

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

**RAPPORT D'INSPECTION SUR SITE
EHPAD HENRI BOURGEOIS
GERE PAR L'OMASS DE LA VILLE DU LAMENTIN**



13, rue Albert CAMUS
Quartier Place d'armes
97232 Le Lamentin
Tel 0596 66 62 66

20 et 21 NOVEMBRE 2024



AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L.300-2 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 L.311-2 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 L.311-6 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

Introduction	4
• Objectifs de la mission • Méthodologie	4 5
Présentation de la structure	6
Grille d'inspection mesurant les écarts et les remarques	7
1- Gouvernance de la structure	7
2- Fonctions supports	14
3- Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement	22
4- Coordination avec les autres acteurs	40
Conclusion	43
Annexe	44

00- INTRODUCTION

L'ARS de Martinique, dans le cadre du PRICEA¹ 2024 contribue à la réalisation des Orientations Nationales d'Inspections Contrôle 2024 (ONIC) du Ministère de la Santé et de la Prévention. Et participe à la réalisation du programme d'Inspection-Contrôle relatif au « Plan d'inspection et de contrôle des 7500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022-2024).

La Directrice Générale de l'ARS a diligenté une inspection sur site selon le protocole préétabli du ciblage et de l'analyse des risques déjà mené préalablement sur les 24 établissements autorisés.

Objectifs de la mission

- *De vérifier les conditions de prise en charge des résidents dans les domaines médicaux et paramédicaux à travers l'examen des dossiers médicaux et par des entretiens avec le directeur de l'établissement, le médecin coordonnateur et les équipes soignantes, et dans la mesure du possible avec les résidents.*
- *D'examiner, sur un plan administratif, la situation du personnel, leurs qualifications et leur effectif ; de contrôler les moyens matériels mis en œuvre par l'établissement et d'analyser si l'ensemble est en adéquation avec une prise en charge de qualité dans des conditions optimums de bientraitance ; de noter la présence des instances obligatoires.*

Membres de la mission

Par lettre de mission du 08 novembre 2024, la Directrice Générale de l'ARS a missionné les personnes suivantes :



Références juridiques permettant d'effectuer l'inspection

Le Code de la Santé Publique notamment les articles L.1413-14, L.1421-1, L.1421-3, L.1435-7, L.1431-2 ; le Code de l'Action Sociale et des Familles notamment les articles L.313-13, L.313-14, L.331 et suivants ; L.121-1 et suivant du Code des Relations entre le Public et l'Administration ; l'arrêté de la collectivité territoriale de Martinique n°30-01.17-0391 portant renouvellement d'EHPAD « Résidence Henri BOURGEOIS » géré par l'OMASS.

¹ PRICEA : Programme Régional d'Inspection Contrôle Evaluation Audit

Méthodologie

○ Organisation de la mission ARS

Une réunion de préparation de l'inspection s'est tenue le 19/11/2024 dans les locaux de l'ARS. Celle-ci a permis de répartir les missions au sein de l'équipe d'inspection, d'organiser la mission, et de partager les documents.

○ Sur le site de l'EHPAD Henri BOURGEOIS géré par l'OMASS

La mission était à caractère inopinée. La lettre d'annonce a été remise en main propre à la directrice le jour de l'inspection.

La réunion d'ouverture s'est déroulée avec la directrice de L'OMASS

Le coordonnateur de la mission a présenté l'équipe d'inspection et a également rappelé l'objectif de la mission.

Une visite de la structure a été réalisée [REDACTED]

[REDACTED] La mission a eu accès aux espaces intérieurs de la structure, notamment à la salle de soins des infirmiers, le bureau du médecin, la salle de vie collective/restauration, la « cuisine », la pharmacie et les chambres.

Une liste de documents à récupérer ou à consulter a été remise à la directrice.

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

Cette mission d'inspection sur site s'est clôturée par la réunion dite de clôture en présence de la directrice de l'OMASS et des membres de l'équipe d'administrative.

○ La suite de l'inspection

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

- L'introduction exposant les éléments de contexte et la méthodologie appliquée ;
- La présentation de la structure ;
- Grille d'analyse : tableau des éléments de constats et d'analyses/observations de la situation mesurant les écarts et/ou les remarques relevés ;
- La conclusion.

Dans le respect de la procédure contradictoire, le rapport sera transmis en recommandé avec accusé de réception à l'établissement accompagné d'un courrier du commanditaire qui annoncera les suites administratives éventuelles qu'il pourrait donner aux conclusions de la mission. L'établissement disposera d'un délai de 10 jours à compter de la réception du courrier recommandé pour transmettre à l'ARS, ses observations éventuelles portant sur les suites annoncées par la Directrice Générale de l'ARS. Celles-ci feront l'objet d'un examen par la mission et par notification d'une décision administrative clôturera la procédure contradictoire.

0-Présentation de la structure

Nom de l'EHPAD :	EHPAD Résidence Henri Bourgeois
Numéro FINESS :	97 020 306 3
Statut juridique de la structure :	EHPAD
Date de la dernière convention tripartite :	
Date du CPOM :	
Autorisations et nombre de places :	80
Arrêté conjoint :	DG ARS/PCE CTM
Hébergement permanent :	80 places d'hébergement permanent dont 14 places de PASA (pôle d'activités et de soins adaptés) autorisée à compter du 1 ^{er} juin 2018, 14 places d'UHR (unité d'hébergement renforcée) autorisées à compter du 1 ^{er} décembre 2018
Hébergement temporaire :	Néant
Accueil temporaire :	OUI (urgence uniquement)
Habilitation Aide Sociale :	80 places d'hébergement permanent
GMP (valeur et date du dernier validé) :	
PMP (valeur et date du dernier validé) :	
Date dernière évaluation interne :	04/01/2017
Date dernière évaluation externe :	Prochaine évaluation 1 ^{er} trimestre 2025
Jours/heures d'ouverture :	365 jours par an, 24 heures sur 24
Adresse de l'EHPAD :	13, RUE ALBERT CAMUS
Complément :	PLACE D'ARMES
Code postal :	97232
Ville :	LE LAMENTIN
Mail :	
Téléphone fixe :	+596 596 66 62 66
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 :	
Gestionnaire	
Nom de l'organisme :	OFFICE MUNICIPAL DE D'ACTION SOCIALE ET DE SANTE (OMASS)
Adresse de l'organisme :	76, rue Ernest ANDRE
Code postal :	97232
Ville :	LE LAMENTIN
Mail :	
Téléphone fixe :	
OFFICINE de pharmacie :	
(Nom du Pharmacien)	

1 Gouvernance de la structure

1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	Ecart et Remarques (E/R)	Injonction / Prescription / Recommandation (I/P/R)
La population accueillie est-elle conforme à l'autorisation : âge, profils, capacité autorisée ?	X		Le jour de l'inspection, l'établissement accueillait 76 résidents, 27 hommes et 49 femmes, âgés de 63 ans à 100 ans. La moyenne d'âge est de 82,5 ans et la médiane à 83 ans. Tous les résidents étaient dépendants (GIR 1 à 4). L'établissement dispose d'un PASA de 14 places, dont la file active est de 14 résidents, et d'une UHR de 14 places (12 résidents le jour de l'inspection).		
1.2 Management et stratégie					
1.2.1 Le projet d'établissement ou de service / le règlement de fonctionnement	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS		
Existe-t-il un règlement de fonctionnement en vigueur au sein de la structure et conforme aux exigences réglementaires du CASF (R.311-33 à R.311-37)		X	L'établissement n'a pas transmis de règlement de fonctionnement. Ecart 1 : Contrairement à l'article R.311-33 à R.311-37 du CASF, l'établissement n'a pas apporté la preuve de l'existence d'un règlement de fonctionnement conforme aux exigences réglementaires.	Ecart	Prescription
Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF (L.311-8 et D.311-38) ?		X	L'établissement n'a transmis de projet d'établissement. Ecart 2 : Contrairement à l'article R.311-8 et D.311-38 du CASF, l'établissement n'a pas apporté la preuve de l'existence d'un	Ecart	Prescription

Prévoit-il un volet spécifique promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance ?			projet d'établissement datant de moins de 5 ans, conforme aux exigences réglementaires.		
Un projet de service du PASA est-il élaboré ? Article D.312-155-0-1 du code de l'action sociale et des familles		X	Le projet de service du PASA et de l'UHR n'ont pas été révisés depuis le dépôt du projet en vue de leur autorisation en 2018. Ecart 3 : Contrairement à l'article R.312-155-0-1 du CASF, l'établissement n'a pas apporté la preuve de l'existence d'un projet de service du PASA et de l'UHR actualisé.	Ecart	Prescription
1.2.2 Pilotage/Délégations de pouvoirs	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS		
Existe-t-il un organigramme ou des documents internes précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ? D. 312-155-0, II CASF (Equipe pluridisciplinaire) L. 312-1, II, alinéa 4 CASF (Equipe pluridisciplinaire qualifiée)		X	L'organigramme transmis est celui de l'OMASS. L'établissement ne s'est pas doté d'un organigramme propre. Ecart 4 : Contrairement aux articles D.312-155-0 et L.312-1 du CASF, l'établissement ne s'est pas doté d'un organigramme propre.	Ecart	Prescription
Le directeur dispose-t-il d'une délégation précisant ses compétences et ses missions et/ou de signature ? (art. D.312-176-5 CASF)		X		Ecart	Prescription

		[REDACTED] <u>Ecart 5</u> : Contrairement à l'article D.312-176 du CASF, l'établissement ne s'est pas doté d'un organigramme propre. La répartition des temps de travail entre ces différents établissements et services générés par l'OMASS n'est pas précisée. <u>Remarque 1</u> : La répartition des temps de travail de la directrice entre les différents établissements n'est pas précisée dans le document unique de délégation. [REDACTED] Il est à signaler que l'OMASS a connu plusieurs directeurs depuis 2019. [REDACTED]	Remarque	Recommandation
Le directeur dispose-t-il d'une lettre de mission et/ou d'une fiche de poste ?	X	[REDACTED] <u>Remarque 3</u> : La Directrice de l'OMASS ne dispose pas d'une lettre de mission, ni d'une fiche de poste. [REDACTED]	Remarque	Recommandation
La continuité de la fonction de direction est-elle organisée en cas d'absence du directeur ?	X	[REDACTED] <u>Remarque 4</u> : La continuité de la fonction de direction n'est pas formalisée.	Remarque	Recommandation

1.2.3 Conseil de la vie sociale et autres formes de participation	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	Ecart et Remarques (E/R)	Injonction / Prescription / Recommandation (I/P/R)
Le CVS fonctionne-t-il selon les exigences légales et réglementaires le concernant ? (Art. L.311-6, D.311-3 et suivants CASF)	X		Deux réunions ont eu lieu en 2024 Une troisième rencontre a été initiée mais déprogrammée pour motif de manifestation lors de la crise sociale d'octobre 2024 et un empêchement d'accéder au site. <u>Ecart 6</u> : Contrairement aux articles D.311-6 et D.311-3 et suivants du CASF ; le fonctionnement du conseil de vie sociale ne répond pas aux exigences réglementaires.	Ecart	Prescription
1.3 Gestion de la qualité					
1.3.1 Politique de promotion de la bientraitance	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS		
Existe-t-il une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée, connue et opérationnelle au sein de la structure ?		X	Il n'existe pas de politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée connue et opérationnelle au sein de l'établissement. <u>Remarque 5</u> : L'établissement ne s'est pas doté d'une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée, connue et mise en œuvre.	Remarque	Recommandation

Les salariés (incluant la direction) ont-ils connaissance de la démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes vulnérables ? (Groupe de travail national – mars 2021).		X	Il n'a pas été présenté à l'équipe de la mission de document attestant de la présentation aux salariés de la démarche nationale. Remarque 6 : la démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes vulnérables n'a pas été porté à la connaissance des salariés.	Remarque	Recommandation
1.3.2 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 (projet d'établissement article D312-160 du CASF).	X		L'établissement a transmis un plan bleu datant de 2020 Une mise à jour doit être envisagée. Remarque 7 : le plan bleu de l'établissement n'a pas été actualisé depuis 2020.	Remarque	Prescription
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 ? Le système de signalement interne des événements indésirables est-il opérationnel 24 heures sur 24 ? Les représentants des usagers sont-ils impliqués dans la lutte contre les EIAS ?		X	Les événements indésirables peuvent être déclarés à partir d'un document du logiciel de soins [REDACTED] imprimé, rempli manuellement et remis à la cadre de santé. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) ne sont pas reconnus ni déclarés par le personnel. A l'exception des chutes, qui font l'objet d'une déclaration séparée et bien connu du personnel et ne sont ni répertoriés, ni considérés comme un EIAS, les autres EIAS ne sont pas déclarés en interne. En 2024, jusqu'à la date de l'inspection, seuls 6 événements indésirables ont fait l'objet d'une déclaration dont 5 agressions d'un résident envers le personnel et/ou les résidents. Aucun événement indésirable associé aux soins n'a été déclaré. La notion d'événement indésirable et notamment d'événement indésirable grave (entraînant le décès, menaçant le pronostic vital ou entraînant des séquelles)		

Art. L.331-8-1 du CASF, arrêté du 28 décembre 2016 ; Art. R.331-8 à 331-10 du CASF ; Décret 2016-1813 du 21 décembre 2016 Décret 2016-1151 du 24 août 2016 Art. R.1413-68 du CSP		n'est pas maîtrisée par le personnel y compris par l'encadrement. L'obligation de déclarer ces événements à l'ARS n'est pas connue des professionnels avec qui la mission d'inspection s'est entretenue. Selon la cadre de santé, aucune présentation systématique des événements indésirables associés aux soins n'a été faite au CVS. Ecart 7 : Contrairement à la réglementation en vigueur (R. 331-8 à 331-10 et décret du 24 août 2016) et à l'article R.1413-68 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). Ecart 8 : Contrairement à l'article R.331-10 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.	Ecart Ecart Prescription Prescription
Existe-t-il une charte de "non-punition" telle que prévue par l'instruction N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients ?	X	L'établissement n'a pas élaboré de charte d'encouragement au signalement des événements indésirables notamment les événements indésirables associés aux soins. Ecart 9 : Contrairement à l'instruction du 17 février 2017, l'établissement ne dispose pas d'une charte d'encouragement au signalement des EIAS.	Ecart Prescription

L'établissement a-t-il formalisé une procédure de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins ? Au cours des années 2022 – 2023 Combien d'EIG ont été signalé, traité ? La structure a-t-elle mis en place un retour expérience ?	X	Aucun EIG déclarés en 2022 et 2023. L'établissement n'est pas organisé pour reconnaître ni déclarer les EIGS. Remarque 8 : L'établissement n'est pas organisé pour reconnaître et déclarer les événements indésirables graves associés aux soins.	Remarque	Recommandation
Existe-t-il un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers ?	X	Il n'existe pas de dispositif de recueil et d'analyse des réclamations et doléances, qui sont traités au fil de l'eau sans traçabilité formalisée. [REDACTED] il n'est pas établi un bilan annuel des plaintes et réclamations. Celles-ci ne sont pas présentées au CVS. Remarque 9 : L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de recueil et de suivi du traitement des réclamations et doléances des usagers et de leur famille.	Remarque	Recommandation
Le personnel peut-il se référer à des procédures et/ou à des conduites à tenir, formalisées et actualisées en cas de crises, d'incidents ou événements indésirables graves ?	X	Pas de document formalisé, validé et signé. Remarque 10 : L'établissement ne dispose pas de procédures pour le traitement des crises et des incidents.	Remarque	Recommandation
Existe-t-il des événements indésirables graves et/ou situation de crise ? SI oui, comment cela a-t-il été géré et par qui ?	X	Les événements indésirables sont identifiés néanmoins ils ne sont pas instruits et la nature de l'évènement indésirable n'est pas spécifié. Le personnel manque d'information et de formations à ce sujet. Remarque 11 : cf supra.	Remarque	Recommandation

2 Fonctions supports

2.1 Gestion des ressources humaines			Injonction / Prescription / Recommandation (I/P/R)	Ecart et Remarques (E/R)	
2.1.1	Personnels/qualifications/affectations	OUI NON			
Le directeur justifie-t-il d'une qualification prouvée pour exercer sa fonction ? Art. D.312-176-10 CASF pour le secteur public					
				Ecart	Prescription
L'établissement dispose-t-il d'un médecin coordonnateur, justifiant titulaire du diplôme universitaire de médecin coordonnateur ? Le temps de travail respecte-t-il la réglementation ? Article D.312-156 du CASF					
				Ecart	Prescription

			médecin coordonnateur de l'établissement est employé à ETP.		
Les personnels exercent-ils des fonctions en rapport avec leurs qualifications ? (art L.312-1-II, al.2 CASF)	X		Ecart 12: Contrairement à l'article L.312-1_II du CASF l'établissement n'a pas apporté la preuve que les professionnels exercent des fonctions en rapport avec leurs qualifications.	Ecart	Prescription

Les gestionnaires s'assurent-ils de la compatibilité de leurs personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables ? (Art. L.133-6 CASF) (Extrait du casier judiciaire)	X	Il n'y a pas d'informations à ce sujet dans les dossiers du personnel consultés. Ecart 13: Contrairement à l'article L.333-6 du CASF ; la preuve de la consultation de l'extrait du casier judiciaire des salariés ne figure pas dans le dossier administratif de chaque membre du personnel.	Ecart	Prescription
Les personnels disposent-ils de fiches de postes et/ou de fiches de fonction et/ou de fiches de tâches ?	X	Les personnels rencontrés ont indiqué ne pas avoir de fiches de postes. Il n'existe pas de fiches de postes formalisés. Remarque 12 : Le professionnels ne disposent pas de fiches de postes ni de fiches de tâches. .	Remarque	Recommandation
Quelles sont les modalités d'accueil des nouveaux personnels (salariés en CDE, CDD, stagiaires, etc.)		L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil des nouveaux personnels à jour. Les personnels n'ont pas de fiche de poste. 		
Les salariés ont-ils des entretiens professionnels	X	L'ensemble des salariés rencontrés ont indiqué ne pas avoir eu d'entretiens professionnels depuis plusieurs années. Remarque 13 : Les entretiens professionnels ne sont pas réalisés depuis plusieurs années.	Remarque	Recommandation

2.1.2 Formation/accompagnement/soutien des professionnels	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS		
La structure propose-t-elle un plan de formation ? Les professionnels sont-ils acteurs et informés des plans de formation ?		X	L'établissement n'établit pas de plan de formation formalisé. [REDACTED] Le médecin coordonnateur fait des mini- formations (circuit du médicament, maltraitance, etc.). Le planning n'a pas été transmis. Remarque 14 : L'établissement ne s'est pas doté d'un plan de formation.	Remarque	Recommandation
Existe-t-il des échanges autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques.		X	Les seules réunions formalisées sont les transmissions entre les équipes, notamment en début d'après-midi et les mini formations organisées par le médecin coordonnateur. Selon les professionnels rencontrés, Il n'existe pas de réunions de service programmées, ni aucune réunion d'échange pluri professionnel autour des pratiques, ni de réflexion éthique. Remarque 15 : L'établissement n'a pas mis en place d'échanges autour des pratiques professionnelles ni de réunions formalisées en dehors des réunions de transmissions.	Remarque	Recommandation
Des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance sont-elles proposées aux personnels depuis 2021 ?		X	[REDACTED] Remarque 16 : Aucune formation à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance n'ont été proposées depuis 2021.	Remarque	Recommandation

Existe-t-il un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel ?	X			
Quelle est la qualité de vie au travail ?				Les professionnels rencontrés évoquent la pénibilité physique au travail, notamment liée à la taille et la disposition des chambres, et les difficultés de communication dans l'établissement. Un audit organisationnel et RH a été réalisé Les professionnels rencontrés font état d'un découragement dû aux très longs délais pour la mise en œuvre des changements annoncés. Les professionnels mentionnent aussi un sentiment d'insécurité lié à la succession de directeurs. Les professionnels rencontrés portaient des tenues professionnelles, soit fournies par l'établissement des années auparavant, soit, pour les personnels les plus récemment arrivés dans l'établissement, des tenues professionnelles personnelles achetées sur leurs fonds propres.

2.2 Bâtiments/espaces extérieurs/équipements				Ecart et Remarques (E/R)	Injonction / Prescription / Recommandation (I/P/R)
2.2.1 Bâtiments extérieurs	et espaces	OUI	NON	COMMENTAIRES/OBSERVATIONS	
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 ? Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.				L'établissement comporte 78 chambres seules et 1 chambre double sur deux niveaux. L'architecture et l'aménagement intérieur de l'établissement ne sont pas adaptés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les chambres sont petites, certaines ne sont pas fonctionnelles en raison de leur forme essentiellement triangulaire avec le lit collé au mur ne permettant pas au personnel de disposer des deux côtés du lit, les brancards ne peuvent pas entrer dans certaines chambres, ni les lèves malades. Chaque chambre comporte une salle de douche adaptée. Toutes les chambres du rez-de-chaussée disposent d'une terrasse et d'un accès dans le parc de l'établissement. Les chambres à l'étage disposent d'une terrasse. L'établissement n'est pas clos ; et l'entrée et la sortie des résidents du bâtiment ne sont pas contrôlées. L'accès au parc est contrôlé par un agent d'accueil dans une guérite la journée qui notamment contrôle l'accès des véhicules. Il n'y a pas de portail fermé. La nuit, l'établissement est sous la garde d'un agent de sécurité. L'établissement n'est pas équipé de rails au plafond et dispose de 2 lève-malades.	Ecart (sécurisation des locaux) Prescription

			Lors de la visite, il a été constaté par l'équipe d'inspection de nombreux locaux contenant des produits dangereux (détergents ou autres) qui n'étaient pas fermés à clé, et une importante réserve de bouteilles d'alcool dans une pièce destinée à servir de cuisine thérapeutique pour les résidents bien que cette pièce ne semble pas fréquemment utilisée. Le réfrigérateur était particulièrement sale, et le compartiment congélateur plein de glace. [REDACTED] L'établissement est très encombré, tant dans les couloirs où des chaises disposées le long des murs empêchent l'utilisation des mains courantes. Les extincteurs sont suspendus à hauteur d'homme sur les murs et constituent un risque pour les résidents. [REDACTED] Ecart 14 : Contrairement au décret 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation		
--	--	--	---	--	--

			et de fonctionnement des EHPAD, l'établissement n'est pas sécurisé pour la prévention des entrées et des sorties inopinées, la surface et la disposition des chambres n'est pas adaptée à l'accueil des personnes âgées, et l'entretien des locaux est insuffisant.			
2.2.2		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			Il existe un dispositif d'appel malade dans les chambres des résidents avec rappel sur des dispositifs mobiles portés par les soignants. Lors des deux jours d'inspection, il n'a pas semblé que ces dispositifs étaient fréquemment utilisés par les résidents. Il n'y a pas d'appel malade dans l'UHR (14 places).		