en charge des maladies neurodégénératives (formation inscrite au plan de développement des compétences 2022-23 mais la mission n'a pu s'assurer de sa réalisation).</p> <p>[REDACTED]</p>

			<p>La mission n'a pu déterminer sa date d'installation, mais le compte-rendu (CR) du 17/04/23 indique la composition ainsi que le rôle du CSE, tandis que celui de la réunion extraordinaire du 4/05/2023 fait mention de l'élection du secrétaire général du CSE.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Lors des entretiens, les difficultés suivantes ont été remontées :</p> <ul style="list-style-type: none">- Surcharge de travail [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]- Climat social altéré préexistant sous l'ancienne direction [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]- Manque de lisibilité sur le périmètre de certaines tâches <p>La mission n'a pas été destinataire de documents permettant d'attester de la réalisation d'actions d'amélioration de la qualité de vie au travail [REDACTED] [REDACTED] : plan d'actions validé, document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), etc.</p> <p>La structure a transmis à la mission le plan de développement des compétences 2024, mais ce document ne permet pas de s'assurer de la réalisation des formations.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>
--	--	--	--

			<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p><u>Remarque 22</u> : 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><u>Remarque 23</u> : 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.</p>
Bâtiments/espaces extérieurs/équipements			
Bâtiments et espaces extérieurs	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
<p>L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des personnes accueillies ?</p> <p>Les accès, les locaux et les équipements permettent-ils d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante et adaptée à la population prise en charge ?</p>	En partie		<p>L'établissement a été construit en 2017 et est en bon état général. Il comporte 4 niveaux [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Les chambres sont vastes. Celles du rez-de-chaussée sont équipées de fenêtres à bonne hauteur, avec barre d'appui. L'escalade de ces fenêtres reste toutefois possible et le personnel a indiqué à la mission d'inspection que les fenêtres pouvaient être bloquées en cas de nécessité.</p> <p>L'entrée et la sortie de l'établissement sont sécurisées par des digicodes, et la porte d'accès se situe devant l'accueil.</p> <p>Deux unités Alzheimer, avec accès contrôlé par un digicode, pour la prise en charge des résidents avec des troubles cognitifs et déambulants [REDACTED] et les chambres sont organisées autour d'un large espace permettant la déambulation et le déroulement d'activités. L'accès à un jardin fermé permet la déambulation extérieure. Une salle de soin commune avec un local de stockage des médicaments est située entre les deux unités Alzheimer. L'accès de cette salle est contrôlé par un digicode.</p>

			<p>L'architecture et l'aménagement intérieur de l'établissement sont adaptés à la prise en charge des résidents en EHPAD.</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>Les escaliers extérieurs sont sécurisés.</p> <p>Les escaliers intérieurs, accessibles aux résidents (sauf ceux des unités protégées) ne sont pas sécurisés et accessibles à tous les résidents.</p> <p>Chaque chambre est équipée de deux appels-malades, au bout d'un long cordon, l'un au niveau du lit et l'autre dans la salle d'eau.</p> <p>Ce cordon peut présenter un risque en cas de tentative de suicide.</p> <p>Les résidents peuvent avoir un réfrigérateur dans leur chambre.</p> <p>L'entretien de l'ensemble des locaux (parties communes et parties privatives) est effectué</p> <p>■■■■■</p> <p>■■■■■</p> <p>Remarque 24 : Les escaliers intérieurs ne sont pas sécurisés et sont accessibles aux résidents.</p> <p>Remarque 25 : 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>
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>Le dispositif d'appel malade avec retour dans la salle de soins et sur les téléphones des soignants est fonctionnel. Toutefois, la mission d'inspection a noté que tous les soignants ne portaient pas leur téléphone, que lors d'un test, la réponse à un appel malade a pris plusieurs minutes et que le dispositif d'appel malade était peu utilisé par les résidents.</p> <p>Remarque 26 : Lors d'un test réalisé par la mission d'inspection la réponse à un appel malade n'a pas été pris en compte pendant</p>

			plusieurs minutes, malgré la présence de personnel à proximité.
--	--	--	---

Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement

Organisation de la prise en charge			
Admission	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
Existe-t-il une procédure d'admission et d'accueil formalisée ?		X	<p>L'établissement n'a pas transmis à la mission d'inspection de procédure d'admission formalisée.</p> <p>Un formulaire administratif est rempli par la famille ou le résident et adressé [REDACTED] ainsi qu'un formulaire médical, renseigné par le médecin traitant de la personne. Le médecin coordonnateur et l'IDEC émettent un avis sur l'admission de la personne, basé sur son état de santé et la prise en charge nécessaire. Selon ces professionnelles, le document formalisant cet avis n'est plus utilisé, mais un mail est adressé [REDACTED], qui n'est pas systématiquement suivis [REDACTED] en cas d'avis défavorable.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p><u>Remarque 27</u> : L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'admission formalisée.</p> <p><u>Remarque 28</u> : Les éléments médicaux accompagnant le dossier de préadmission sont transmis au médecin coordonnateur [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] par messagerie électronique, ne garantissant pas le respect de la confidentialité des données échangées.</p> <p><u>Remarque 29</u> : 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.</p>

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,) font-elles l'objet d'un recueil formalisé ?	X		Dans les projets d'accueil et d'accompagnement, les habitudes et les goûts du résident sont recueillis.
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 ? Ce projet est-il mis en œuvre et évalué périodiquement (au moins une fois par an en équipe pluridisciplinaire) ? Article D312-155-0 du CASF	X		Seuls 20 projets d'accueil et d'accompagnement ont été mis à jour depuis 2022 (sur les 96 résidents) et répondent aux objectifs réglementaires Les PAA sont signés par la famille. Ecart 18 : 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.
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		La continuité des soins est organisée selon un planning mensuel regroupé par fonction, selon des plages de couverture et unité de fonctionnement. Les AS-AMP-AES ont les mêmes tâches et sont planifiés sur une grille commune d'affectation. ■■■■■ IDE : 3 en journée ■■■■■ et une astreinte téléphonique est assurée par l'IDEC ■ ■■■■■ Remarque 30 : ■■■■■ ■■■■■ ■■■■■ ■■■■■
La continuité des soins infirmiers et médicales sont-elles assurées ? Quelles sont les jours et heures de présence des infirmiers ?	X		■■■■■ ■■■■■ ■■■■■ ■■■■■ ■■■■■ ■■■■■ ■■■■■ ■■■■■ ■■■■■ ■■■■■ ■■■■■

			<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
Comment sont organisées les transmissions entre les équipes ?			<p>Des temps de transmissions orales entre les équipes sont prévus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre 6 heures 30 et 7 heures - Entre 13 heures 30 et 14 heures - Entre 20 heures 30 et 21 heures <p>L'IDE qui arrive à 6 heures 30 assiste aux transmissions du matin Les 3 IDE et l'IDEC assistent aux transmissions de milieu de journée.</p>
Quelles sont les réunions des professionnels soignants ?			<p>Des réunions sont prévues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 réunion trimestrielle IDE AS - 1 réunion trimestrielle pour le PASA - 1 réunion mensuelle avec le médecin coordonnateur par étage, centrée sur l'état de santé des résidents. - Les jeudis, après les transmissions de mi-journée, une réunion d'étage, ou une formation par le médecin coordonnateur <p>Les plannings de ces réunions n'ont pas été transmis à la mission.</p>
Respect des droits des personnes accueillies			
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>Les repas sont pris à heure fixe (8 heures pour le petit, déjeuner, en chambre, midi pour le déjeuner en salle à manger pour la majorité des résidents et 18 heures 30 pour le dîner, en salle ou en chambre). Certains résidents se lèvent tôt et attendent leur petit déjeuner.</p> <p>La durée du jeûne nocturne est supérieure aux 12 heures recommandées et une collation n'est pas proposée à tous les résidents dans la soirée.</p> <p>Les soignants déclarent que les résidents sont douchés tous les jours. Toutefois en l'absence de traçabilité des soins et en l'absence de planning, la mission n'a pas été en mesure de déterminer la fréquence des douches de résidents.</p> <p>Lors des entretiens, des soignants ont indiqué que, parmi les résidents qui font la sieste l'après-midi,</p>

			<p>certaines n'étaient pas relevés jusqu'au lendemain matin.</p> <p>Les résidents les plus autonomes ont indiqué pouvoir se coucher à l'heure qui leur convient.</p> <p>Remarque 31 : 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.</p> <p>Remarque 32 : Malgré un jeûne nocturne supérieur à 12 heures, il n'est pas proposé systématiquement de collation en soirée à l'ensemble des résidents.</p> <p>Remarque 33 : En l'absence de traçabilité, la fréquence des douches des résidents ne peut être déterminée.</p> <p>Remarque 34 : Certains résidents ne sont pas relevés après la sieste et restent au lit jusqu'au lendemain matin.</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		<p>L'établissement ne compte que des chambres seules équipées d'une salle de douche individuelle ne donnant pas sur l'extérieur. Lors de la visite de l'établissement, la mission d'inspection a pu constater que toutes les toilettes étaient faites porte fermée permettant de respecter l'intimité du résident.</p>
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° CASF)</p>	X		<p>Dans le cadre du projet d'établissement et du contrat de séjour, la charte des droits et des libertés est rappelée et jointe en annexe.</p> <p>L'établissement a mis en place différentes dispositions pour garantir les droits "d'aller et venir" du résident dans les conditions de sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libre accès des locaux collectifs intérieur et extérieur (sauf locaux techniques sans accompagnement) - Sortie autorisée sous réserve de signalement à la direction - Liberté d'inviter les visiteurs aux différents temps (repas, animation) - « service voiture » mis à disposition gratuitement tous les après-midis de 14 à 17h pour les déplacements à Fort-de-France et au Lamentin (hors rendez-vous médicaux) <p>Afin de garantir la sécurité des résidents, l'établissement s'est doté de système de portes</p>

			<p>avec digicode, et d'un système de vidéosurveillance.</p> <p>Toutefois, l'information et la demande de consentement (droit à l'image) n'ont pas été inscrits dans les différents documents contractuels (contrat de séjour) ni de présentation de l'établissement (livret d'accueil, ...)</p> <p>Pour les résidents dont la situation appelle des mesures restrictives à ces droits, il existe un document précisant les conditions et les mesures individuelles proposées au résident (« mesures particulières pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir »). Il est annexé au contrat de séjour.</p> <p>Remarque 35 : 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.</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	<p>L'établissement a transmis un protocole en cas de contention, qui date de 2017 (avant l'ouverture de l'établissement) et provient de l'EHPAD Florea Saint-Esprit. Les annexes prévues n'ont pas été transmises.</p> <p>Ce protocole n'a pas été mis à jour, il n'a pas été adapté à l'établissement et est signé et validé de personnes étrangères à l'établissement.</p> <p>Selon le médecin coordonnateur, la politique de l'établissement est d'éviter au maximum les contentions, et que lorsque celles-ci étaient nécessaires, elles étaient prescrites, y compris les contentions au fauteuil, pour une durée maximale d'un mois, renouvelable.</p> <p>Remarque 36 : L'établissement ne dispose pas d'un protocole relatif à la contention.</p>
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>Présence d'une commission des menus au sein de la structure ?</p>		X	<p>Les plats sont confectionnés dans la cuisine de l'EHPAD et sont correctement servis dans des assiettes à partir de 12h, dans 3 espaces différents : PASA, unité Alzheimer et restaurant [REDACTED] par des agents prestataires du groupe identifiés par une tenue noire.</p> <p>Les médicaments du midi sont administrés au moment du repas soit par l'infirmière ou par délégation de l'infirmière à l'AS. L'équipe de la mission a observé un accompagnement</p>

			<p>bienveillant des AS ainsi que par des stagiaires en formation professionnelle lors du repas.</p> <p>Il existe une « commission menu ». Cependant, la mission d'inspection n'a pas vu de diététicienne.</p>
L'établissement a-t-il mis en place une collation la nuit pour l'intégralité des résidents ?		X	<p>la collation de nuit reste exceptionnelle et n'est pas formalisé dans le cadre de leur activité, ni dans le PAA. La mise en place d'une collation de nuit est envisagée par la commission menu.</p>
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		<p>Des créneaux horaires sont élaborés pour servir des boissons aux résidents mais aussi à la demande de ces derniers.</p>
La continence et l'altération des téguments	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
<p>[REDACTED]</p>		X	<p>[REDACTED]</p>
Existe-t-il un référent protection au sein de la structure ?		X	<p>Il n'existe pas de référent 'protection' dans l'établissement.</p> <p>Dans la structure, il n'existe qu'une référente aide-soignante sur le thème 'pansements'.</p>

Soins			
Projet de soins individuel/Partage des informations médicales et paramédicales	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
<p>Un projet de service du PASA est-il élaboré ?</p> <p>Article D312-155-0-1 du code de l'action sociale et des familles</p>	X		<p>La mission a été destinataire d'un projet de service du PASA.</p> <p>Celui-ci intègre les modalités de fonctionnement attendues dans l'article D312-155-0-1.</p> <p>Toutefois, ce projet qui n'est pas daté, n'est pas actualisé (pas de prise en compte des dernières évolutions de la structure).</p> <p>De même, la mission n'a pu apprécier les modalités d'élaboration et de suivi de ce document (groupes de travail, de suivi, ...).</p> <p>Le projet d'établissement transmis à la mission ne fait référence ni de la création de PASA au sein de la structure, ni du projet de service du PASA.</p>
<p>L'architecture du PASA est-elle conforme à la réglementation ?</p> <p>Article D312-155-0-1 du code de l'action sociale et des familles</p>	En partie		<p>Le PASA est situé à l'étage [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Son architecture répond globalement à la réglementation en permettant d'offrir un lieu confortable et rassurant. Il ne comprend cependant pas une ouverture sur l'extérieur (jardin, terrasse clos) accessible et sécurisée pour les résidents.</p>
<p>Le personnel intervenant en PASA est-il conforme à la réglementation ?</p> <p>Article D312-155-0-1 du code de l'action sociale et des familles</p>	X		<p>L'équipe du pôle d'activités et de soins adaptés est composée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 psychomotricien et 1 ergothérapeute ; - 2 assistants de soins en gérontologie ; - 1 psychologue. <p>La mission n'a pu cependant pas s'assurer des formations suivies (formations à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives).</p>
<p>Un projet de service est-il élaboré pour les unités Alzheimer</p>		X	<p>L'établissement n'a pas transmis de projet de service pour les unités Alzheimer</p>
<p>Décrire l'organisation de la prise en charge dans les unités Alzheimer</p>			<p>Deux unités fermées [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] sont réservées à la prise en charge des résidents avec troubles cognitifs et troubles du comportement à type de déambulation.</p> <p>Le contrat de séjour précise que l'entrée dans ces unités est temporaire et revue en fonction de l'évolution de la déambulation.</p>

			<p>déterminer le bilan réalisé, et les actions mises en place face à cette perte de poids. La seule prescription retrouvée était [REDACTED] sans suivi de la prise de celui-ci par la patiente. La possibilité de recourir à la cuisine de l'établissement pour une alimentation hyper-énergétique ou hyper-protéinée n'a pas été retrouvée. [REDACTED]</p> <p>Remarque 39 : L'accès aux données médicales n'est pas réservé aux seuls médecins.</p> <p>Remarque 40 : Les actes effectués par les aides-soignantes (nursing, alimentation, toilettes) ne sont pas tracés.</p> <p>Remarque 41 : Le nombre limité d'ordinateurs, [REDACTED] ne permet pas l'accès aux aides-soignantes [REDACTED] pour tracer leurs soins.</p> <p>Remarque 42 : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]</p> <p>Remarque 43 : La prise des médicaments n'est pas tracée.</p> <p>Remarque 44 : 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.</p>
La prise en charge de la douleur est-elle organisée et protocolisée ?		X	<p>L'établissement n'a pas transmis de protocole concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Les soignants ne semblent pas utiliser d'échelle de la douleur.</p> <p>Remarque 45 : La prise en charge de la douleur n'est pas organisée</p>
Existe-t-il un dispositif permettant de prévenir les chutes, de les signaler et de les analyser ?		X	<p>Le protocole prévoit que les chutes doivent être déclarées [REDACTED]. Dans la pratique, les chutes en sont pas déclarées [REDACTED] ni dans le registre des événements indésirables. Plusieurs soignants rencontrés ne reconnaissent pas les chutes comme un événement indésirable associé aux soins.</p> <p>Remarque 46 : 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.</p>

			<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>
Existe-t-il une procédure du circuit du médicament ?		X	<p>Une procédure 'sécurisation du circuit du médicament', datée de 2021, a été remis à la mission d'inspection. Cette procédure est obsolète et en correspond pas à l'organisation actuelle (piluliers préparés par le pharmacien).</p>

Coordination avec les autres acteurs

Coordinations avec les autres acteurs	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS
<p>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 gériatologiques, réseaux de soins palliatifs...)?</p> <p>Ce partenariat est-il formalisé par des conventions ?</p>	En partie		<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>L'établissement n'a pas identifié dans son projet d'établissement, l'ensemble des ressources existantes, ni leurs modalités et champs d'intervention (organisation des hospitalisations, accès aux soins spécialisés, échanges d'informations, ...), pouvant contribuer à la prise en charge de ses résidents.</p> <p>Il n'a pas fourni la preuve de partenariats formalisés avec les acteurs sanitaires : notamment les filières gériatrique et psychiatrique), les dispositifs de coordination existants (Dispositif d'appui à la coordination, DAC, Centre de ressource territorial, CRT, CPTS...), les professionnels de santé libéraux (dentistes, ...), etc.</p> <p>Ecart 22 : 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.</p>
<p>La structure dispose-t-elle d'un protocole avec un établissement de santé pour la gestion des urgences ?</p> <p>La structure fait-elle partie d'une filière de soins ou de prise en charge ?</p> <p>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?</p>		X	<p>L'établissement n'a pas transmis à la mission ni de protocole ni de conventions avec un établissement de santé que ce soit pour la gestion des urgences que pour la prise en charge en service de médecine ou de chirurgie et de retour.</p> <p>Remarque 56 : La mission n'a pu s'assurer que la structure fait partie d'une filière de soins ou de prise en charge.</p>
<p>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...),</p>		X	<p>L'établissement n'a pas transmis de conventions, ou autres documents de partenariats formalisés, avec des ESSMS.</p> <p>L'établissement fait partie d'un groupe gestionnaire portant un autre EHPAD, cependant la mission n'a pas eu connaissance ni de</p>

PARTIE IV : CONCLUSION

- [16] L'ARS de Martinique dans le cadre du PRICEA 2024 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) ».
- [17] 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 24 03 2024 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.
- [18] 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.
- [19] La visite de l'établissement s'est déroulée les 10 et 11 avril 2024 sur site à la ZAC de l'ETANG Z'ABRICOT- Fort de-France.
- [20] Cette mission d'inspection inopinée a relevé **22 écarts et 56 remarques (Voir tableau en annexe 4)** se référant à la réglementation et textes en vigueur, relatifs notamment :
- au **respect des obligations attachées aux autorisations délivrées**
 - à la **sécurisation et à la qualité de la prise en charge des résidents** : gestion des événements indésirables, dont associés aux soins ; formation des personnels ; traçabilité des actes et circuit du médicament ; la gestion des urgences vitales ;
 - à l'**organisation et au fonctionnement de l'établissement** : actualisation et appropriation des documents stratégiques (projet d'établissement, règlement de fonctionnement,) et de pilotage (organigramme, fiches de poste, ...) ; association et implication du Conseil de vie Sociale
 - à la **communication et au climat social au sein de l'établissement**
 - à l'**inscription de l'établissement dans son environnement sanitaire, social et médico-social : coopérations et partenariat à développer et à formaliser.**
- [21] La mission a cependant noté la démarche initiée par la nouvelle direction depuis un an notamment pour l'amélioration du climat social, ainsi que la volonté de bien faire des professionnels dévoués et engagés.
- [22] L'inspection s'est déroulée dans un climat cordial.

Fait et clos à Fort-de-France, le 19 août 2024

