RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

EHPAD LE BEL AUTOMNE

REGNY (42630)

Décembre 2014

Vos interlocuteurs :

Virginie De Vita
Assistante de Direction
GERONTO'Services
04 72 16 30 75 (ligne directe)
v.devita@geronto-services.fr

Christelle Mortemousque
Chef de mission

Elisabeth Taunay
Evaluateur 1

Catherine Alvan
Evaluateur 2

SOMMAIRE

PREAMBULE 4
1. LES ELEMENTS DE CADRAGE DE LA MISSION 6
1.1. LES DOCUMENTS TRANSMIS 6
1.2. LE CADRE DE REFERENCE DE L'EVALUATION 7
1.2.1. VOLET A 7
1.2.2. VOLET B 8
1.3. LA MÉTHODE ET LES OUTILS DE L'EVALUATION 8
1.3.1. PREPARATION 8
1.3.2. REALISATION 8
1.3.3. ANALYSE DES INFORMATIONS RECUEILLIES 9
1.3.4. RAPPORT ET CONCLUSIONS DE L'EVALUATION 9
1.4. LE DEVELOPPEMENT INFORMATIF 12
1.4.1. Le GCS du Roannais 13
1.4.2 L'EHPAD LE BEL AUTOMNE 13
2. LES RESULTATS DE L'EVALUATION EXTERNE 18
2.1. LES CONSTATS DETAILLES DE L'EVALUATION EXTERNE 18
A. MANAGEMENT ET PILOTAGE 18
B. ACCOMPAGNEMENT DU RESIDENT 43
C. CADRE DE VIE ET L'HOTELLERIE 69
D. GARANTIE DES DROITS ET GESTION DES RISQUES 79
2.2. REPRESENTATIONS GRAPHIQUES DES RESULTATS PAR THEMATIQUES 90
3. LA SYNTHESE 91
INTRODUCTION 91
A/ LES CONDITIONS D'ELABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE (PEPS) ET L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE OU DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS 91
B /L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE 94
C/PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS 96
D/ LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES . 97
4. LES ANNEXES 99

4.1 L'ABREGE 99
4.2 LE PLANNING D'INTERVENTION 114
4.3 GRILLE EVALUATIVE 119
4.4 LA CONVENTION DE MISSION 131

PREAMBULE

La loi 2002-2 exige des professionnels qu'ils mettent à plat leurs pratiques, qu'ils repensent leur vision, qu'ils rénovent leur culture, qu'ils déploient des réseaux et qu'ils écrivent et évaluent régulièrement leurs missions et leurs métiers.

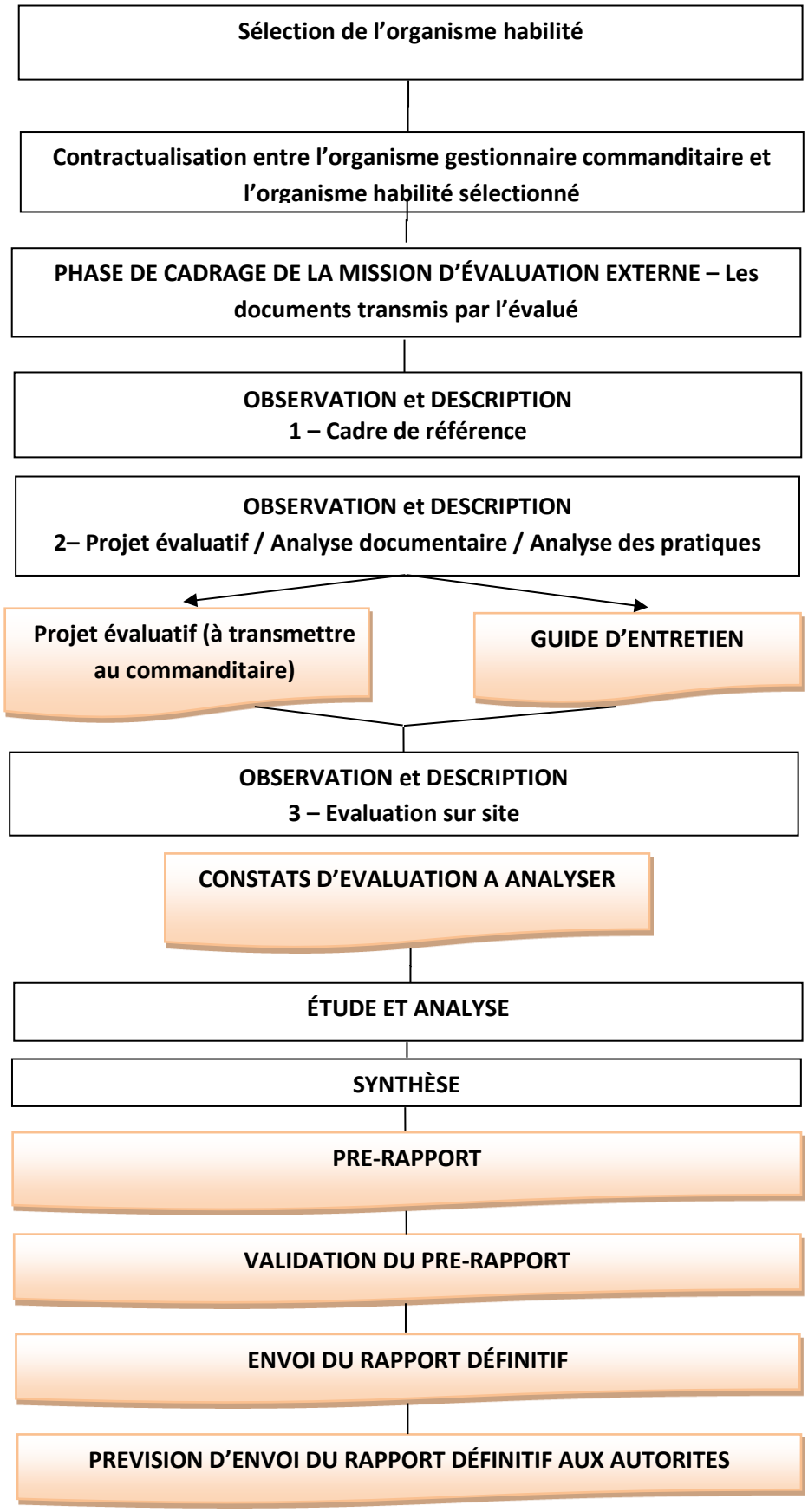
Leurs pratiques lisibles et transparentes par tous doivent être régulièrement évaluées.

L'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux a pour objectif de vérifier la conformité des acteurs aux exigences de la loi 2002-2.

Le législateur demande impérativement d'admettre le principe de la remise en cause, mieux encore, de la susciter.

Le décret 2007-975 relatif à l'évaluation externe est une opportunité pour chaque établissement de valoriser son projet. L'évaluateur externe a pour mission de « porter une appréciation globale sur le projet et notamment sur l'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers ».

RAPPEL DES ETAPES DE L'EVALUATION EXTERNE



14 avril 2014

21 juillet 2014

6 novembre 2014

2 et 3 décembre 2014

22 décembre 2014
Envoi V2 : 31/12/14
Envoi V3 : 13/01/15
02/02/2015

03/02/2015

Par le directeur

I. LES ELEMENTS DE CADRAGE DE LA MISSION

I.1. LES DOCUMENTS TRANSMIS

Liste des documents transmis pour réaliser le cadrage de la mission.

- **Les documents de l'EHPAD Le Bel Automne :**
  - Arrêté d'autorisation d'ouverture janvier 1982
  - Convention tripartite 2
  - Fiches actions renouvellement Convention Tripartite
  - Bilan étape réalisation Convention Tripartite 2009-2014
  - Compte-rendu CVS 11/12/12
  - Compte-rendu CVS 7/11/11
  - Livret bientraitance
  - Organigramme 2014 ETP
  - Projet d'établissement 2009 — 2014
  - Contrat de Séjour
  - Plaquette d'accueil
  - Règlement de Fonctionnement
  - Rapport d'Evaluation Interne
  - Référentiel Evaluation Interne
  - Fiches Actions Evaluation Interne
  - Rapport d'activité médicale
  - Rapport d'activité Direction
  - Guide satisfaction des usagers Evaluation interne
  - Modèle questionnaire de satisfaction EHPAD GCS
  - Tableau des procédures et protocoles

I.2. LE CADRE DE REFERENCE DE L'EVALUATION

Pour rappel et de manière non exhaustive, il est précisé dans le décret 2007-975 fixant le cahier des charges de l'évaluation externe (CHAPITRE IV— « Étapes de la procédure d'évaluation externe-Section1-« Observation et description) :

« 1.1. La première étape doit aboutir à la formalisation du projet évaluatif, qui comprend :

« 1° La construction du cadre de référence spécifique de l'évaluation résultant des deux volets suivants :

« A) Un volet commun comportant le rappel des orientations définies par les autorités compétentes sur le champ observé et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

« B) Un volet propre à chaque établissement ou service décrivant la stratégie, les objectifs de l'établissement ou du service et les missions confiées sur un territoire géographique donné, dans le cadre des procédures d'autorisation.

« Ce cadre de référence spécifique de l'évaluation ainsi défini doit être validé par le commanditaire de l'évaluation ».

I.2.1. VOLET A

La réforme des politiques publiques dans le champ sanitaire et social initiée notamment par la promulgation de la loi du 2 janvier 2002 et poursuivie par la loi du 21 juillet 2009, dite « Hôpital, Patients, Santé Territoire », prévoit que tous les établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

Le décret N°2007-975 du 15 mai 2007 précise les 2 types d'évaluations :

1) Les évaluations internes, réalisées par l'établissement ou le service.
2) Les évaluations externes, réalisées par un organisme habilité par l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation des établissements et Services Médico-sociaux).

Les résultats de ces évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Ces évaluations s'effectuent au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'ANESM.

Pour rappel et de manière non exhaustive, l'évaluation externe s'appuiera notamment sur les textes de loi, décrets et circulaires applicables à la résidence détaillés en annexe.

1.2.2. VOLET B

«Un volet propre à chaque établissement ou service décrivant la stratégie, les objectifs de l'établissement ou du service et les missions confiées sur un territoire géographique donné, dans le cadre des procédures d'autorisation. »

Ce cadre est défini par le commanditaire notamment au regard de la stratégie, des objectifs de l'Établissement et des missions qui lui ont été confiées sur un territoire géographique donné, dans le cadre des procédures d'autorisation.

Orientations des autorités compétentes spécifiques à l'établissement :

Les textes de référence mis en œuvre dans l'établissement (éléments de cadrage), communiqués à lors de la phase 1 du projet d'évaluation externe.

1.3. LA MÉTHODE ET LES OUTILS DE L'EVALUATION

1.3.1. PREPARATION

La préparation de l'évaluation externe s'est organisée en 3 phases :

- le recueil de documents
- l'analyse des documents recueillis (cf. chap. I Eléments de cadrage de la mission/ liste des documents transmis)
- l'organisation et la validation des temps d'échanges avec les personnes évaluées

Concernant l'organisation des temps d'échanges, nous avons élaboré un planning d'intervention en tenant compte de plusieurs critères :

- Le temps imparti à la mission, réparti entre les 3 consultants
- La disponibilité des personnes à rencontrer
- La catégorie des personnes à rencontrer.

1.3.2. REALISATION

La réunion d'ouverture avec l'équipe d'encadrement a permis de :

- Faire une présentation des évaluateurs externes et de l'équipe d'encadrement du service et préciser les règles de l'évaluation (objectifs, champs, référentiels, différence avec un contrôle)
- Donner le ton de l'évaluation : transparence et coopération

- Confirmer le plan d'évaluation et les rendez-vous pour faire les derniers ajustements nécessaires.

Les entretiens :

- Le personnel a fait preuve d'une grande disponibilité tout au long de cette évaluation externe
- L'évaluateur a apprécié l'accueil et l'écoute de toutes les personnes rencontrées, qui ont largement facilité la mission d'évaluation
- Les entretiens ont été réalisés en complémentarité soit en collectif soit en individuel

La réunion de clôture avec la Direction a permis de :

- Remercier toutes les personnes rencontrées
- Présenter les principaux constats : les points forts, les écarts et les risques associés
- Rappeler la suite de l'évaluation et le calendrier proposé pour l'envoi du pré-rapport, sa validation et le rapport définitif que la Direction souhaite adresser aux autorités.

I.3.3. ANALYSE DES INFORMATIONS RECUEILLIES

Les différentes sources d'information permettant l'analyse représentent un volume important:

- Les documents transmis avant la visite et ceux collectés lors des entretiens
- Les notes prises au cours de l'évaluation
- Les éléments de preuve collectés.

I.3.4. RAPPORT ET CONCLUSIONS DE L'EVALUATION

- **Développement informatif**

Suivant le cahier des charges du décret 2007-975 (chap. V, section 3 § 3.3 Des développements informatifs), nous avons opté pour une grille d'analyse stratégique sur LE MODELE DE MARCHESNAY, pour présenter une synthèse de tout ce qui a été examiné dans le cadre de cette évaluation externe, et qui repose sur 4 piliers : **but, activité, organisation, environnement.**

- **Les constats détaillés**

Dans le respect des 27 objectifs du projet évaluatif, et des questionnements évaluatifs correspondants, nous avons établi une cotation à 5 niveaux :

A = Mis en œuvre de manière efficace et formalisée

B = Mis en œuvre de manière méthodique et quasi systématique

C = Mis en œuvre partiellement et peu formalisé

D = Absence de mise en œuvre ou mise en œuvre très informelle

N.C = Non concerné.

Cette cotation est indiquée dans le rapport pour chaque thématique abordée.

Ces 27 objectifs sont détaillés sous forme de constats reclassés dans 4 grands processus :

1. Le management et le pilotage
2. L'accompagnement du résident
3. Le cadre de vie et l'hôtellerie
4. La garantie des droits et la gestion des risques

- **La synthèse**

La synthèse a pour objectif d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire. Elle reprend les constats opérés par l'évaluateur externe qui permettront de déterminer les tendances (points forts/points faibles). Un reclassement des processus a donc été opéré pour réaliser une synthèse en 4 thématiques classées en 22 points, conformément au 3.5 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3 — 10 du code de l'action sociale et des familles :

A. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

B. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

C. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

D. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

- **L’abrégé**

Selon le CASF ; 3.7 de la section 3 du chapitre 5 de l’annexe 3-10, nous avons traduit la dynamique d’évaluation externe au travers des 10 points de l’abrégé. L’objectif de cet abrégé est de traduire la dynamique de l’évaluation externe. Il présente les items contenus dans la synthèse de l’évaluation externe retenus comme force et/ou faiblesses et pour lesquels il est fait des propositions ou préconisations dans le rapport d’évaluation externe.

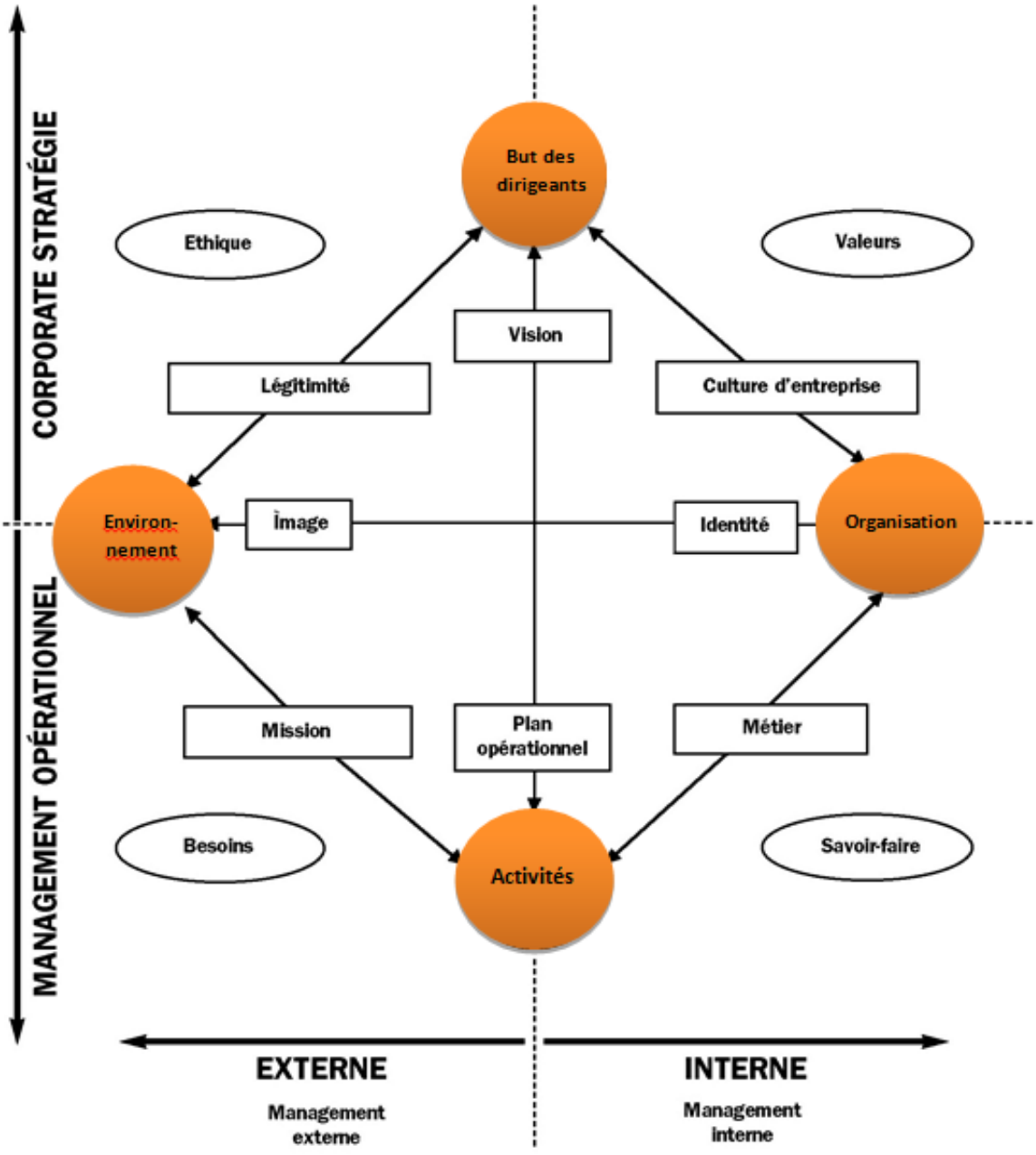
Les 7 premières rubriques de l’abrégé permettent de noter les forces et faiblesses à partir de la synthèse de l’évaluation externe. La 8^{e} rubrique permet de recueillir l’appréciation globale de l’évaluateur externe, la 9^{e} rubrique permet le recueil des éléments de méthodologie et la 10^{e} et dernière rubrique recueille les commentaires de l’établissement sur le déroulement et les conclusions de l’évaluation externe.

I.4. LE DEVELOPPEMENT INFORMATIF

SUR LA CARACTERISATION, LE DIAGNOSTIC ET LA PORTEE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Décret 2007-975 — Art 2 — CHAPITRE 5 — Section 3 – 3.3—Le diagnostic de situation réalisé doit éclairer sur le projet, les buts poursuivis et l'organisation mise en place ; il apporte **une synthèse des connaissances existantes et dégage des connaissances nouvelles**.

Présentation du développement informatif selon le Modèle de MARCHESNAY: grille d'analyse stratégique.



1.4.1. Le GCS du Roannais

L'établissement est adhérent au GCS du CH de ROANNE (20 EHPAD et 5 C.H communaux).

Ces établissements ont défini ensemble des actions communes qui revêtent différentes formes : - postes mutualisés,
- actions de formation,
- renforcement de la sécurité sanitaire, développement de l'hygiène,
- développement des actions logistiques communes,
- développement du concept animation etc.…

Ces actions en commun ont également pour objectifs de développer les aspects soins sous de nombreuses formes :
- Améliorer la qualité des soins,
- Mettre en place une filière gériatrique,
- Développer l'hygiène à partir de réunions d'Equipes Opérationnelles d'Hygiène inter-Etablissement,
- Veiller à une meilleure gestion du flux du patient.

1.4.2 L'EHPAD LE BEL AUTOMNE

Présentation

L'EHPAD Le Bel Automne, situé 5 rue des Fossés à Régny (42 630) est un établissement public médico-social de statut hospitalier.

L'hospice public de Régny a obtenu sa transformation en maison de retraite au mois de janvier 1982.
Il a obtenu le statut d'EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes le 30 janvier 2004.

L'établissement se situe au centre du village, au cœur de la commune. Il est installé dans des bâtiments construits en 1980 et a connu différentes phases d'évolution depuis sa création.

Des travaux de 2005 à 2009 ont permis de mettre aux normes et de rénover une partie de l'établissement.

La capacité autorisée actuelle de l'établissement est de 80 lits.

Il se compose d'un rez-de-chaussée et de trois étages au sein desquels sont réparties 44 chambres individuelles et 18 chambres doubles, meublées et possédant cabinet de toilette avec lavabo et w.c.

L'établissement dispose d'un parc privatif.

La première convention tripartite a été signée le 30 janvier 2004, renouvelée le 1er janvier 2009 avec une CTP de 2e génération. La troisième convention a été signée en octobre 2014.

Un projet d'établissement a été élaboré pour la période 2009-2013.

L'EHPAD adhère au groupement de coopération sanitaire des établissements de santé du Roannais : **GCS du Roannais**, constitué en 2007.

Les missions

L'action de l'EHPAD Le Bel Automne s'inscrit dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Il propose un accueil à des personnes âgées de plus de 60 ans, en séjour permanent.

L'établissement propose une prise en charge globale des soins assurée par une équipe pluridisciplinaire, qui recouvre le suivi médical, les soins infirmiers, les soins d'hygiène, la prévention et l'accompagnement de la dépendance.

Il assure aussi le service restauration, l'entretien du linge et des locaux et propose des animations et des sorties à l'extérieur.

L'organisation et les effectifs du personnel

La direction de l'établissement est assurée par Mme GILLET à hauteur de 0,50 ETP, qui assure également la direction de l'EHPAD Le Cloître situé à Saint Symphorien de Lay.

Dans le cadre de l'adhésion au GCS Roannais, l'établissement bénéficie de l'intervention de compétences mises à disposition et de mutualisation (mutualisation des actions et des postes de personnels spécialisés : diététicienne, mandataire judiciaire, qualiticienne, informaticien et équipes mobiles spécialisées : gériatrie, HAD, soins palliatifs…).

La prise en charge médicale est assurée par de 2 médecins traitants salariés de l'établissement à hauteur de 0,2 ETP chacun, permettant une présence médicale quotidienne.

L'établissement bénéficie de l'intervention d'un médecin coordonnateur sur un temps de 0.30 ETP.

L'établissement est composé des services suivants **avant la validation de la CTP 3** :

Le service médical :
- Un médecin coordonnateur : 0,30 ETP
- Deux médecins : 0,20 ETP chacun

Le service paramédical :
- Une psychologue : 0,40 ETP
- Un psychomotricien : 0,20 ETP recruté sur le poste d'ergothérapeute financé
- Une diététicienne : 0,10 ETP
- Une infirmière hygiéniste : 0,20 ETP

L'équipe soignante :
- Une cadre de santé : 1 ETP
- IDE : 5 ETP
- Aides — soignants : 17 ETP
- Agents des services hospitaliers : 14, 70 ETP

L'animation :
- Une animatrice : 1 ETP

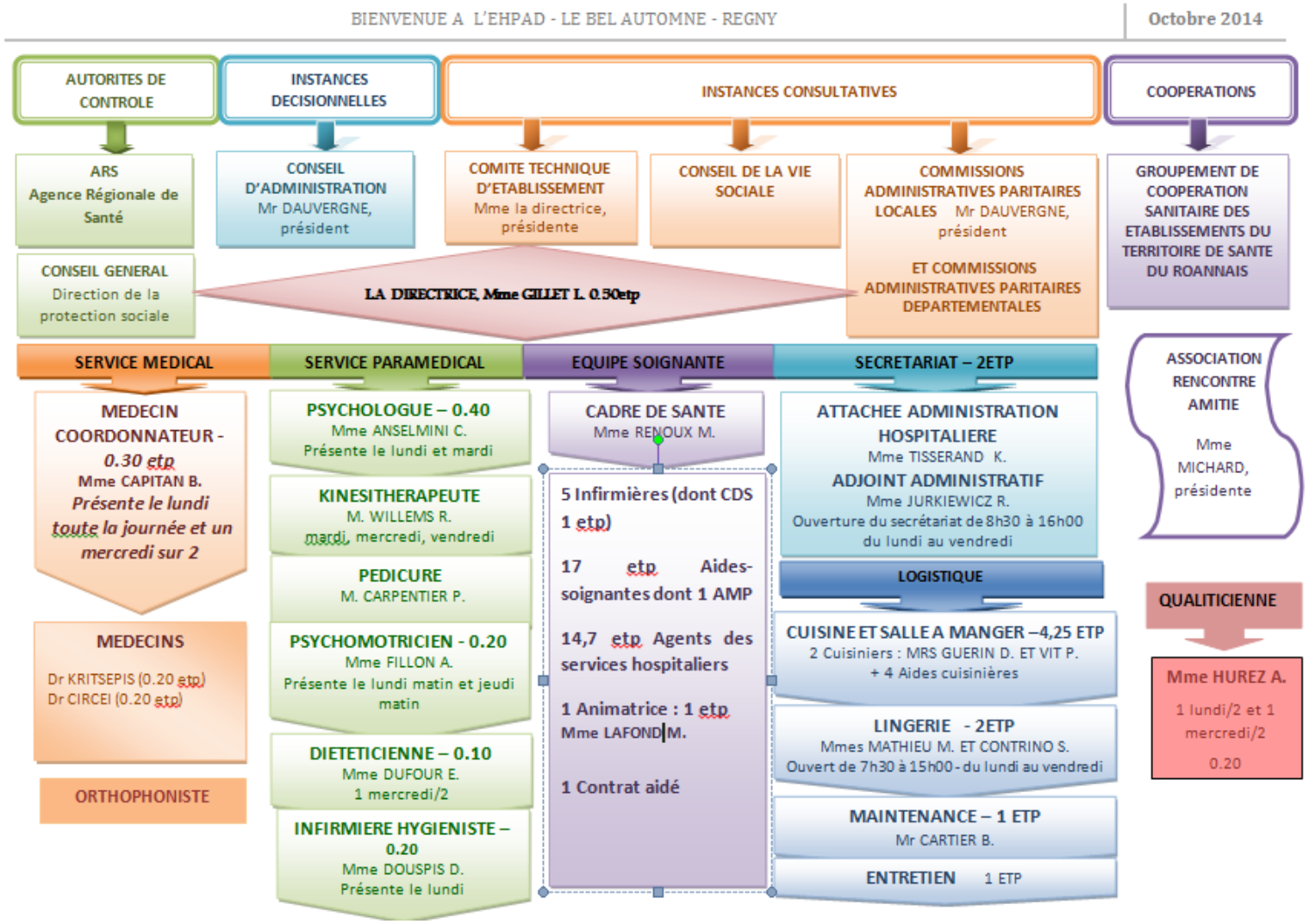
Le service administratif :
- Un Attaché administration hospitalière (1ETP)
- Un Adjoint administratif (1 ETP)
- Une qualiticienne (0.20 ETP)

La logistique :
- Cuisine et salle à manger : 4, 25 ETP (deux cuisiniers et 4 aides-cuisinières)
- Lingerie : 2 ETP
- Maintenance : 1 ETP
- Entretien 0,75 ETP

Les services logistiques permettent d'assurer avec du personnel de l'établissement :
—La maintenance de l'établissement et la coordination des sociétés prestataires
—L'entretien des locaux, installations et équipements
—La production et le service des repas
—Le traitement du linge des résidents, du linge plat et des tenues professionnelles.

Des médecins libéraux, un kinésithérapeute et un pédicure interviennent dans la résidence à titre libéral.

L’organigramme de l’EHPAD (avant signature CTP3)



L'environnement

Des partenariats sont développés avec plusieurs établissements de santé ou en lien avec la continuité des soins :

- appartenance à la filière gérontologique du Roannais,
- centre hospitalier de Roanne et équipes mobiles (EMG, EMSP, HAD),
- association Loire Alzheimer,
- association JALMALV.

L'intégration de l'établissement au GCS Roannais permet une mise en commun de moyens et de compétences ainsi que le développement de projets communs (évaluation interne, animation, GPMC, Equipes mobiles) ou de formations mutualisées.

L'établissement a accueilli dans ses locaux des ateliers de l'association SIEL sur la prévention des chutes, ouverts au public de la commune.

Il participe également à la vie économique de différentes manières : entretien de linge réalisé par l'établissement pour la commune, fournisseurs et artisans locaux privilégiés, prestation de jardinage assurée par un Centre d'Aide par le Travail, location de logements dans des bâtiments appartenant à l'EHPAD.

2. LES RESULTATS DE L'EVALUATION EXTERNE

2.1. LES CONSTATS DETAILLES DE L'EVALUATION EXTERNE

A. MANAGEMENT ET PILOTAGE

75,50/100

1. Le projet d'établissement (PE)

Le Projet d'établissement a été élaboré pour la période 2009-2013.

A

- **La connaissance du territoire**

Le Projet d'établissement de l'EHPAD Bel Automne présente l'environnement de l'établissement.

Il décrit les partenariats développés par l'établissement, son adhésion au GCS (Groupement de Coopération Sanitaire des Etablissements du Roannais) et les modalités de collaboration avec ce groupement.

Il présente l'environnement médico-social de l'EHPAD et sa situation au cœur du réseau gérontologique de soins.

B

- **Les caractéristiques de la population accueillie et l'évaluation de leurs besoins**

Le projet décrit les caractéristiques de la population accueillie et identifie les besoins des usagers.

Il présente la liste des missions et les valeurs de l'établissement sous l'intitulé « Politique de l'établissement » :

- ✓ Un accompagnement dans la Bientraitance
- ✓ Etre un lieu de vie
- ✓ Le prendre soin

Le projet d'établissement présente également :

- L'environnement externe
- La démarche qualité
- Les résidents et familles
- Le personnel

Les missions et les principes d'organisation de l'établissement sont peu détaillés dans le PE.

L'écriture du Projet de vie, projet de soins et projet social/management a été programmée dans les orientations stratégiques fixées dans le PE pour la période 2009-2013.

La démarche de projet de vie a donné lieu à la rédaction d'une procédure avec l'appui d'un comité de suivi spécifique et de formations associées entre 2011 et 2014.

B • L'élaboration du projet d'établissement

Le Projet d'établissement a été élaboré en 2009 avec la participation du personnel et en concertation avec les instances, dont le Comité Technique d'Etablissement, le Conseil de la Vie Sociale et le Conseil d'Administration.

Il a été rédigé avant la publication RBPP « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010).

La trame du PE prend en compte la RBPP notamment sur les points suivants :

- Participation des agents, et des usagers à l'élaboration du PE
- Description de l'environnement de l'établissement
- Description de la population accueillie
- Description des valeurs de l'établissement
- Elaboration d'objectifs et d'actions à 5 ans.

B • L'identification des paradoxes dans le PE

Les paradoxes propres aux missions de l'établissement sont évoqués dans le PE.

Ce sujet a fait l'objet d'un travail spécifique dans le cadre des travaux menés sur la bientraitance.

Un livret de « Bientraitance » a été élaboré au début de l'année 2010 sur la base de travaux d'un groupe de travail constitué avec les agents et sur la base de l'outil MOBIQUAL.

Ce livret a servi de support pour la formation sur la bientraitance organisée par la psychologue de 2010 à 2013 : 21 temps de réunion ont été organisés pour s'approprier le livret et l'outil MOBIQUAL notamment le support vidéo en évoquant les thématiques en lien avec l'accompagnement.

L'ensemble du personnel a été formé (une à deux séances de formation chacun)

C • **La politique de prévention des risques et l'identification des risques dans le PE**

Le PE ne décrit pas la politique de prévention des risques et l'identification des risques, mais la gestion des risques est une des fiches actions du PE.
La cartographie des risques n'est pas encore réalisée. Elle sera en lien avec l'exploitation des fiches d'événements indésirables. Un travail pourrait être engagé au sein du réseau des qualiticiens du GCS.

A • **La participation des acteurs**

Les agents et les usagers ont participé à l'élaboration du PE.

Un groupe de pilotage a été créé et des sous-groupes de travail ont été organisés.
Durant huit mois plusieurs groupes de travail se sont réunis, composés de différents acteurs de l'EHPAD :

— une infirmière
— une aide-soignante
— un agent des services hospitaliers qualifié
— l'animatrice
— l'adjoint des cadres
— le cadre de santé
— la psychologue
— la directrice

La présidente du conseil d'Administration et le médecin traitant ont participé à l'impulsion de ce groupe de travail, mené par la directrice de l'établissement.
Six réunions plénières ont été organisées ainsi qu'une vingtaine de séances de travail en sous-groupes.
Le partage des expériences de chacun a favorisé l'émergence d'un savoir-faire et d'un savoir-être communs.

La démarche d'élaboration du PE a été présentée à tous les usagers.

Un questionnaire de satisfaction a été élaboré pour l'ensemble des usagers et certains ont participé à un groupe de travail sur l'animation.

A • **La mise œuvre et le suivi des objectifs du PE**

Des orientations stratégiques ont été définies dans le PE.

Des Plans d'action qualité (PAQ) ont été élaborés par les groupes de travail afin de répondre aux orientations stratégiques.
Dix plans d'action ont été définis.
Ils comprennent un responsable du groupe de travail chargé de travailler sur la thématique de l'action et des échéanciers de réalisation des actions à mener.

L'ensemble des fiches actions a fait l'objet de réunions par les groupes de travail.

A l'arrivée de Mme GILLET, en 2011, un bilan des actions réalisées a été effectué dans le cadre du COPIL ainsi qu'en 2012.

Un troisième bilan a été réalisé dans le cadre de la démarche de l'évaluation interne : il ressort de ce bilan que plus de 90 % des actions ont été finalisées.

A • **La communication et la diffusion du PE**

Le PE a été présenté aux différentes instances (CVS, Conseil d'administration, CTE) pour avis et validation.

Il a été communiqué aux agents en 2010, au cours de réunions plénières et mis à disposition dans la salle de pause.

Il a été présenté par la direction aux usagers lors de la présentation des vœux au mois de janvier 2010.

Appréciation des évaluateurs

Le PE de l'EHPAD Le Bel Automne a été élaboré en participation avec les usagers, les agents et les instances.
Il comprend des orientations et des Plans d'action qui ont fait l'objet d'un suivi ; les actions du PE ont été réalisées dans la grande majorité.
Le PE élaboré pour la période 2009-2013 est à actualiser.
En 2013, l'établissement a consacré ses efforts à la réalisation de l'évaluation interne.
Les travaux issus de l'évaluation interne et les résultats de l'évaluation externe serviront de base à l'élaboration du Projet d'établissement.
Des groupes de travail seront mis en place autour du projet architectural et du projet social.

Un travail pourrait être engagé sur la cartographie des risques au sein du réseau des qualiticiens.
La direction a pour objectif de finaliser le nouveau PE au printemps 2015.
Le projet de soin a déjà été largement amorcé.
La trame choisie devra prendre en compte la RBPP spécifique : « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » (mai 2010).
Afin que le PE devienne un document de partage de valeurs et de pratiques, l'établissement devra décrire de façon explicite les modalités d'organisation de l'établissement pour l'ensemble des missions.
L'établissement devra ensuite s'assurer de sa diffusion aux résidents, aux familles et aux partenaires. A ce sujet, une synthèse pourrait être élaborée et remise aux usagers et aux partenaires.

84,64/100 2. L'ouverture de l'établissement sur son environnement

B • Le réseau et les partenariats

L'EHPAD Le Bel Automne sollicite son réseau, ses partenaires et prestataires pour satisfaire les besoins des résidents et maintenir du lien social.

Des conventions sont signées avec les partenaires suivants :

- Dans le cadre du GCS une convention avec le CH de référence : Le Centre Hospitalier de Roanne- plateau technique (2007), consultations spécialisées (2007), et gestion de crise sanitaire (2012).
- L'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Roanne dans le cadre du GCS (2011)
- L'équipe mobile de gériatrie du Centre Hospitalier de Roanne (2011) : analyse des cas complexes ; évaluation de la prise en charge.
- L'Hospitalisation à Domicile de Roanne (2011)
- Convention avec JALMALV « Jusqu'à la mort, accompagner la vie » (2011) : association de bénévoles proposant un accompagnement aux situations de fin de vie.
- L'UMPSA : Unité Mobile de Géronto-Psychiatrie du CH de Roanne (2014)
- Equipe mobile d'hygiène du Centre hospitalier de Roanne (avril 2014)
- Convention pour l'accès aux services UHR du Centre Hospitalier de Roanne (2014)
- Convention avec le SSR de Saint Bonnet le Château (pour être filière en aval)

Un partenariat est développé avec les SSIAD de proximité, mais cette collaboration n'est pas encore formalisée.

L'établissement est adhérent à France Alzheimer, un membre de France Alzheimer est membre du conseil d'administration (pendant une année, en qualité d'adhérent, l'établissement bénéficie d'une médiation animale, encadrée par un professionnel, qui vient tous les quinze jours)

En 2007, les établissements sanitaires du Roannais ont décidé de se regrouper et ont créé le Groupement de Coopération Sanitaire(GCS) des établissements de santé du Roannais : 25 acteurs (20EHPAD et 5 CH).

Ce groupement est sanitaire, mais il regroupe aussi des EHPAD et des collectivités et des acteurs du monde associatif.
Il réunit les hôpitaux locaux :

- Le Centre Hospitalier de Roanne
- Les Centres Hospitaliers de Charlieu/Saint Just La Pendue/ Amplepuis
- Le CHI de Thizy, Bourgs de Thizy et Cours la Ville

Les objectifs de ce groupement sont :

- Fluidifier le parcours de la personne âgée : développer le travail en filière.
- Mutualiser des moyens humains afin de donner accès aux EHPAD à des moyens humains non financés par les autorités de tutelle ou difficiles à recruter (qualiticien, médecin coordonnateur, ergothérapeute (en cours), psychomotricien, psychologue.
- Mutualisations de prestations : prestation de mandataire pour les personnes vulnérables et prestation logistique (blanchisserie et restauration)
- mise en place d'un système d'information commun : CLECONA (pouvoir afficher les capacités d'accueil et avoir des infos sur les professionnels), la vocation était de mettre en commun les dossiers d'admission cependant cette mise en commun comprenait uniquement des données administratives et non médicales. CLECONA va évoluer et sa vocation d'espace collaboratif est conservée pour la partie mutualisation des données et partage des informations : Les CV, des comptes rendus de réunions, les contacts. Un outil TRAJECTOIRE EHPAD : possibilité d'accès aux dossiers d'admission, qui se structure au niveau régional.
- Mutualisation et élaboration de procédures et documents communs par le collège des cadres et des médecins coordonnateurs : guide des nouveaux arrivants, trames communes de documents ; élaboration de procédures et de protocoles communs, démarche GPMC.

Historiquement, il y a eu des réunions de médecins coordonnateurs sur invitation du centre hospitalier (ouvert aux GCS) sur des thématiques particulières.

Par ailleurs, en 2011, le CH de Roanne, sur l'impulsion des autorités de tarification, a mis en place la filière gérontologique, qui regroupe tous les intervenants auprès d'une personne âgée, qu'ils soient du secteur sanitaire, médico-social, ou social, public, privé, associatif ou libéral (EHPAD publics et privés de l'arrondissement de Roannais et des deux cantons du Rhône qui jouxtent le Roannais ; le centre hospitalier de Roanne, la clinique, les hôpitaux locaux, des médecins généralistes, les associations d'usagers, les foyers logements, l'association Alzheimer, les associations qui interviennent à domicile, le réseau de santé, les CCAS…)

Une charte de fonctionnement de la "filière gérontologique du Roannais " a été signée en 2011 avec les valeurs partagées par les adhérents, des plans d'action et des objectifs (avec des actions, des moyens et un calendrier).

Les objectifs de la filière gérontologique sont :

- ✓ répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées,
- ✓ prévenir la perte d'autonomie,
- ✓ assurer une continuité de prise en charge entre le domicile et l'établissement, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis,
- ✓ faire face à l'évolution démographique des personnes âgées…

L'ARS, par le biais de crédits non reconductibles, finance quelques actions. Par ailleurs des actions sont financées par le biais des réponses à appel à projets.

L'établissement a également développé de nombreux partenariats dans le cadre de la vie sociale avec des associations et établissements :

- Echanges de correspondance avec un EHPAD : plusieurs résidents des deux EHPAD partagent un goûter et une activité autour de l'écriture est mise en œuvre après cette entrevue (correspondances entre résidents).
- Echanges avec une école primaire au moins deux fois par an : en 2014, les enfants sont venus à l'exposition réalisée par l'établissement sur les anciens outils de métiers, et les outils du quotidien.
- Des liens sont créés avec un Centre aéré.
- Des bénévoles interviennent dans l'établissement environ une fois par mois.

A l'exception des bénévoles, ces partenariats ne sont pas encore formalisés par une convention.

Une assemblée générale est organisée chaque année avec les bénévoles et le bilan annuel du partenariat est effectué à cette occasion.

L'évaluation des autres partenariats n'est pas organisée par l'établissement.

A

- **La communication à l'externe et la perception de l'établissement**

Un journal interne est élaboré tous les trimestres avec la participation des résidents.

Des informations sur l'organisation et les projets de l'établissement sont communiqués dans ce journal (projet d'établissement, projet de vie individualisé, évaluation interne…)

Des articles sur les manifestations organisées par l'établissement sont régulièrement publiés dans le Progrès (par exemple sur l'inauguration de la salle d'animation, l'hygiène des mains, formation sur la maladie d'Alzheimer).

Certains partenaires de l'établissement sont présents dans les instances de l'EHPAD de Régny, ils sont informés du fonctionnement de l'établissement : le maire de Régny est président du Conseil d'Administration.

La direction convie des partenaires :

- ✓ Le service social du Centre hospitalier de Roanne a été invité afin d'évoquer les problématiques commune, Le directeur de la filière gérontologique a été invité à visiter l'établissement et s'est déplacé.

L'établissement communique aux usagers et familles autour de la vie de l'établissement, notamment par le biais d'affichage de notes.
Les familles sont conviées à la présentation des vœux organisée par la direction à l'attention des résidents.
L'établissement organise peu de réunion collective annuelle avec les familles permettant de communiquer des informations sur le fonctionnement de l'établissement : communication au moment des vœux, ou de repas festifs (type barbecue, repas de Noël) auxquels toutes les familles sont conviées, ni de journées portes ouvertes.

A

- **Les leviers de l'ouverture**

L'EHPAD Le Bel Automne, a mis des locaux à disposition de l'association SIEL, pour organiser des ateliers permettant de prévenir les chutes à domicile, à destination des personnes âgées de la commune.
Ces séances, financées par le GCS, ont eu lieu du mois de novembre 2013 au printemps 2014 (20 séances) pour une dizaine de personnes, habitant la commune.

L'EHPAD Le Bel Automne favorise l'accès des personnes extérieures dans l'établissement.

Un évènement commun aux EHPAD adhérents du GCS, est organisé tous les deux ans « La tête et les jambes » : il s'agit d'une compétition entre les EHPAD et les enfants du personnel qui se déroule dans les locaux d'un des EHPAD.

Dans ce cadre, les animateurs se réunissent deux ou trois fois par an pour préparer cet évènement. 5 résidents et 5 enfants par EHPAD participent à cette manifestation. Des agents de l'établissement ont participé au spectacle organisé par les animateurs du GCS dans le cadre de la semaine bleue et des résidents y ont assisté (en octobre 2014).

Le Maire est invité à d'autres manifestations organisées par l'établissement.

Il est invité avec les agents lors des réunions plénières de présentation des évènements majeurs de l'établissement.
Le Président du Conseil d'administration, Maire de Régny, rencontré par les évaluateurs a pleinement confiance en l'équipe encadrante et indique qu'il n'a que des retours positifs sur la prise en charge des résidents.
En conseil d'administration, la directrice communique toutes les informations utiles sur les projets, les orientations budgétaires et la vie de l'établissement.

L'EHPAD est le plus gros employeur de la commune. Les relations entre la mairie et l'établissement sont bonnes.

Le Maire a conscience de la nécessité d'effectuer des travaux de rénovation ou de reconstruction de l'EHPAD afin d'améliorer la qualité d'hébergement des personnes accueillies.

Un travail a été mené par la directrice avec un bureau d'architecte et il apparaît que la reconstruction totale de l'EHPAD est plus simple que des travaux de rénovation.
L'établissement devra financer ces travaux en grande partie sur ses fonds propres tout en sollicitant des subventions.

Appréciation des évaluateurs

L'établissement a identifié ses partenaires. De très nombreux partenariats sont développés dans le cadre des soins et du maintien des liens sociaux.

L'établissement est inscrit dans un réseau coordonné, favorable à la prise en charge globale des résidents.

Les conventions signées dans le domaine sanitaire et l'appartenance à la filière gérontologique et au GCS, contribuent efficacement à la continuité de la prise en charge en soins pour les résidents accueillis et sont un point fort de l'établissement.

Afin de pérenniser les partenariats dans le domaine du soin et du maintien des liens sociaux, la signature de conventions est à poursuivre.

Par ailleurs, à l'exception du partenariat avec les bénévoles, les partenariats développés ne font pas encore l'objet d'une évaluation annuelle formalisée permettant d'en faire un bilan et dégager d'éventuels axes d'amélioration.

L'établissement est ouvert sur l'extérieur et notamment aux personnes âgées de la commune ce qui est un point fort.

Elle a développé des liens intergénérationnels.

Des manifestations ouvertes à l'ensemble des familles sont organisées néanmoins, la communication et l'information sur le fonctionnement de l'établissement auprès des familles sont à développer.

88,38/100 3. Evaluation interne et démarche d'amélioration continue

A • Le cadre de l'évaluation interne

L'EHPAD et 19 établissements du GCS Roannais ont été accompagnés dans la démarche par la société SOCOTEC.

Le référentiel qui a été choisi est celui de la société SOCOTEC ; il a été ajusté au début de la démarche afin de prendre en compte les spécificités des établissements du GCS du ROANNAIS.

Il prend en compte l'ensemble des recommandations des bonnes pratiques élaborées par l'ANESM et HAS ainsi que les obligations légales et réglementaires.

A • Le déroulement de la démarche

En avril 2013, un comité de pilotage du GCS du ROANNAIS a été constitué, ayant pour objectifs de :

- Valider la méthodologie et les outils d'évaluation interne pour l'ensemble des établissements
- S'assurer du bon déroulement des évaluations
- S'assurer du respect du planning d'évaluation.

Pour faciliter l'organisation des évaluations, il a été identifié au sein de l'établissement :

- Deux référents – Ludivine GILLET, directrice, et Guillaume LAFUMAS, cadre de santé, remplacé, pour cause de départ de la structure, en août 2013, par Charlotte ANSELMINI, psychologue.
- Un groupe d'évaluateurs constituant la base du COPIL qualité pérennisé:
    - Ludivine GILLET, directrice
    - Guillaume LAFUMAS, cadre de santé remplacé par ME RENOUX
    - Charlotte ANSELMINI, psychologue
    - Marielle ANDRE, animatrice groupe
    - Vincent PEREIRA, animateur
    - Me MEUNIER, AS
    - M. GIRAUD, ASH
    - ME GOUTTEFANGEAS, AS
    - ME KHADRAOUI, ASHQ équipe nuit
    - ME CHATELIER, ASHQ équipe nuit
    - ME TISSERAND, AAH
    - Docteur FERNANDEZ, médecin coordonnateur
    - Alexandra HUREZ, animatrice qualiticienne

A partir de fin mai 2013, suite à la validation des outils par le comité de pilotage, le référent et le groupe d'évaluateurs ont été formés sur le référentiel et sur la méthodologie d'évaluation afin qu'ils soient autonomes dans l'animation des réunions de travail.

Un planning a été, ensuite, constitué, précisant les personnes consultées, les thèmes abordés ainsi que les dates de ces entretiens.

Le démarrage des évaluations a eu lieu le 1er juillet 2013 et s'est terminé le 28 octobre 2013.

Le personnel de l'établissement a été consulté au travers d'un groupe d'évaluation, et a été élargi à d'autres personnes (ASHQ de nuit, Lingère, Cuisinier, Agent d'entretien, Infirmière hygiéniste, Diététicienne, Psychomotricienne) pour certains thèmes.

Une note de service proposait à chacun de s'inscrire aux groupes d'évaluation.
Dix-sept réunions de travail de ce groupe d'évaluation ont été organisées et animées par deux évaluateurs : 23 personnes ont été consultées au cours des réunions d'évaluation.

Les résidents, les familles et les bénévoles ont été associés à la démarche, sur la base d'un questionnaire adapté :

- Une réunion avec les résidents a été animée la psychologue, la qualiticienne et l'animatrice : 21 résidents y ont participé.
- Une réunion avec 5 membres de familles a été organisée par la directrice et la psychologue.
- Une réunion avec quatre bénévoles a été animée par le cadre de santé et l'animatrice.

Un entretien a été mené par la psychologue avec les aux coiffeuses.

Les intervenants libéraux et les professionnels mutualisés (diététicienne, ide hygiéniste, psychomotricienne) ont été sollicités dans le cadre de la réunion de commission de coordination gériatrique, le 19 septembre 2013.

A • **Le rapport et les constats de l'évaluation interne**

La démarche d'évaluation interne mise en œuvre par l'établissement permet d'évaluer la qualité des prestations délivrées.

Les modalités de recueil d'informations sont décrites dans le rapport d'évaluation interne.

Au terme du recueil des informations, un plan d'amélioration a été décliné et le rapport d'évaluation interne a été élaboré (date d'envoi du rapport : Février 2014). Il permet d'identifier les points forts et les points faibles et détermine par thème les améliorations globales à mettre en place.

Le plan d'action a été décliné en fiches actions.
Le calendrier, le référent de chaque action et les moyens à déployer pour réaliser l'action sont définis.
Les résultats attendus sont également indiqués dans la rubrique «évaluation envisagée».

B • **Le suivi et le plan d'action de l'évaluation interne**

Le plan d'amélioration issu de l'évaluation interne a été intégré au Programme d'amélioration global de l'établissement (21 fiches actions présentées dans le rapport d'évaluation interne)

Le COPIL s'est réuni deux fois en 2014 pour détailler les fiches actions (le 24 mars et le 10 novembre). Le plan d'amélioration de la qualité a été actualisé à l'issue du COPIL du mois de novembre 2014.

Il n'y a pas encore de calendrier préétabli pour les réunions du COPIL.

A • **La communication autour de la démarche d'évaluation interne**

Une communication auprès des professionnels a été assurée tout au long de la démarche de l'évaluation interne.

Toutes les instances ont été informées et des informations régulières ont été communiquées aux agents par l'intermédiaire de réunions plénières et d'affichages.

Une réunion a été organisée en début d'année 2014 pour expliquer les axes d'amélioration sous forme de diaporama.

Le rapport synthétique d'évaluation interne a été mis à disposition des agents.

La démarche a été présentée au CVS ainsi que les grandes orientations du plan d'amélioration en avril 2014.
Les actions du Plan d'amélioration débutées au cours de l'année 2014 ont été présentées, au cours d'une réunion plénière en novembre 2014.

B • **L'organisation de la démarche d'amélioration continue**

Le suivi de la démarche d'amélioration de la qualité se fait dans le cadre du COPIL.
Historiquement, l'établissement a mis en place un COPIL projet d'établissement se réunissant une fois par an pour s'assurer de la mise en œuvre des fiches actions du projet.
Dans le cadre de l'évaluation interne, un COPIL qualité a pris le relais de cette démarche et sera pérennisé.

L'établissement a recruté à compter d'août 2013 un temps de qualiticienne afin de pérenniser et développer la démarche.
Le COPIL est constitué de représentants de tous les corps professionnels de l'établissement ce qui est un point fort de l'établissement.

La directrice a pour objectif de fixer un calendrier préétabli de réunions de ce COPIL.

B • **La gestion des réclamations et des évènements indésirables**

Il existe une procédure formalisée, connue, pour le signalement et le traitement des évènements indésirables. Une fiche de signalement des événements indésirables a été élaborée.

La procédure et la fiche de déclaration ont été présentées aux agents en réunion plénière le 24 novembre 2014. Une présentation a été également effectuée en relève.

Cet outil n'est pas déployé aux familles et aux résidents.

Une cellule d'analyse d'évènements indésirables (FEI) est créée, elle se réunira tous les mois pour analyser les FEI et mettre en œuvre des actions correctives individuelles ou générales.

La procédure prévoit que la fiche complétée est remise à la cadre ou à la directrice.

Elle est saisie dans un tableau de suivi.

Le déclarant aura un retour après le passage en cellule d'analyse. La cellule ne s'est pas encore réunie.

Cela va permettre de coter la criticité, la fréquence, objectiver la récurrence de certains évènements et apporter des actions correctives.

A • **La gestion des procédures et documents**

L'établissement a mis en place un système de gestion documentaire.
Les procédures et protocoles sont datés et codifiés.
Les protocoles sont archivés et accessibles sur un dossier commun sur le serveur.

Des classeurs sont dans les étages à disposition des agents, mais l'objectif est de se séparer des documents papier et développer la mise à disposition des documents sur le serveur informatique.

Les agents rencontrés lors de l'évaluation sur site connaissent de façon inégale les procédures et protocoles diffusés.

B • **Les RBPP de l'ANESM et autres organismes**

Dans le cadre de l'évaluation interne, les RBPP ont été diffusées aux membres du COPIL.

L'établissement a identifié les RBPP applicables au secteur d'activité. Elles sont connues du personnel encadrant et du COPIL.

Elles constituent un outil de travail pour le personnel encadrant. Elles sont prises en compte par la direction lors de l'élaboration et l'actualisation des procédures et documents.

Les RBPP ne sont pas mises à disposition et ne sont pas connues des agents.

A • **Le plan d'amélioration global**

Un plan d'amélioration global a été élaboré.

Il sera enrichi des thématiques de travail prioritaires définies par les autorités de tutelle, des actions issues de l'analyse des évènements indésirables et des actions issues de l'évaluation externe.

Appréciation des évaluateurs

L'établissement est très engagé dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Le référentiel et la méthodologie utilisés dans le cadre de l'évaluation interne ont permis à l'établissement d'évaluer précisément l'ensemble des prestations et l'organisation de l'établissement.

La démarche a été menée de façon participative avec les agents, les usagers et les bénévoles.

Afin d'associer pleinement tous les membres du COPIL à la démarche d'amélioration continue de la qualité, le rôle du COPIL est à définir de façon plus précise.

Un Plan d'amélioration de la qualité a été élaboré. Les modalités et le calendrier de suivi du Plan et de la démarche d'amélioration continue de la qualité sont à élaborer de façon formalisée.

Une procédure et un outil de déclaration des évènements indésirables ont été élaborés et diffusés. Le personnel a été formé à l'utilisation de l'outil. Cet outil récent est à déployer auprès familles et aux résidents afin de recueillir l'ensemble des évènements indésirables de façon formalisée. L'établissement souhaite privilégier le recueil des plaintes et réclamations sous la forme d'un courrier adressé à la Direction.

Les évènements indésirables feront l'objet d'un traitement et d'une analyse des causes permettant de mettre en place des actions préventives générales, par le biais de la cellule d'analyse des évènements indésirables.

La gestion documentaire est réalisée, la diffusion des documents est assurée. Historiquement, l'établissement avait engagé un travail important de formalisation des pratiques ; ayant été poursuivi suite aux conclusions de l'évaluation interne.

Il est constaté que les agents ont parfois des difficultés à se les approprier, l'établissement souhaite engager une démarche de communication afin de permettre une meilleure appropriation de ces documents par les agents.

Les RBPP sont connues et utilisées par l'équipe d'encadrement. Elles sont prises en compte par la direction lors de l'élaboration et l'actualisation des procédures et documents, cependant, un travail de diffusion et d'appropriation des RBPP par les agents est à poursuivre par l'établissement.

80,90/100 4. Ressources humaines

A • Les missions et responsabilités de chacun

Un organigramme décrivant les liens hiérarchiques et fonctionnels des agents est formalisé et affiché.

Chaque agent se voit remettre au moment de son recrutement une fiche de tâches. Les fiches de postes sont affichées dans les offices et peuvent être consultés.
Un travail a été réalisé sur les profils de poste par un groupe transversal du Groupement de Coopération sanitaire
Ce profil de poste sert de base à l'évaluation annuelle des agents et leur recrutement.

Le règlement intérieur est remis à tout nouveau membre du personnel et signé par l'agent.

L'élaboration, d'un livret d'accueil est en cours de finalisation.

Chaque dossier d'agent contient les éléments nécessaires. Les dossiers sont structurés et organisés. Ils contiennent : Un contrat de travail, daté et signé par les deux parties (dans les 48h), le CV, Les Diplômes, L'extrait n°2 du casier judiciaire.

B • Le recrutement de personnel compétent

L'EHPAD peut recruter le personnel de deux manières :

- ✓ Répondre favorablement à une demande de mutation d'un établissement public vers l'EHPAD
- ✓ Recruter directement du personnel contractuel

Le recrutement de personnels contractuel se fait notamment pour le remplacement des agents titulaires ou en CDI.

Pour les arrêts de courte durée, il est fait appel prioritairement aux membres du personnel (des heures supplémentaires sont générées et sont ensuite récupérées par les agents).
La priorité de l'établissement est de recruter des personnes diplômées correspondant aux fiches de postes élaborés à l'établissement
En fonction du calendrier des sorties d'école, l'établissement a des difficultés pour recruter du personnel diplômé, dans ce cas, il peut avoir recours à des faisant fonction d'AS.

La cadre de santé recrute le personnel soignant.

Elle peut être amenée à recruter du personnel qui est venu en stage dans l'établissement, durant sa formation.

Elle anticipe les recrutements et lorsqu'elle reçoit des CV, elle appelle les candidats afin d'avoir un premier contact et leur demander s'ils peuvent être disponibles pour des remplacements.

Pour le recrutement des IDE, un entretien est organisé avec la cadre de santé et avec la directrice.

La directrice recrute les autres postes : administratif, logistique, psychologue, animateur…

Les ASHQ faisant fonction sont intégrés dans l'équipe soignante (7 sur 14), du fait du cadre d'effectifs autorisés. Ils ont les mêmes horaires et les mêmes tâches que les AS.
Ces agents de service ont tous reçu une formation qualifiante.

Cette formation est organisée par l'association des directeurs qui a reçu un agrément pour dispenser cette formation.
Il s'agit d'une formation de onze jours sur les items suivants : module hygiène, accompagnement acte de la vie quotidienne, éléments de contexte sur l'environnement législatif.
Ces formations sont dispensées par une directrice, un cadre de santé et une psychologue.
A la fin de la formation, les agents passent un examen pour l'obtention du titre d'Agent de Service Qualifié.

Il existe également un espace collaboratif informatisé dans le cadre du GCS (échanges de CV entre établissements)
Le taux d'absentéisme est élevé dans l'établissement, sachant qu'il est en diminution (21% en 2011 contre 19% en 2013).
Dans le cadre de la GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences) une procédure et une grille de recrutement ont été élaborées, mais ces outils ne sont pas encore déployés.

B • **L'intégration des nouveaux collaborateurs**

Plusieurs documents sont remis au nouveau collaborateur :

- ✓ La fiche de tâches
- ✓ Le livret bientraitance
- ✓ Le règlement intérieur
- ✓ Les principes et les valeurs de l'établissement

Le livret d'accueil est en cours de finalisation.
Un trombinoscope des résidents de l'étage est remis au nouveau collaborateur.

Lorsque le recrutement est anticipé, les nouveaux agents sont doublés trois jours (un matin, un soir et une journée).
Les nouvelles IDE, recrutées de manière pérenne, travaillent en doublure avec les IDE de l'établissement entre 10 à 14 journées.

Les soignants ont plusieurs supports à leur disposition :

- ✓ Le dossier de soins informatisé
- ✓ Diverses fiches outils :
  - la feuille de suivi des selles, lésions cutanées…
  - la feuille de douche (la planification et la liste des douches à réaliser),
  - le plan de soins

Chaque stagiaire est accompagné par l'équipe de l'étage qui s'assure de l'adéquation entre les objectifs du stage et son déroulement.

A • **Le plan de formation**

Le plan de formation annuel est établi par la Directrice conformément :
- Aux priorités de l'établissement
- Aux besoins exprimés par les agents lors des entretiens d'évaluation

Les souhaits des agents sont recueillis sur le support d'entretien annuel.
La direction communique aux agents, les formations qui seront privilégiées au vu des besoins de l'établissement (exemple formation d'AMP).

La directrice, la cadre de santé et l'attaché de direction se réunissent pour analyser les demandes.
Le plan de formation est discuté en commission de formation puis validé par le Comité technique d'établissement.

Les formations sont cohérentes avec les objectifs du PE et les missions de l'établissement. L'établissement privilégie les formations actions en interne afin d'impliquer un maximum d'agents.

Le Plan de formation de l'EHPAD Le Bel Automne pour 2014 comprend les formations suivantes :
- Formation « maladie d'Alzheimer : du projet de soins au projet de vie » 2014 : formation par le docteur MARTIN « AGIR EN SANTE » : nombre 11 agents/session formation à l'attention de l'ensemble du personnel (Groupe 1 : 13 et 23 septembre 2014 ; Groupe 2 : 9 et 17 octobre 2014)
- Formation à la Manutention : deux sessions programmées pour une douzaine d'agents.
- Formation HACCP pour le personnel de restauration

- Formation autour de la dénutrition pour le personnel de cuisine et le personnel soignant : 12 personnes
- Formation sur le Suivi du dossier de soins informatisé : 12 agents
- Formation AFGSU : formation initiale pour 4 agents et recyclage pour plusieurs agents.
- Formation ASHQ : deux agents
- Formation Hygiène bucco-dentaire avec SODHEV : 5 personnes.
- Diplôme Universitaire «plaie cicatrisation » pour une IDE
- Une VAE coordinatrice du cadre de vie pour une AS

En étude promotionnelle :

- ✓ une formation AMP en cours,
- ✓ un CAFERUIS,
- ✓ un BP JEPS
- ✓ Un agent en formation d'AS

A • **La gestion des emplois et compétences**

La direction anticipe les besoins en compétences nécessaires pour assurer les missions de la structure.
Un travail a été amorcé par l'établissement dès 2012 sur la GPMC par l'encadrement (cartographie des métiers, tableaux de bord, profils de poste…)
Un travail a été mené en 2014 avec un groupe transversal au sein du GCS sur :

- ✓ La cartographie des métiers,
- ✓ L'actualisation des fiches de postes à partir du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Le support d'entretien annuel permet également de faire un point sur toutes les formations suivies dans l'année par l'agent. Les perspectives et possibilités d'évolution des professionnels sont étudiées.

Une nouvelle grille d'évaluation a été travaillée par le GCS, elle est testée dans l'EHPAD Le Bel Automne avant application dans tous les établissements du GCS.
Cette grille d'entretien annuel a été créée sous la forme d'un tableau Excel sur les savoirs-être et savoirs— faire.
Ce tableau sera alimenté par les compétences acquises par les agents au fur et à mesure des entretiens annuels.

Un croisement des données permettra également de dégager des axes de formation prioritaires pour l'établissement.
La nouvelle grille et le tableau ont été utilisés avec les premiers entretiens annuels de 2014.

La cadre de santé fait passer les évaluations de l'ensemble du personnel soignant, et échange avec la directrice sur le commentaire final de la fiche de notation.

La directrice évalue toutes les personnes du service administratif, logistique, animation, les cadres et le personnel mutualisé dans le cadre du GCS.

B • **Le soutien des professionnels**

La psychologue de l'établissement (0,40 ETP) apporte un soutien aux membres du personnel de façon individuelle ou collective lorsqu'un évènement difficile survient dans l'établissement.

Un groupe d'analyse de la pratique par un psychologue extérieur n'est pas mis en place dans l'établissement. L'établissement engagera une réflexion dans ce sens à moyen terme si le personnel en exprime le besoin. Les représentant du personnel considèrent que le travail d'équipe est un soutien primordial et ne ressentent pas le besoin de disposer d'un soutien extérieur.
La psychologue de l'établissement est très en lien avec les équipes, elle participe systématiquement aux relèves sur ses jours de présence.

Des réunions d'étage mensuelles ont été mises en place en plus des temps de transmission quotidiens d'informations sur les résidents : la thématique est libre, les soignants évoquent les décès qui ont pu avoir lieu ou les difficultés de prises en charge qu'ils rencontrent avec des résidents.

Par ailleurs, lors de la survenue d'un décès, l'écriture d'une carte de condoléances permet à l'équipe d'exprimer son ressenti.

La cadre de santé est proche des équipes soignantes, en leur apportant un soutien technique et psychologique.

C • **Les risques professionnels**

Une formation financée par la MNH (Mutuelle) sur la prévention des risques psycho sociaux se déroulera dans l'établissement au premier semestre 2015.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) a été formalisé en 2013 avec l'appui extérieur de la société SHAM (avec la participation de représentants du CTE).

Le plan d'action du DUERP reste à finaliser (cela est programmé au mois de janvier 2015 avec la mise en place du CHSCT).
Le DUERP n'est pas à disposition du personnel.

B • **Le dialogue social**

Il existe une section syndicale dans l'établissement représentée par un délégué de liste. Des représentants du personnel élus siègent aux différentes instances de l'établissement : Comité technique d'établissement, Conseil d'administration, ….

Des réunions des instances représentatives du personnel sont organisées une fois par trimestre.

Le représentant du Personnel et les membres du CTE se sentent très écoutés par la direction de l'établissement.

Les questions diverses portées à la connaissance du CTE sont actuellement notées sur un tableau en salle de relève. Il est prévu d'installer une boite afin de respecter l'anonymat. Les élections des représentants du personnel se sont déroulées le 4 décembre 2014.

Un CHSCT va être mis en place suite à ces élections.

Selon la directrice, le climat social est serein et ne connait pas de problématique particulière.
Les représentants du personnel indiquent également que l'ambiance et le climat social de l'établissement sont bons, le personnel se sent écouté, le dialogue social est efficient.

Les représentants du personnel soulignent les problématiques de travail entraînées par les contraintes architecturales de l'établissement et confirment les difficultés à mobiliser les usagers de plus en plus dépendants.
Le matériel n'est pas toujours facile à utiliser dans les chambres doubles et nécessite des efforts physiques conséquents et parfois des gestes et postures dangereuses de la part des professionnels.

A • **Le partage des informations et la coordination des professionnels**

L'établissement organise des réunions permettant d'améliorer son fonctionnement et le partage de l'information entre les professionnels.
Les professionnels libéraux (kinésithérapeute, psychomotricienne) et fonctions mutualisées (diététicienne, qualiticienne) sont intégrés au fonctionnement du service et sont impliqués dans l'accompagnement global des résidents. Ils échangent de manière régulière avec l'équipe :

- Des réunions sur les projets personnalisés sont organisées, au minimum une fois par mois.
- Des transmissions d'informations concernant les usagers sont réalisées à chaque changement d'équipe (trois fois par jour) en salle de soins.
- Des transmissions écrites dans le dossier de soins informatisé sont accessibles en temps réel par les professionnels,
- Des réunions d'étage sont réalisées mensuellement.
- COPIL : réunion deux à trois fois par an.
- Des réunions plénières avec les agents sont organisées au minimum deux fois par an.

- Au niveau administratif, il n'y a pas de réunion formalisée, mais un point est effectué hebdomadairement entre la directrice, le médecin coordonnateur, l'attaché de direction et la cadre de santé.

Appréciation des évaluateurs

L'intégration des nouveaux embauchés est réalisée grâce à la remise de nombreux supports et du travail en doublure organisé lorsque le recrutement est anticipé.

Les fiches de poste sont en cours d'actualisation et un groupe de travail a été constitué sur l'accueil du nouvel agent.

Les formations sont réalisées pour l'ensemble des agents ce qui permet d'actualiser et harmoniser les pratiques pour tout l'établissement.

Les entretiens annuels sont réalisés et les perspectives d'évolution étudiées. Le nouvel outil relatif aux entretiens annuels est un véritable support de valorisation des compétences acquises et des compétences qui restent à acquérir pour les agents, ce qui constitue un point fort de l'établissement. En effet, cet outil permet de définir les formations à engager prioritairement par l'établissement afin d'assurer une prise en charge de qualité et homogène.

Les agents sont soutenus par les cadres de l'établissement et par la mise en place de différents outils (relèves d'étage…). Néanmoins, à titre de prévention des risques psycho-sociaux générés par les contraintes architecturales et le niveau de dépendance des résidents accueillis, des groupes de parole par le psychologue de l'établissement ou par un prestataire extérieur sont à mettre en place. La question de groupes de paroles reste ouverte si les représentants du personnel en expriment le besoin en complément d'actions (formations, réflexion,) devant continuer à de développer.

Par ailleurs, afin de tenir compte du niveau de qualification des agents, l'établissement pourrait travailler sur une différenciation des tâches entre les AS et ASHQ (résidents à prendre en charge en fonction du niveau de dépendance).

Le document unique est à finaliser, à diffuser et à actualiser ensuite chaque année avec les membres du CHSCT.

Dans le cadre des instances représentatives du personnel, afin de recueillir les questions diverses, un système plus confidentiel devrait être mis à disposition des agents.

84,89/100 5. Gestion des données et des ressources

A • **La gestion des données des usagers (Le dossier unique de l'usager)**

Les données des usagers sont gérées.
Le dossier médical et administratif du résident est informatisé.

Les règles de confidentialité sont garanties. Les professionnels ont accès aux informations nécessaires. Les médecins et intervenants extérieurs utilisent l'informatique.

Les dossiers administratifs papier sont dans une armoire au secrétariat administratif dans un bureau qui n'est accessible qu'avec un pass.

Les éléments papier des dossiers médicaux sont dans la salle de soin, dans un placard fermé à clé

A • **La sauvegarde et l'archivage des données**

Le dossier patient est informatisé depuis septembre 2013.
Les outils informatiques sont accessibles avec une gestion des droits. Le système d'information est sécurisé.

Les logiciels sont affectés par poste informatique et chaque professionnel dispose d'un code personnel d'accès.

L'objectif est qu'un maximum d'informations soit informatisé : comptes rendus médicaux, carte vitale et mutuelle sont déjà scannés.

Le serveur est interne.

L'archivage des données des usagers ne fait pas encore l'objet d'une procédure formalisée.

A • **L'adéquation entre les moyens financiers et les projets**

Un budget prévisionnel est établi par la direction de l'établissement chaque année. Il est présenté en conseil d'administration qui valide la proposition du budget.

La première convention tripartite a été signée le 30 janvier 2004, renouvelée le 1er janvier 2009 avec une CTP de 2^{e} génération. La convention tripartite troisième génération vient d'être signée par l'établissement.

Les effectifs autorisés par la CT3 sont de 51.45 ETP.

Une proposition d'organisation a été faite avec des ratios, mais un plafonnement des ratios a été appliqué par les autorités de tutelle malgré le GMP et le PATHOS validés (GMP à 826 et PMP à 218).

L'établissement souhaite développer les compétences d'AMP afin de développer d'autres modes d'accompagnement.

Les effectifs autorisés **dans le cadre de la CTP 3** :

- Deux postes d'AS / AMP : total 19 AS
- Diminution des ASH (13,70 au lieu de 14,70)
- 1 poste d'aide cuisine en plus
- Psychomotricien 0,20 ETP
- Médecin : création de 0,20 supplémentaire

Des ETP existants ont été validés :

- Psychologue a été autorisé en 0,40
- Qualiticienne : 0,20 poste validé
- Diététicienne ; 0, 10 poste existant qui a été validé
- Médecins : 0,10 ETP

Les effectifs autorisés vont partiellement permettre de modifier les plannings afin de lisser les effectifs sur la semaine et le week-end et sur le temps de midi et du soir (manque de personnel le soir pour assurer les repas et les couchers au vu de la dépendance qui s'accroît).

L'objectif est également d'organiser des temps spécifiques pour les AS et AMP, les après-midi afin d'organiser des groupes thérapeutiques en lien avec la psychologue.

Les plannings mis en place permettent la présence d'une IDE de 6H45 à 21H00.

B • **Le suivi et la répartition des moyens financiers mobilisés**

Le résultat N-1 est à l'équilibre en dépendance, pas de déficit en soins constaté sur l'exercice n-1.

L'établissement est confronté à des situations sociales problématiques avec des créances résidents qui augmentent.

Dans le cadre des négociations de la CT3, la direction a privilégié le re-basage des salaires à l'augmentation des effectifs. De ce fait, les coûts salariaux pris en compte par les autorités de tutelle sont en cohérence avec les coûts salariaux réels.

Néanmoins, l'établissement peut connaître des difficultés financières en raison du taux d'absentéisme (19% en 2014).

Le suivi budgétaire est réalisé par l'attachée d'administration chargée des RH et des Finances : un tableau de bord des dépenses et des recettes est élaboré en début d'année, il est actualisé chaque mois avec les dépenses réelles.

Il y a aussi un tableau d'activité pour les journées réalisées.

Un Plan pluriannuel d'investissement 2009 — 2013 est mis en place. Le prochain plan doit prévoir la reconstruction de l'EHPAD.

L'établissement a été expérimentateur des tableaux de bord ANAP (indicateurs qui seront suivis par les établissements et qui seront utilisés par les autorités de tutelle dans le cadre des négociations) cela fait trois ans que l'établissement les remplit.

Certains indicateurs (sur l'investissement par exemple) sont jugés très pertinents par l'établissement.

Appréciation des évaluateurs

Le système informatique est sécurisé.

Les médecins utilisent l'informatique pour tracer la prise en charge et établir les ordonnances, ce qui est un point fort de l'établissement.

Les moyens par la CT3 permettent partiellement à l'établissement d'assurer la prise en charge de la population accueillie dont le niveau de dépendance est en fort accroissement.

Ces moyens permettent également à l'établissement d'être à l'équilibre dans le cadre du budget soin.

Le suivi du budget est réalisé et de nombreux indicateurs sont suivis (expérimentation ANAP) dans ce domaine ce qui est un point fort de l'établissement.

L'établissement doit toutefois dégager de fortes ressources en investissement pour effectuer des travaux de rénovation ou de reconstruction qui semblent nécessaires pour améliorer l'hébergement des personnes accueillies ainsi que les conditions de travail des agents.

B. ACCOMPAGNEMENT DU RESIDENT

88,75/100

1. Accueil et admission du résident

B

- **La prise en compte des demandes : préadmission**

L'accueil est accessible et la permanence téléphonique permet aux personnes d'être renseignées.
Les horaires d'ouverture de l'accueil sont de 8h30 à 16h du lundi au vendredi.
Le livret d'accueil est remis lors de toutes demandes de renseignements ou à l'admission du résident.

Lorsqu'une personne effectue une demande de renseignements à l'EHPAD Le Bel Automne, ses coordonnées sont enregistrées dans le logiciel TITAN par la cadre de santé.

Une procédure d'accueil nommée "ACCUEIL du RESIDENT" a été élaborée.
Elle décrit les étapes de l'accompagnement de la préadmission jusqu'au jour de l'admission.
La procédure d'accueil inclut les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, les objectifs sont définis et visent l'expression du résident, son consentement éclairé (incluant les manifestations non verbales), l'accompagnement personnalisé du résident dès l'accueil, l'évolution et la réévaluation du projet de vie en fonctions des besoins et attentes du résident.

Une commission de pré admission est mise en place, elle est mutualisée avec l'EHPAD de Saint Symphorien de Lay, car le médecin coordonnateur et la directrice travaillent sur les deux structures.
Les deux cadres de santé des EHPAD participent également à cette commission.
La commission émet un avis après avoir pris des renseignements auprès de la personne, la famille, et le cas échéant, des professionnels hospitaliers, le consentement éclairé ou au minimum l'absence de refus manifeste de la personne est recherché à cette étape.

L'analyse des demandes d'admission refusées par le biais d'un outil de partage entre les 2 structures (Régny et Saint Symphorien) est actuellement en projet.

A la demande de toute personne intéressée, une visite de l'établissement peut être réalisée, elle n'est pas systématisée mais vivement encouragée. En 2014 (à la date de la visite), le nombre de visites (essentiellement des familles) effectuées est de 18 pour 20 entrées.

Le document pour la désignation d'une personne de confiance est remis à l'admission.

L'EHPAD propose une visite de la structure voire une rencontre avec les professionnels en amont de l'entrée afin de préparer l'arrivée et de rassurer la personne.

Cependant, peu de résidents visitent l'établissement avant l'entrée malgré une forte incitation de l'institution.

L'EHPAD le Bel Automne recueille des informations auprès de la personne et des aidants permettant de favoriser un climat de confiance dès les premières rencontres.

L'établissement gère les dossiers en attente : il avait 13 dossiers en attente au 02/12/2014.

A

- **La préparation de l'accueil de la personne**

Le secrétariat assure l'accueil et s'assure de la présence d'un ou plusieurs aidants, d'un représentant légal, d'une personne de confiance, d'un référent principal au sein des aidants. Celui-ci est identifié dans le dossier du résident.

Les agents sont informés de toute nouvelle entrée par la cadre de santé qui renseigne l'équipe, prépare le dossier dans le logiciel TITAN générant des transmissions ciblées pour l'ensemble de l'équipe de soins.

Le service hôtelier est également systématiquement prévenu.

A

- **L'accueil de la personne**

A son arrivée, le résident est accueilli par la secrétaire afin de formaliser l'admission, les informations légales et institutionnelles sont expliquées et transmises pour signature (temps d'admission résident/famille et secrétaire est d'environ 1h30).

Dans la pratique, le résident n'est souvent pas présent à ce temps d'explication.

Le résident est accompagné dans sa chambre et accueilli par le personnel soignant, un mot de bienvenue et une plaquette d'accueil (comprenant des éléments de l'organisation de la structure) lui sont remis.

La personnalisation de la chambre est encouragée par l'animatrice et l'ensemble de l'équipe. La personne est présentée au voisin de chambre.

L'information de la nouvelle entrée est diffusée sur le tableau d'information à l'accueil et à l'étage, dans la salle de restaurant principale et diffusée via la messagerie du logiciel TITAN, par la cadre de santé.

Les éléments de connaissance de la personne et les habitudes de vie sont recueillis et partagées entre les professionnels, elles sont tracées, par la cadre de santé et les soignants, via le Projet de vie personnalisé du résident et intégrés dans le logiciel TITAN.

Le dossier est également présenté en relève (J-1 ou J-2 de l'admission du résident).

Plusieurs référents institutionnels sont nommés pour chaque résident dès l'admission :

- 1 IDE
- 1 AS de jour/ou de nuit
- 1 ASH de nuit ou de jour

Ces référents ont les personnes ressources en charge de la qualité de la personnalisation de la prise en charge du résident et de la création de repères définis dans la procédure d'accueil.
Il est à noter que les résidents et les familles interrogées ne connaissent pas l'identité des référents de jour et de nuit.
Ils sont toutefois unanimes sur la qualité du "prendre soin" et de la bienveillance des professionnels du Bel Automne.

B • **La contractualisation de l'admission**

L'admission avec le résident est contractualisée.

Les dossiers administratifs des résidents sont complets. Les modalités d'accès du résident et/ou de la famille à son dossier médical sont précisées dans le règlement de fonctionnement et par voie d'affichage dans le cadre de la Loi Informatique et Libertés.

Les dossiers administratifs contiennent :

- un contrat de séjour et les annexes datés, paraphés et signés des 2 parties :
  - la fiche de "libre choix",
  - la fiche tarifaire,
  - l'autorisation de droit à l'image,
  - le recueil de la personne de confiance
  - l'état des lieux contradictoire
  - l'acte de cautionnement solidaire
  - la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

- un règlement de fonctionnement daté et signé des 2 parties,

- des courriers d'ordre administratif :
  - l'acte de naissance du résident,
  - copie des documents relatifs à la CAF, aux Impôts,

- éventuellement une fiche de réservation,

Les contrats sont signés, le plus souvent par le référent familial.

Il n'existe pas de registre légal d'enregistrement des résidents dans l'établissement, les mouvements des résidents sont enregistrés dans Titan et dans le cahier des mouvements tenu par les IDE.

A

- **L'intégration de la personne accueillie**

Une visite complète ou partielle de l'établissement (selon les capacités du nouveau résident) est réalisée dans les premiers jours.

Le programme des activités (quotidien, hebdomadaire et mensuel) est affiché dans l'établissement.

Le plan de table est revu systématiquement en étage pour intégrer le nouveau résident.

Les différents éléments de connaissance de la personne sont recueillis et partagés entre les professionnels durant le premier mois du séjour et intégré au PVP : l'accueil se déploie de la préadmission jusqu'au bilan d'intégration à un mois de l'entrée.
L'adaptation au programme d'animation se fait progressivement ainsi que la présentation des différents intervenants. Une rencontre avec le résident et les familles est réalisée idéalement dans le premier mois pour faire un premier point.

Appréciation des évaluateurs

Les demandes d'admission sont suivies et tracées.

De nombreuses modalités sont mises en œuvre par l'établissement pour informer de l'arrivée du résident, et l'accueillir en facilitant son intégration.

Une procédure décrivant les différentes étapes de l'admission du résident est élaborée et plusieurs référents sont nommés ce qui est un point fort de l'établissement.

La mise en place de la commission de pré admission permet une validation des dossiers systématiquement en présence du médecin coordonnateur.

La formalisation du fonctionnement de la commission de préadmission est à réaliser.

La recherche du consentement à l'admission est effectuée par le biais de recoupements d'informations, elle n'est pas toujours explicitement évoquée avec le résident lui-même.

Un temps d'explication des documents légaux est organisé à l'admission, mais le plus souvent avec le référent familial qui par ailleurs signe le contrat de séjour même s'il n'est pas représentant légal.

Dans la mesure du possible, l'établissement devra tendre vers :

- La mise en place de préadmission et a minima de visites de l'établissement avant l'admission
- La formalisation de la recherche du consentement du résident
- L'explication des documents légaux au résident
- En l'absence de représentant légal, la signature des documents légaux par le résident.

86,78/100

2. Le projet personnalisé du résident

Historiquement la démarche d'élaboration des projets de vie a débuté en mars 2011 ; rapidement un comité de suivi des PVP a été constitué.

Les professionnels qui participent à ces comités sont les suivants :

- Une IDE
- Trois AS
- Médecin coordonnateur
- Un AS ou ASQ de nuit
- La psychologue,
- L'animatrice,
- La cadre de santé
- La directrice
- Une ASQ de jour,
- La secrétaire,
- L'agent de maintenance,
- Une AMP
- Le cuisinier

Il a donné lieu à deux réunions en 2011 avec pour objectif de définir le rôle du référent, faire la trame de proposition d'actions pour le référent et le recueil des besoins.

Les référents avaient des difficultés à remplir le recueil et un travail de simplification des supports a été effectué.

Une procédure d'élaboration des projets de vie a été créée ; mise en œuvre et réévaluée

Au début de la démarche, plusieurs référents étaient identifiés : AS/IDE/AS de nuit/ et ASH.

Mais des changements d'équipe étaient organisés par roulement tous les six mois, par conséquent le suivi des projets personnalisés par tous les référents était complexe.

En 2011 et en 2012, une formation a été organisée par l'INFIPP sur le « Suivi du Projet personnalisé » : cette formation était axée sur les difficultés à recueillir les besoins par rapport aux personnes qui ne pouvaient pas s'exprimer ou qui avaient des troubles cognitifs.

Elle a permis de compléter le travail de simplification des documents.

A partir de 2011, le protocole d'accueil des résidents a été actualisé.

Le rôle de chacun a été détaillé de l'admission à l'élaboration du PVP.

La procédure relative à l'élaboration du Projet personnalisé est incluse dans le protocole d'accueil du résident.

Les changements d'équipe sont devenus annuels et le nombre de référents a été diminué : IDE/ AS et ASH soit de nuit soit de jour.

Les référents sont proposés par la cadre de santé et la psychologue, c'est également elles qui réalisent la programmation des projets de vie. Les soignants peuvent manifester leur difficulté vis à vis de tel ou tel résident.

En 2011, une information a été diffusée aux familles et au sein du CVS sur la mise en place du projet personnalisé.

En 2012, une autre information a été communiquée aux familles afin qu'elles puissent prendre contact avec l'encadrement pour accéder, si elles le souhaitent, au projet de vie de leur proche après accord de ce dernier.

La procédure d'élaboration des PVP actualisée a été mise en place, au mois de juillet 2014, suite à la réunion du comité de suivi.

Les PVP sont informatisés dans le logiciel TITAN, depuis l'informatisation du dossier patient.

A

- **Le recueil des attentes et des besoins de la personne**

A l'admission, un recueil de données formalisé est rempli par le résident et/ou son entourage avec le membre du personnel qui l'aide à s'installer dans la chambre.

Ces informations sont tracées dans le PVP informatisé dans le logiciel TITAN.

Le recueil est étoffé au « fil de l'eau » par rapport aux observations des soignants avec l'appui des regards croisés, ainsi qu'avec les apports des intervenants libéraux qui sont consultés.

Le recueil est fait sur plusieurs jours.

B • **La co-construction du projet personnalisé**

L'actualisation du recueil de données est réalisée avec le résident et/ou sa famille.

Le référent rend régulièrement visite au résident pour recueillir et actualiser les informations sur ses habitudes de vie et éventuellement les objectifs et actions qu'il souhaite que l'établissement mette en œuvre.

Néanmoins, ce recueil de souhaits n'est plus formalisé dans l'outil informatique en tant que tel mais reste bien présent dans la démarche.

La procédure prévoit qu'une rencontre est organisée avec la famille dans le cadre de l'élaboration des PVP avec le médecin coordonnateur, la cadre de santé et la psychologue (dans la pratique environ la moitié des familles a été reçue).

Il est remis et présenté à la personne et est signé. A ce jour, le résident n'est associé que ponctuellement à la discussion.

Il est à noter que les familles et les usagers, rencontrés lors de l'évaluation, ne connaissent pas toujours le PVP.

A • **La rédaction du projet personnalisé**

Les modalités d'élaboration des projets personnalisés sont formalisées dans la procédure d'accueil.

Des réunions sur la présentation des PVP sont faites, au minimum une fois par mois, après la relève, pour deux ou trois résidents.

Presque tous les résidents bénéficient d'un projet personnalisé (seuls les résidents entrés récemment n'ont pas de PVP), et environ une quinzaine bénéficient d'un PVP selon la méthodologie actualisée en 2014 et ce depuis juillet 2014.

Des objectifs clairs, concrets et personnalisés sont formalisés dans le projet personnalisé.

Les objectifs définis dans le projet personnalisé sont cohérents avec les objectifs opérationnels de l'établissement et du PE.

Les objectifs fixés dans les PVP ont trait à la vie sociale du résident, au respect de ses habitudes et rythmes de vie, de ses souhaits et aspirations, et des soins nécessaires. La fixation d'objectifs et d'actions à réaliser sur la prise en charge globale du résident permet de formaliser la

personnalisation de la prise en charge sur tous ses aspects et s'assurer de la mise en œuvre des actions sur la globalité de la prise en charge.

B • **La mise en œuvre du projet personnalisé**

Les PVP sont mis dans les classeurs, à disposition des agents.

Ils sont également informatisés.

Le référent peut inciter la réalisation des actions par les professionnels, et veiller au bon déroulement des objectifs du PVP. L'équipe de l'étage doit consulter les PVP afin de connaître les actions des projets personnalisés et de les mettre en œuvre. Ils sont présentés aussi en réunion d'étage.

Dans le logiciel de soins TITAN, les actions réalisées sont tracées dans la partie PVP du logiciel donc apparaissent dans les transmissions.

Certains référents rencontrés indiquent qu'ils tracent les actions réalisées, mais cette pratique n'est pas systématisée.

Des actions spécifiques sont réalisées auprès des résidents atteints de troubles cognitifs et sont intégrées à leur projet de vie, l'établissement peut mobiliser dans le cadre de petits groupes les compétences de la psychologue et de la psychomotricienne, ainsi que des AMP et de l'animatrice.

B • **La co-évaluation du projet personnalisé**

Plus d'une vingtaine de PVP a été évaluée depuis la mise en place de la nouvelle trame.

Le PVP est signé de nouveau par le résident.

Des indicateurs permettent de vérifier que les actions sont mises en œuvre.

Appréciation des évaluateurs

Les modalités d'élaboration des PVP élaborées en 2011 et actualisées en 2014 comprennent de nombreux points forts :
- Recueil des besoins et attentes à l'entrée
- Plusieurs référents nommés
- Participation du personnel de nuit à l'élaboration des PVP
- Actualisation du recueil avec le résident

- Elaboration des PVP en réunion pluridisciplinaire
- Détermination d'objectifs et d'actions précis
- Possibilité de tracer les actions réalisées dans le logiciel TITAN
- Lecture et signature du PVP par le résident

Afin de développer une participation de qualité sur ces souhaits et les objectifs à atteindre, une information préalable devra être systématisée auprès du résident et de son entourage.
Les souhaits des résidents dans le domaine du PVP sont à formaliser.

Les objectifs fixés dans les PVP ont trait à la vie sociale du résident, au respect de ses habitudes et rythmes de vie, de ses souhaits et aspirations, et des soins nécessaires. La fixation d'objectifs et d'actions à réaliser sur la prise en charge globale du résident permet de formaliser la personnalisation de la prise en charge sur tous ses aspects et de s'assurer de la mise en œuvre des actions sur la globalité de la prise en charge.

Afin de tenir compte de leurs pathologies, les objectifs spécifiques mériteraient d'être accentués pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et pour les personnes ayant des troubles à connotation psychiatrique.

Par ailleurs, la traçabilité des actions dans le logiciel TITAN est à systématiser afin de :
- S'assurer de la mise en œuvre du PVP
- Permettre l'évaluation objective du PVP

88,10/100

3. Le maintien des liens sociaux et l'animation

B

- **Le projet d'animation**

Un projet d'animation 2009-2013 est formalisé, il a été diffusé auprès des associations de bénévoles, à l'ensemble du personnel soignant. Les AMP de l'établissement se sont bien saisies et particulièrement investies dans ce domaine.

Le prochain projet d'animation est à finaliser et à articuler avec le futur projet d'établissement.

Les axes déjà définis sont en lien avec les problématiques des résidents désorientés, en rupture de liens, les personnes handicapées vieillissantes, l'ouverture de l'établissement et l'animation dans les étages.

L'avis et les attentes des résidents en matière d'activités individuelles et collectives sont recueillis.

Des fiches de recueil sont renseignées dans le Projet de Vie informatisé dans le logiciel TITAN.

Les activités sont adaptées en fonction du projet de vie personnalisé (PVP) du résident.

Un programme d'activités est affiché et proposé quotidiennement, à la semaine et mensuellement.

Il existait un journal "le réveil de la marmotte" à diffusion trimestrielle, l'animatrice tient à le relancer avec la participation des résidents.

Différentes activités hebdomadaires sont proposées en salle d'animation ainsi qu'au niveau de chaque étage.

L'une des 2 AMP dédiées à l'animation dans les étages a bénéficié d'une formation sur la maladie d'Alzheimer et "l'art thérapie".

Les AMP sont en capacité de prendre le relais en termes de continuité des animations au regard des possibilités organisationnelles et des besoins des étages.

En revanche, la récupération du temps de travail de l'animatrice et des AMP entraîne la discontinuité dans la programmation des animations, notamment en fin d'année (moins de 5 activités par semaine sur certaines périodes du mois de décembre, par exemple).

En son absence, le relais est pris par le personnel des étages sans que cela soit explicitement formalisé sur le programme d'animation pour l'instant.

La volonté de remplacement des CA et des jours de formation de l'animatrice date de janvier 2013.

Un chariot d'éveil sensoriel est à disposition des équipes à l'infirmerie depuis le printemps 2014.

Les représentants des familles du CVS et les résidents rencontrés évoquent cette problématique.

Les résidents expriment également leur souhait de participer à davantage d'animations (particulièrement le week-end), de sorties, et de voyages. Trois séjours ont été réalisés, à la demande des résidents, en 2012 et 2013, avec le soutien de la direction, grâce à la collaboration de l'animatrice, des soignants et des bénévoles.

Les activités proposées tiennent compte des recueils de l'expression des résidents et des besoins. Des groupes thérapeutiques destinés aux personnes avec troubles cognitifs sont proposés par la psychologue en co-animation avec animatrice ou AMP (éveil sensoriel et Photolangage).

Les bénévoles et quelques familles investies sont associées aux animations.

Un suivi de la participation des résidents aux différentes animations est réalisé puis tracé par l'animatrice via le logiciel Titan.

Le niveau de participation et les effets attendus et inattendus (plaisir, satisfaction, mobilisation, capacité ...) sont identifiés en temps réel par l'animatrice et les AMP pendant les activités d'animation en salle et en étages et font l'objet d'une transmission écrite sur Titan.

Les observations et le recueil de données liées à l'animation sont consultés via le logiciel TITAN, partagés en équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur/cadre de santé/IDE, IDE/AS/AMP/Personnel de nuit/Animatrice et la psychologue).

Les données sont intégrées dans le dossier du résident via son PVP.

A • **Les liens intergénérationnels**

Des échanges sont entretenus avec les enfants et adolescents du périscolaire de la commune de Régny.

L'établissement entretient des liens avec les associations de bénévoles comme "Rencontres amitiés" qui participe, aux fêtes de fin de mois, aux fêtes de fin d'année dont Noël.

Cette association propose également de l'aide aux ateliers manuels, aux jeux, aux sorties extérieures comme les "séjours détente".

Le comité d'animation du village de Régny, le Centre aéré les "Tigrous", la bibliothèque (visites des résidents) sont également identifiés comme des partenaires de l'établissement.

B • **L'accès aux services environnants**

L'établissement organise, si besoin, l'accès aux informations (moyens de transport, horaires, plans...) pour favoriser les déplacements en autonomie des résidents.

L'établissement propose ponctuellement un accompagnement des résidents aux services environnants.

A • **La participation de l'extérieur aux activités de l'établissement**

L'établissement favorise la participation des résidents à la vie de la commune de Régny, comme les courses individuelles en semaine, les animations du marché de Noël, les rencontres et échanges avec les résidents d'autres structures (sortie en minibus/9 places) et avec les jeunes des centres de loisirs de Régny.

A • **La création et le maintien des liens sociaux**

L'établissement favorise les possibilités d'accès de personnes extérieures, aux familles, aux diverses prestations qu'il organise comme les repas festifs, les activités d'animation, les évènements par exemple, la journée d'inauguration de la nouvelle salle d'animation

Les fêtes, les voyages thérapeutiques, très appréciés des résidents et des familles, ont été organisés en 2012 et 2013. Un groupe de résidents a participé au concert « Robin des bois » à Clermont Ferrand et à un spectacle musical donné par les animatrices du GCS au Coteau.

Ce projet sera relancé en 2015 sous la forme d'une sortie à la mer. Les familles, les résidents, les bénévoles sont en attente de la réalisation effective de cette action.

L'établissement facilite les visites et respecte au mieux leur caractère privé dans un contexte architectural contraint ne facilitant pas la confidentialité et l'intimité (18 chambres doubles peu spacieuses).
Un nouvel espace détente a été créé récemment à partir de la rénovation d'une salle inoccupée au niveau -1.

Les horaires de visite sont libres. Les familles accèdent librement à l'établissement et participent, pour certains, à l'accompagnement de la prise de repas de leur parent.

Il existe plusieurs lieux d'affichage des informations à destination des familles et des résidents (panneaux d'affichage à l'entrée, en salle de restaurant du RDC, en salle d'animation, à chaque étage). Cette thématique fait l'objet d'une démarche de concertation auprès des résidents.

Le compte-rendu de la commission menu, le programme d'animations hebdomadaire et mensuel, une note sur la définition et le fonctionnement du CVS, 2 Chartes, le menu, le numéro 3977 (écoute maltraitance), y sont affichés.

Le dernier compte rendu du CVS n'est pas affiché.

L'établissement possède l'installation permettant aux résidents de disposer d'un accès internet en salle d'animation sur un poste informatique unique, celui-ci est peu exploité,

L'association "Régnycez-vous", dont l'objectif des bénévoles formés est de créer du lien social et intergénérationnel, organise des visites au Bel Automne sous forme de temps d'écoute individuel.

A

- **L'implication du bénévolat**

Des bénévoles interviennent dans la structure et participent aux réunions régulières (une réunion tous les 2 mois) avec l'animatrice, ils participent également aux animations.

Il est à noter l'intervention mensuelle d'une bénévole qui anime un atelier "poésie" et France Alzheimer Loire qui intervient dans le cadre des activités de médiation animale pour bon nombre de résidents.

Les modalités de coopération des bénévoles et intervenants sont formalisées par des conventions et une charte spécifique des bénévoles.

Appréciation des évaluateurs

Le projet d'animation est formalisé, il est à actualiser comme le projet d'établissement.

Les activités proposées sont variées et de nombreux liens sont développés avec l'extérieur pour développer les liens sociaux des résidents.

La participation des AMP aux animations est un point fort de l'établissement.

Le recueil des souhaits des résidents est formalisé.

En dépit des contraintes de planning, l'établissement veillera à proposer un planning varié et équilibré durant tous les mois de l'année afin de maintenir la vie sociale des résidents.

Les résidents rencontrés sont, par ailleurs, en demande de sorties plus nombreuses.

Le suivi de la participation aux animations est réalisé et tracé informatiquement, ce qui facilite le partage des informations avec les professionnels.

Ce suivi est utilisé dans le cadre de l'élaboration et de l'évaluation des PVP ce qui est un point fort.

84,99/100

4. Les soins

L'organisation des soins

Le projet de soins de l'établissement n'a pas été élaboré lors de l'écriture du projet d'établissement. Il est en cours d'élaboration.

L'ébauche présentée aux évaluateurs décrit l'ensemble des prises en charge spécifiques adaptées à la population accueillie.

B

- **La coordination des soins**

Un médecin coordonnateur assure la coordination des intervenants, à hauteur de 0,3 ETP.

Il convient de noter que le temps octroyé par les autorités de tutelle est de 0,50 ETP (établissement de plus de 80 lits). Le médecin coordonnateur actuellement agent dans d'autres structures ne peut pas augmenter son temps de travail.

Le résident a le choix de son médecin libéral.

Deux médecins sont salariés à temps partiel dans l'établissement, mais le résident peut néanmoins garder son médecin traitant habituel s'il le désire.

Leur planning est connu des personnels, leurs visites sont planifiées.

Le kinésithérapeute qui intervient trois fois par semaine se présente également à la salle de soins avant de débuter ses prises en charge et termine ses visites par une transmission dans le dossier informatisé des résidents. Son action est essentiellement orientée sur la rééducation.
La psychomotricienne intervient deux fois par semaine. Elle évalue plus spécifiquement le risque de chutes, les difficultés à la marche… Elle contribue à améliorer les pratiques dans les situations difficiles (toilette).
La psychologue est présente deux jours par semaine. Elle évalue les troubles cognitifs. Elle contribue à l'accompagnement des résidents et des familles en collaboration avec l'équipe soignante. Elle anime des ateliers thérapeutiques pour les personnes atteintes de troubles cognitifs, groupes de parole et des actions de sensibilisation auprès du personnel. Elle participe à la relève pluridisciplinaire en apportant son éclairage sur des situations difficiles.

Les intervenants libéraux, médecins traitants, kinésithérapeutes … sont réunis dans le cadre de la commission de coordination gériatrique.

Des commissions de coordination gériatrique ont été organisées en 2012, 2013 et en 2014.

Les thèmes suivants sont abordés : prévention dénutrition, iatrogénie/prescriptions, conventions, souffrance psychique.

Le résident est informé de l'évolution de son état de santé et des décisions prises par les professionnels concernant son accompagnement.

A

- **Le partenariat avec les établissements de santé**

L'établissement a mis en place des partenariats avec les établissements sanitaires voisins.

Des conventions ont été élaborées avec plusieurs partenaires de santé (appartenance à la filière gérontologique du Roannais, adhésion au GCS Roannais, conventions avec le Centre hospitalier de Roanne et les équipes mobiles (EMG, EMSP, HAD), avec l'association Loire Alzheimer, association JALMALV).

Ces partenariats sont formalisés et effectifs.

Les personnes ressources ou des structures compétentes pour la prise en charge de la souffrance psychique sont identifiées (UMPSA).

L'établissement a un partenariat effectif et régulier avec l'équipe mobile de psycho gériatrie de Roanne. Le CMP intervient également pour 2-3 résidents qui étaient préalablement suivis avant leur entrée dans l'EHPAD.

A

- **Favoriser la stabilité de l'accompagnement**

L'EHPAD adapte son organisation aux attentes du résident en respectant autant que possible ses rythmes, ses habitudes de vie et ses repères temporels.

Les habitudes de réveil et de coucher des résidents sont connues, formalisées, respectées.

Les résidents peuvent petit-déjeuner soit dans leur chambre, soit en salle à manger, avant ou après leurs toilettes, cela selon leurs habitudes et souhaits
Le matériel pour le petit déjeuner est disponible à l'heure à laquelle le résident souhaite le prendre (possibilité de le réchauffer)

Les habitudes alimentaires du petit déjeuner sont connues et il est possible d'en changer.

L'organisation des toilettes est en place. Elle est organisée selon les rythmes des résidents.

Les soins de nursing sont planifiés individuellement, disponibles sur les chariots et tracés.

Tous les étages sont organisés de la même façon : le soignant du matin et celui qui est en horaires coupés font les toilettes au lit et les aides à la toilette au lavabo pour maintenir l'autonomie.

Un poste « douche » est mis en place du lundi au vendredi.

Une douche par semaine est planifiée pour tous les résidents.

Les plans de soins sont réalisés dans le logiciel.

A

- **L'organisation des soins la nuit**

Les accès de l'établissement sont sécurisés.

Une transmission orale entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit est organisée le soir et le matin en présence de l'IDE.

Un chevauchement des horaires de 15mn est planifié le matin (6H45-7H00) et le soir (20H45-21H00)

Les transmissions sont tracées sur TITAN et il existe un cahier de transmission pour toutes autres informations qui ne sont pas en rapport direct avec les résidents.
Des tours de surveillance sont réalisés par les soignants de nuit : 3 tours, minimum, de nuit sont réalisés (un à la prise de poste, un en milieu de nuit et un dernier vers 5h du matin).

Les soignants de nuit connaissent les soins de nursing à effectuer. Ils sont planifiés et tracés.

Le personnel de nuit est sensibilisé à la notion de souffrance psychique et à l'observation de ses manifestations possibles.

Il n'existe pas de groupe de paroles spécifiques aux équipes de nuit, mais celles-ci peuvent participer aux diverses formations et rencontres des équipes de jour.

Des rencontres avec l'équipe d'encadrement sont organisées : la cadre de santé rencontre régulièrement les équipes de nuit.

Le personnel de nuit est référent au même titre que le personnel de jour pour l'élaboration et le suivi des actions des PVP.

B

- **Le dossier de soins**

Le dossier du résident a été récemment informatisé (septembre 2013). Il comporte un dossier médical et un dossier de soin avec des accès sécurisés.

Des transmissions écrites narratives sont largement utilisées. Les transmissions ciblées ne font pas toujours l'objet d'une action, d'un résultat et d'une clôture de la cible.

Les intervenants libéraux dans l'établissement ont accès aux informations concernant le résident. Ils tracent des observations dans le dossier du résident.

A

- **La gestion des situations d'urgences médicales**

Le personnel est formé aux gestes de soins d'urgences.

L'établissement est organisé de telle manière qu'une intervention médicale ou paramédicale est possible très rapidement en cas de problème, à tout moment (appel du 15 si nécessaire).

La procédure d'appel en urgence est connue des personnels.

La nuit et le WE une astreinte médicale est assurée et gérée par le SAMU. Il existe aussi une astreinte administrative (astreinte de directeurs) dont la composition est affichée en salle de soins

Une procédure en cas d'urgence est formalisée : le degré d'urgence est explicitement défini dans la procédure.

Il existe un chariot d'urgence renfermant le matériel d'urgence et le stock tampon. Il existe une procédure de gestion de ce chariot inégalement connue des personnels.

Des contrôles du chariot sont effectués régulièrement (date des contrôles en 2013-2014 : 4/01/2013, 25/03/2013, 5/5/2013, 1/07/2013, 15/09/2013, 9/12/2013, 11/02/2014, 27/07/2014, 30/11/2014)

A

- **L'hospitalisation**

En cas d'hospitalisation, un dossier de liaison d'urgence accompagne le résident.

Le logiciel informatique permet d'éditer un dossier de transfert lors du départ d'un résident.

Celui-ci est à jour (observations médicales de moins de 6 mois, antécédents et pathologies et dernières prescriptions)

Les hospitalisations sont connues, le taux d'hospitalisation annuel figure dans le rapport d'activité médicale.

En cas d'hospitalisation, l'information est tracée dans le dossier médical du résident. Il est également inscrit que la famille est prévenue.

L'équipe se tient informée de l'état de santé du résident et de son retour.

Le circuit du médicament

B

- **La prévention des risques de iatrogénie**

La prévention des risques iatrogènes est prise en compte par l'établissement. Le pharmacien émet des avis concernant des interactions médicamenteuses identifiées dans les ordonnances.
Le logiciel de prescription, inclus dans le dossier patient informatisé, en lien avec la base Claude Bernard, fait apparaître les risques iatrogènes.

Le sujet commence à être abordé entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants, un antibioguide a été réalisé. Mais à ce jour le livret thérapeutique n'est pas finalisé.

A • **La gestion des prescriptions**

Les prescriptions sont réalisées par les médecins traitants.
Les toxiques sont stockés dans un endroit protégé, fermé à clef. Un inventaire est réalisé à chaque utilisation d'un traitement.

Les prescriptions des toxiques sont réalisées séparément des autres traitements sur support spécifique : carnet à souche en complément d'ordonnances sécurisées.

B • **La livraison, la préparation et l'administration des traitements**

Les modes de livraison des traitements par la pharmacie sont organisés, planifiés et sécurisés.

Une organisation est en place permettant une préparation sécurisée des médicaments et respectant les règles d'hygiène.

La réalisation des piluliers est assurée par les IDE avec un double contrôle (contrôle assuré par une autre IDE que celle qui a préparé le pilulier).

Les piluliers, les chariots de distribution des médicaments et le matériel sont propres.

Le réfrigérateur de la salle de soins ne contient que des médicaments. Il est équipé d'un thermomètre. Un relevé de la température est réalisé et tracé au quotidien.

La pharmacie est rangée, son accès est sécurisé.

L'établissement stocke le minimum de médicaments nécessaires. Une gestion de ce stock en lien avec la pharmacie est effectuée.

Une liste de médicaments du stock tampon est réalisée, mais à ce jour elle n'est pas réactualisée et se trouve surchargée par des annotations la rendant peu lisible.

Une vérification des dates de péremption n'est pas réalisée et tracée.

Les IDE distribuent les médicaments et délèguent exceptionnellement la distribution aux AS (la nuit par exemple).

La procédure pour les médicaments écrasés a été réalisée par le médecin coordonnateur, mais elle n'est pas connue des IDE interrogées.

Une cible est ouverte en cas de refus de traitement.

Si la personne distribuant les traitements n'est pas l'IDE, une transmission est générée par l'agent ayant administré le médicament, le refus de prise de ce traitement est tracé.

Les IDE distribuent les médicaments au regard du semainier issu de TITAN et valident en « zappant » leur administration.

A • **La formalisation et l'évaluation du circuit des médicaments**

Les différentes étapes du circuit du médicament (de la prescription à l'administration) sont formalisées.

Le circuit du médicament est défini, depuis la gestion des prescriptions, jusqu'à la préparation et distribution des traitements et fait l'objet d'une procédure « Gestion du circuit du médicament ».

Une évaluation de ce circuit a été réalisée.

L'audit réalisé en 2012 par le cadre de santé, les médecins et les IDE et la mise en place de commissions de coordination gériatrique ont permis la clarification des actions à mener.

Des actions d'amélioration suite à l'évaluation sont mises en place :

- Modification de l'organisation du travail pour permettre aux IDE de préparer les médicaments
- La conduite à tenir en cas d'erreur de distribution
- La conduite à tenir en cas d'urgence
- L'informatisation du dossier de soins
- La traçabilité de l'administration.

La prévention des risques liés à la santé du résident

B • **La prise en charge de la douleur**

La douleur est évaluée.

Différentes échelles d'évaluation sont en place et leur utilisation se généralise.

La douleur est évaluée à la mise en place de l'antalgique, mais pas encore systématiquement réévaluée après. Des formations extérieures sont réalisées.

Par ailleurs, le personnel bénéficie de formations/sensibilisation à la douleur : le médecin coordonnateur a réalisé des séances d'information et de sensibilisation aux échelles d'évaluation.

B • **La prévention et la prise en charge des chutes**

Les chutes font l'objet d'une déclaration systématique et/ou d'une cible.

La déclaration des chutes est tracée sur le logiciel informatique, le taux de chute est un indicateur du bilan d'activités médicales. Depuis le 1er janvier 2014, l'établissement constate 136 chutes.

Une analyse globale des chutes n'est pas systématiquement réalisée en équipe (analyse des causes, des horaires, mise en œuvre de plans d'action généraux…) néanmoins au cas par cas le médecin coordonnateur recherche les causes de la chute et met en place un plan d'action. La mise en place des FEI sera une aide complémentaire à l'analyse des causes.

L'implication de la psychomotricienne et du kinésithérapeute est un appui à l'équipe soignante sur cette thématique.

B • **La prévention et la prise en charge des escarres**

Un système de prévention des escarres est en place : utilisation des matelas à air, changement de position tracé, autres surveillances : coussins à billes, bottes de décharge, matelas à air, huile pour effleurage, fiche de changement de position…

Une IDE a obtenu un DU « Plaies et cicatrisation » et est un appui important dans le cadre de la formalisation des protocoles de prévention et de prise en charge et la formation des équipes.

L'évaluation du risque est réalisée selon l'échelle de Braden.

Du matériel spécifique est à disposition des personnels.

Les escarres sont signalées à l'IDE et une cible est ouverte.

Il existe un protocole type datant de 2009 pour le traitement des escarres, à réactualiser. Les IDE indiquent le protocole utilisé sur la fiche de suivi, mais celui-ci peut changer selon l'équipe, le médecin, etc.…

A • **La nutrition et l'hydratation**

Une organisation est en place pour assurer une pesée mensuelle (ou plus si nécessaire), les courbes de poids permettent de le vérifier. Ces poids sont vérifiés mensuellement par le médecin coordonnateur et la diététicienne. Si besoin, des mesures correctives sont mises en place.

L'EHPAD dispose du matériel nécessaire pour réaliser les pesées des résidents.

Un travail important est mené avec la cuisine, la diététicienne et le médecin coordonnateur, en assurant l'identification des résidents dénutris ou ceux à risque de dénutrition, afin de développer l'enrichissement des plats à la source afin de limiter le recours aux compléments alimentaires et d'enrichir les mixés tout en améliorant leur présentation individuelle.
Un protocole nutrition est réalisé et mis en œuvre.
Dans cet objectif, des recherches de fournisseurs de compléments alimentaires sont effectuées afin de sélectionner les compléments alimentaires et blédines adaptés au public âgé.

Les données nutritionnelles sont tracées dans le logiciel TITAN,

Les compléments alimentaires font l'objet de prescription. Les commandes sont gérées par la diététicienne.
Un suivi individuel est possible par la diététicienne.

B • **La prise en charge de la contention**

La contention physique est réalisée sur prescription médicale, après recherche de solutions avec l'équipe en relève.

L'accord de la famille est recherché, mais pas systématiquement par écrit.

A • **La prévention de la dépendance**

La grille AGGIR/new AGGIR est mise à jour au minimum annuellement, elle est aussi réévaluée lors des PVP ou si l'état de santé de la personne le nécessite.

L'établissement veille au maintien de l'autonomie et favorise cette autonomie dans les actes de la vie quotidienne. L'implication de la psychomotricienne et du kinésithérapeute est un appui à l'équipe soignante sur cette thématique.

B • **L'analyse et la maîtrise du risque infectieux**

La salle de soin des IDE est nettoyée quotidiennement. La traçabilité permet de le vérifier.

Les affichages essentiels sont disponibles :

- L'AES (le protocole est personnalisé)
- Lavage des mains/friction SHA
- Les précautions standards

Les soignants ne portent pas de bijoux, de montre, bracelets, les ongles sont courts, propres et sans verni, pas de portable dans les poches des tenues.

Une forte sensibilisation de ces bonnes pratiques est effectuée par l'IDE hygiéniste, elle dispose d'une équipe de référents et assure des formations régulières et des audits

Les DASRI sont stockés dans un local fermé au public, mais non aéré.

Une procédure Gestion des déchets est en place et les DASRI sont collectés en cartons spécifiques sécurisés par un prestataire spécialisé avec une traçabilité.

Le DARI a été réalisé par l'établissement en 2012 et mis à jour chaque année.

Un certain nombre de protocoles Hygiène identifiés dans le DARI restent à définir.

A

- **Les Plans de continuité d'action**

L'établissement dispose de plans de prévention rassemblés dans le plan bleu notamment en cas de forte chaleur, risque grippal….

D'autres plans de prévention sont disponibles.

L'établissement a formalisé un protocole ou plan en cas d'épidémie.

A

- **La prise en charge psychologique**

Une prise en charge psychologique est proposée aux résidents.
La psychologue assure des suivis réguliers des résidents selon les besoins.

La psychologue accompagne notamment les résidents ayant des troubles de l'humeur et du comportement.

Elle accompagne aussi les résidents ponctuellement à la demande.

Elle rencontre tous les résidents dans le premier mois de leur arrivée, et effectue le MMS.

Elle peut aussi rencontrer les familles.

Elle assure essentiellement des suivis individuels, mais organise aussi deux groupes collectifs (Photolangage et éveil sensoriel) co-animés avec l'animatrice ou l'AMP.

B

- **La prise en compte de la souffrance psychique**

Les évènements de vie générateurs de souffrance psychique sont identifiés en échangeant avec la personne ou les aidants.

L'établissement informe le résident et/ou ses aidants sur les risques de souffrance psychique induits par la situation de dépendance ou de fragilité : la psychologue peut rencontrer les familles à leur demande.

Les signes révélateurs de souffrance psychique sont repérés au travers des gestes, paroles, comportement du résident et des aidants.

Les informations concernant la personne en souffrance sont recueillies et partagées par les professionnels et toutes personnes en contact régulier avec le résident, dès que la situation se présente : les temps des relèves quotidiennes (auxquels participe la psychologue deux fois par semaine) sont des lieux d'échanges.

Le médecin traitant du résident est sollicité pour la réalisation d'un diagnostic et la proposition d'une prise en charge médico-psychosociale.

Concernant le risque suicidaire, l'établissement a prévu une réflexion à ce sujet en 2015.

L'appui des équipes mobiles sur cette thématique est un appui pour les équipes.

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée

C

- **Un projet spécifique à l'accueil et à l'accompagnement de ces résidents**

A ce jour, l'établissement n'a pas formalisé de projet spécifique à l'accueil et à l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, mais il est confronté à un nombre croissant de résidents aux troubles cognitifs, dont certains à connotation psychiatrique.

Des formations ont débuté à ce sujet pour les soignants, et une réflexion est largement menée par l'équipe soignante qui devrait aboutir en 2015 à l'élaboration et la formalisation d'un projet de soins spécifique.

La prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou trouble apparenté est réévaluée entièrement dès que l'évolution de la situation l'exige et le PVP actualisé une fois par an.

B

- **Un cadre de vie chaleureux et protecteur**

Malgré une forte contrainte architecturale, l'établissement met tout en œuvre pour faciliter la liberté de déambulation, les repères temporo-spatiaux et la sécurité d'accès de jour comme de nuit.

Les résidents déambulant font l'objet d'une attention particulière de la part du personnel de jour et de nuit.

L'établissement ne comporte pas de secteur protégé. Le portail extérieur est sécurisé et les résidents peuvent sortir dans le jardin en sécurité.

Par ailleurs, les accès de l'établissement sur l'extérieur sont sécurisés.

C • **Le soutien et la formation du personnel**

Une formation spécifique à l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés a été déployée au personnel soignant en 2014 et sera poursuivie en 2015.

Un soutien particulier n'est pas organisé à l'attention du personnel qui travaille auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentées.
A ce jour, les représentants du personnel n'identifient pas ce besoin, des actions au travers des formations et des réunions d'équipes apparaissent à ce jour répondre à ce besoin.

Un groupe de soutien par un psychologue externe n'est pas mis en place.

La psychologue de l'établissement apporte un soutien important au personnel, notamment au moment des relèves.

L'accompagnement de la fin de vie

B • **Le respect de la volonté de la personne**

Une personne de confiance a été désignée au moment de l'accueil ou en cours d'accompagnement elle peut être contactée dans le cadre de la fin de vie.

Les volontés particulières en cas d'aggravation de l'état de santé sont formalisées, elles sont consignées dans le dossier de soins : contrat obsèques, rites pour funérailles…

Le formulaire de directives anticipées existe mais est à généraliser.

Le résident est invité à rédiger des directives anticipées si la demande est formulée.
Au cours du séjour du résident dans l'EHPAD, le sujet de son décès est abordé.
En cas de décès, pendant une semaine la photographie du résident décédé est présentée à l'entrée et dans l'étage.

Les membres du personnel et les résidents peuvent personnaliser la carte de condoléances par leurs annotations.

Il existe un protocole et les souhaits du résident en fin de vie sont recueillis par le cadre de santé ou tout autre membre de l'équipe.
Il existe un support pour le recueil des directives anticipées, mais en réalité les directives anticipées (et écrites de la main du résident) ne sont qu'exceptionnellement recueillies.

A

- **L'accompagnement des proches au cours de la fin de vie de leur parent**

Les proches sont informés régulièrement de l'état de santé du résident, des traitements mis en route et leurs objectifs.

Leur souhait sur la manière dont ils souhaitent accompagner leur proche est interrogé.

L'accompagnement des familles lors de la fin de vie de leur parent est effectif : il est adapté en fonction des besoins des familles.

A

- **Le soutien des professionnels**

Un soutien aux professionnels est mis en place en interne par la psychologue. Les décès sont annoncés à toute l'équipe et affichés dans l'établissement. Ils sont aussi discutés lors des réunions d'étage et lors de la rédaction des cartes de condoléance.

A

- **La mise en place des soins palliatifs**

Afin de prendre une décision éclairée face à l'évolution de l'état de santé du résident, une réunion pluridisciplinaire est organisée pour discuter collégialement de la situation.

Tous ces éléments sont tracés dans le dossier de soin.

L'établissement fait appel autant que de besoin aux équipes et personnes ressources disponibles : Equipes mobiles de soins palliatifs, gériatriques, réseau de santé de soins palliatifs, associations de bénévoles formés à l'accompagnement de fin de vie …

Les besoins et attentes du résident en fin de vie sont évalués et tracés régulièrement (douleur, psychologie).

L'établissement évalue également quotidiennement ses capacités en interne à assurer le confort du résident sans discontinuité, y compris la nuit.

L'appui de l'équipe mobile de soins palliatifs sur cette thématique est un support pour les équipes.

Appréciation des évaluateurs

La coordination des soins auprès des partenaires liés à la continuité des soins est assurée par un médecin coordonnateur et par la cadre de santé au vu du temps de présence du médecin coordonnateur.

Les intervenants libéraux qui interviennent dans l'EHPAD sont réunis, plusieurs fois par an, dans le cadre de la commission de coordination gériatrique.
Les médecins utilisent l'informatique pour réaliser les prescriptions et effectuer les bilans des prises en charge ce qui est un point fort de l'établissement.
L'implication de la psychomotricienne et du kinésithérapeute est un appui à l'équipe soignante sur diverses thématiques.
Par ailleurs, les partenariats développés avec les structures sanitaires extérieures et le personnel médical ou paramédical qui intervient dans le secteur sanitaire permettent d'assurer aux résidents la continuité des soins.
La présence d'un IDE de 6H45 jusqu'à 21H00 permettant notamment d'effectuer les relèves avec le personnel de nuit est également un point fort de l'établissement.
Il en est de même de la présence de l'IDE hygiéniste et de la diététicienne.
La prise en charge est personnalisée et les habitudes de vie respectées : les plans de soins sont à jour, et la traçabilité des soins réalisée effectuée.
L'utilisation des transmissions ciblées est à développer dans le logiciel TITAN. Le circuit du médicament est formalisé et sécurisé et évalué. La qualité de la prise en charge médicamenteuse des résidents est assurée. Un point de vigilance est à apporter sur le respect de la procédure relative aux médicaments écrasés.

Beaucoup de prises en charge spécifiques sont suivies, évaluées et tracées.

La nutrition fait l'objet d'un suivi et d'une prise en charge très approfondie par l'équipe soignante, en lien avec la diététicienne et les cuisiniers.

Une analyse globale des chutes est à effectuer afin de mettre en place des actions de prévention généralisées.

Par ailleurs, le recueil des directives anticipées est à développer.

Des plans de continuité de l'action sont élaborés dans plusieurs domaines.
Les troubles des résidents sont identifiés et des ateliers spécifiques leur sont proposés.
La prise en charge spécifique des résidents atteints de troubles cognitifs est à formaliser dans le Projet de soins et les ateliers thérapeutiques spécifiques pour ces résidents atteints de troubles cognitifs à développer.

C. CADRE DE VIE ET L'HOTELLERIE

76,76/100

1. L'aménagement et l'entretien du cadre de vie

B

- **L'aménagement des espaces collectifs**

L'équipement, l'aménagement de l'environnement (couleurs, matériaux, déco...) privilégient l'esthétique et permettent de créer un cadre de vie agréable avec l'aménagement d'une salle d'animation accessible au rez-de-chaussée donnant sur la terrasse aménagée et le parc et d'une salle de détente et/ou de réunion au premier sous-sol.

La salle de restauration du rez-de-chaussée est fonctionnelle (travaux de mise aux normes effectués en 2007), et agréable, les étages comportent un espace de vie (petits salons) également décoré, la salle de soins est spacieuse, fonctionnelle, l'architecture de l'infirmerie facilite les échanges en équipe.

L'établissement dispose de plusieurs salons (un salon à l'accueil, un salon à chaque étage, une salle d'animation, etc.) favorisant les rencontres, les temps de jeux, la prise du petit déjeuner, du goûter, des repas des personnes dépendantes et sous surveillance spécifique.

Une signalétique extérieure identifie l'établissement, elle est peu repérable et peut être améliorée au cœur du village comme en périphérie.

Une couleur différente par étage permet d'identifier les lieux, la signalétique intérieure permet de repérer l'identité des résidents sur chaque porte de chambre. Des barres d'appui sont installées de chaque côté des couloirs dans les étages, les portes donnant sur les escaliers sont à sécuriser au regard du profil de certains usagers ayant des troubles cognitifs et déambulants (présence de plots).

Les extérieurs sont propres et entretenus (façade, enseigne, jardins).

Les allées donnant accès à l'établissement sont dégagées et adaptées à la clientèle.

De nombreux espaces collectifs rafraîchis (6 lieux collectifs équipés de climatisation) permettent de lutter contre les risques sanitaires en période de forte chaleur.

Les portes de chambres sont équipées pour que le résident puisse fermer sa porte à clef s'il le souhaite.

C

- **L'aménagement des espaces individuels**

Les 18 chambres doubles (inférieures à 16m2) sont aménagées au mieux (1 lavabo et 1WC + 2 placards séparés et identifiés), mais ne permettent pas de préserver l'intimité de chaque résident (pas de possibilité de mise en place de rideaux ou claustra) ni d'exploiter le matériel adapté pour mobiliser les résidents dépendants.

De ce fait, le personnel soignant est exposé à un risque d'accident de travail lors des mobilisations et transferts de résidents et/ou aux troubles musculo-squelettiques.

Par ailleurs, douze chambres doubles sur dix-huit ne disposent pas de douche.

Une salle de bains collective par étage avec douche accessible est aménagée. Dans les ailes sud du bâtiment, une douche est également accessible aux résidents autonomes.

A

- **L'appropriation du nouveau lieu de résidence**

Le résident a la possibilité de personnaliser son logement et de le décorer. Le résident peut identifier facilement son logement (son nom est sur la porte et un visuel représentant le centre d'intérêt du résident ou sa photographie
L'agent d'entretien peut apporter son aide pour aider à cet aménagement ainsi que l'animatrice.

A

- **L'entretien et l'hygiène des locaux**

L'établissement est organisé pour offrir un cadre de vie agréable, propre et sans odeur.

Le personnel est formé à l'entretien des locaux.

En cas de BMR, la procédure d'isolement et le logo spécifique sont connus des ASHQ : en cas d'isolement, le matériel est laissé dans la chambre, les gants utilisés y sont stockés avec l'ensemble des protections et les sacs hydrosolubles sont à disposition.

Il est à noter l'installation d'une solution hydro-alcoolique dans chaque chambre,

Les chariots de ménage sont propres, rangés dans un local à chaque étage, le local contient également les produits d'entretien et les centrales de dilution.

Ce local situé à proximité des salons d'étage est également un lieu de stockage du linge sale (un déménagement vers un placard dans l'aile sud est prévu).

Les chambres des résidents sont nettoyées tous les jours, du lundi au dimanche. La traçabilité de leur entretien est intégrée au logiciel Titan conformément à la programmation informatisée établie par la cadre de santé.

Les ASHQ commencent à 6h45 et terminent 14h15, elles commencent leur journée de travail par deux toilettes de résidents, elles assurent le service du petit déjeuner (installation/débarrassage/vaisselle/changement de carafe) et aident à la prise du déjeuner en collaboration avec l'aide – soignante.

L'emploi du temps est contraint et laisse peu de temps à l'activité de ménage, cependant les espaces de vies individuels et collectifs sont propres.

Les chambres des résidents sont nettoyées à fond à la sortie du résident.

Les locaux communs sont nettoyés selon une fréquence déterminée du lundi au dimanche.

La traçabilité de l'entretien des locaux communs est portée sur un support papier se trouvant dans le local de stockage du chariot de ménage.

Une AEQ (à 0,60 ETP) est dédiée au nettoyage des locaux communs, celle-ci réalise également le ménage des chambres, des escaliers, de l'infirmerie et de la morgue.

Ponctuellement, elle assure le remplacement de l'agent d'entretien concernant des tâches spécifiques comme la réception des livraisons, la distribution des produits d'entretien et des protections, par exemple, ou le remplacement des agents affectés à la buanderie.

Les lieux de stockage des produits d'entretien et produits dangereux sont signalés, ils sont tenus fermés à clés en permanence.

Les offices sont propres et rangés.

Les frigos contiennent des produits pour les résidents, les frigos des salons des étages font l'objet d'un relevé quotidien de la température.

B

- **L'entretien du linge**

L'établissement assure un service d'entretien de l'ensemble du linge, en interne.

L'équipe lingerie est composée de 2 agents qui travaillent du lundi au vendredi de 9h à 16h30 et de 7h30 à 15h (le lundi à 6h afin d'assurer les transmissions orales avec l'équipe de nuit du week-end), L'équipe assure environ 18 machines le lundi et entre 14 et 16 machines du mardi au vendredi, les

allers/retours dans les 3 étages afin de récupérer le linge est très consommateur de temps et d'énergie (passages à 9h/11h/13h + 10h intervention des AS des étages).
Le personnel de nuit est impliqué dans la gestion du linge le week-end, celui-ci plie les serviettes et les draps des 3 étages et font tourner des machines.
L'établissement a entamé un travail sur cette thématique cf. audit RABC.

Le linge contaminé (BMR, staphylocoque ...) des résidents est isolé et mis dans des sacs hydrosolubles. Il existe un protocole d'isolement qui décrit la conduite à tenir, des contrôles de surface sont réalisés ponctuellement (2e trimestre 2014 avec l'hygiéniste).

Une procédure de nettoyage et de désinfection de la lingerie existe, mais elle n'est pas systématiquement appliquée.

Le local et le matériel utilisés pour le tri ne sont pas nettoyés et désinfectés au quotidien (le rythme prévu : 1 fois par semaine pour les sols —2fois/mois pour les surfaces).

La traçabilité du nettoyage et de la désinfection n'est pas exploitable, à ce jour.

B

- **Le circuit et l'hygiène au sein de la lingerie**

L'établissement gère le circuit du linge sale et propre selon une organisation spécifique identifiée, des travaux ont été réalisés dans la lingerie afin de séparer les 2 circuits, il persiste un croisement en fin de circuit entre le linge propre et le sale.

Le linge sale est transporté dans des containers identifiés et fermés pour le transport.

La désinfection des containers n'est ni systématisée ni tracée.

Le linge propre sortant des machines est déposé dans des contenants propres. Le tri du linge sale se fait dans la partie sale uniquement.

Un audit RABC a été réalisé en janvier 2014, sous la responsabilité de la cadre de santé et de l'IDE hygiéniste : des actions d'amélioration ciblées ont été présentées en réunion plénière (2^{e} semestre 2014) et sont en cours de déploiement comme l'augmentation des dotations de linge en étages, l'achat de matériel spécifique, l'adaptation de l'organisation du travail, la réorganisation de la gestion du linge par les équipes de nuit, le week-end.

Le nettoyage au quotidien et à fond de la lingerie et de son matériel (chariots, panières) n'est ni systématisé, ni tracé.

Appréciation des évaluateurs

Les espaces collectifs sont assez bien aménagés et sont agréables.

En revanche, l'établissement comprend un nombre élevé de chambres doubles et des chambres ne comportent pas de douche.

Ces contraintes architecturales ne permettent pas de garantir pleinement l'intimité et la dignité des résidents même si les soignants sont vigilants sur ces points.

La planification et la traçabilité du nettoyage de la lingerie et des containers à linge sont à mettre en œuvre.

Enfin en dépit des contraintes de locaux, l'établissement devrait réfléchir à la séparation du stockage du linge sale dans le local de stockage du matériel de ménage.

89,80/100

2. La restauration

B

- **Le plaisir et la convivialité au cours des repas**

Le cadre proposé tient compte des principes hôteliers avec une adaptation des prises de repas selon le niveau de dépendance et les besoins d'aide du résident.

Le choix de la salle de restauration est effectué en fonction des souhaits du résident et en fonction de son degré de dépendance.

Il existe des petites salles décorées à chaque étage, dans lesquelles les résidents dépendants prennent leurs repas.

Les tables sont dressées, nappées le dimanche et les jours fériés (cela permet aux résidents de se repérer dans le temps). Les locaux sont propres. Les horaires du restaurant sont affichés.

Un plan de table actualisé est élaboré à chaque étage, le placement en salle se fait par affinité, par typologies de pathologies et en fonction de l'utilisation de fauteuils roulants ou non.

Les résidents peuvent exprimer leurs souhaits et remarques dans les 2 cahiers de liaison disponibles en salle de relève, et en salle à manger.

Les résidents qui le nécessitent bénéficient d'une aide à la prise des repas par le personnel soignant, essentiellement dans les étages.

La surveillance de la prise des repas est effectuée par une infirmière qui est présente en salle à manger, au rez-de-chaussée, notamment lors de la distribution des médicaments.

L'IDE aide éventuellement les résidents à la prise des repas.

Cette aide peut être physique par l'installation et la surveillance du résident en position assise et/ou matérielle par la mise en œuvre d'une ergonomie adaptée (petit matériel adapté pour faciliter la prise des repas).

Les textures alimentaires sont adaptées, l'eau gazeuse ou gélifiée est proposée aux résidents qui présentent un risque de fausse route, par exemple.

L'établissement met à la disposition du résident un espace particulier qui lui permet d'accueillir ses invités pour un repas, une occasion spécifique.

Le service est plutôt réalisé à l'assiette, la présentation est en règle générale agréable.

L'agent de restauration annonce le menu en salle, le cuisinier se déplace au café du midi en salle à manger.

Le cuisinier joue sur les textures, le positionnement dans l'assiette (entrées et desserts).

Un effort de convivialité est fait chaque dimanche et les jours fériés, des repas à thème sont organisés : Alsacien, Basque, Italien, Espagnol avec des animations et déguisements. La restauration est associée au programme d'animation par l'élaboration de repas festifs et gastronomiques (après-midi crêpes, repas à thème, fête de fin de mois (anniversaires).

L'effort de convivialité concerne également les plats mixés (textures modifiées, bicolores, onctuosité, saveur).

Une formation commune a été réalisée en 2014 incluant le personnels de soins et le personnel de cuisine afin d'harmoniser les règles de services dans l'ensemble des salles à manger.
La capacité d'accueil de la salle du restaurant principal du rez-de-chaussée ne permet pas aujourd'hui d'accueillir tous les résidents lors des évènements, à Noël et lors des fêtes mensuelles.

Pour ces évènements, les équipes aménagent la salle d'animation en salle de restaurant afin d'accueillir l'ensemble des résidents et des familles.

La durée des repas respecte globalement les exigences du GEMRCN.

Le temps consacré aux repas est de 30min au petit déjeuner, 1h pour le déjeuner (de 12 à 13h), 45 min au dîner (18h15 à 19h en étage et 18h30 à 19h15 au restaurant).
L'amplitude des horaires de repas respecte les recommandations nutrition 2007, une réflexion a été menée dans l'établissement sur les horaires de repas du soir et de prise du petit déjeuner et ainsi limiter le jeûne nocturne.
L'espacement entre les prises alimentaires de 3 heures est respecté. Les résidents ont demandé à l'établissement de systématiser le respect du temps de déjeuner en salle de restaurant parfois rapide selon le compte-rendu de la commission menu du 15/09/2014.

Les capacités à manger de manière autonome sont évaluées à l'arrivée de la personne et tout au long du séjour, l'aide et le lieu de repas sont définis en fonction des besoins du résident et de ses souhaits.
Les repas sont conçus au sein de l'établissement. Un service en chambre, et dans les petits salons des étages est organisé.

Les petits déjeuners sont améliorés (brioches, croissants, jus de fruits) chaque dimanche et jour férié.

Une organisation ou des équipements permettent de servir le repas chaud.

La procédure des repas en chambre n'est pas formalisée.

Le service est organisé, des collations sont disponibles en dehors des repas de jour comme de nuit, il existe une fiche de suivi alimentaire du résident, elle est exploitée en cas de risque de dénutrition, ce point est abordé en "relève" avec le médecin coordonnateur et la diététicienne (0,10 ETP) présente 2 fois par mois.

Le goûter est proposé à 15H (boissons chaudes et froides, des pâtisseries 1 fois par semaine, des gâteaux " faits maison" une fois tous les 15 jours, des desserts lactés, des fruits, du sirop).

Il existe une commission menus animée par la diététicienne, qui se réunit tous les trimestres.

Elle est composée du cuisinier, de la cadre IDE, d'une IDE, d'un agent de service, d'une AS et de quelques résidents.

Cette commission permet de répondre aux attentes, d'adapter des recettes types (sauces), et entendre les remarques et besoins des résidents.

A • **L'équilibre alimentaire et la qualité des menus**

Les menus sont établis par la diététicienne et validés en commission menu (le roulement est assuré sur 9 semaines — des menus printemps/été et automne/hiver sont mis en place selon les attentes et le souhait des résidents.

Le personnel de cuisine travaille en collaboration avec le personnel soignant et la diététicienne pour préparer des repas adaptés aux résidents et décider, en équipe, du lieu de prise de repas (en chambre, en salle aux étages, en salle de restauration du RDC selon le niveau de dépendance et de l'état de santé du résident).
Les pathologies sont prises en compte par les cuisiniers, des régimes adaptés sont proposés (affichage des régimes et des mixés en cuisine) : différents types de textures sont préparées selon les besoins des résidents : normaux, mixés, adéquation (viandes hachées et légumes entiers) et de régimes normaux, sans sel, sans résidus ...

Un travail important est mené avec la cuisine et médecin coordonnateur, en assurant l'identification des résidents dénutris ou ceux à risque de dénutrition, afin de développer l'enrichissement des plats à la source afin de limiter le recours aux compléments alimentaires et d'enrichir les mixés tout en améliorant leur présentation individuelle. Les indications sont données par le médecin coordonnateur, la cadre de santé, l'infirmière.
Dans cet objectif, des recherches de fournisseurs de compléments alimentaires sont effectuées afin de sélectionner les compléments alimentaires et blédines adaptés au public âgé.

Les 2 cuisiniers sont formés à l'élaboration des repas spéciaux et sont réactifs (réalisation immédiate de plats spécifiques sur la matinée de la commande).

Les cuisiniers ont un classeur de procédures à suivre en cas de gastro-entérite, par exemple

La qualité et quantité des plats ont pu être appréciées.

Les résidents interrogés sont satisfaits de la restauration. A ce jour, la satisfaction des résidents n'est pas mesurée par un questionnaire de satisfaction.

A

- **Le respect des goûts et habitudes du résident**

Les goûts et habitudes alimentaires des résidents sont connus et anticipés et des plats de remplacement sont disponibles. Le résident a la possibilité de prendre un repas de substitution (purée, jambon, poulet, légumes verts et féculents) s'il n'aime pas le plat proposé.

L'équipe de cuisine est composée de deux cuisiniers et de 4 aide-cuisinières qui exercent en salle et aident en cuisine (préparation de l'eau gélifiée, des mixés de fruits, par exemple).

A

- **Le respect des règles d'hygiène en cuisine**

L'équipe est sensibilisée au respect des règles d'hygiène et aux normes HACCP tous les ans (formation Réactiv'). Des formations sur site sont mises en place.

L'hygiéniste intervient également lors de formation comme celle réalisée sur le "lavage des mains" le 24/11/2014.

La cuisine, les ustensiles et les sols sont propres. Les denrées sont bien rangées, rien n'est stocké à même le sol.

Le plan de nettoyage est formalisé par zone et tracé. Le plan de nettoyage définit la fréquence de celui-ci, il est affiché mensuellement dans la réserve,

Les plats témoins sont prélevés lors de chaque repas et conservés pendant 7 jours, les inscriptions sont lisibles.

La température des frigos est relevée en cuisine et jusqu'au service en étage, elle est systématiquement tracée et transmise en cuisine, il existe 4 chambres froides avec une réelle capacité frigorifique.

Un contrôle d'hygiène portant sur les méthodes de préparation des repas, l'état des chambres froides, la propreté … est réalisé au minimum une fois par semaine, par les cuisiniers (le nettoyage est surtout réalisé le week-end, car les cuisiniers ont davantage de temps, il n'y a pas de livraisons).

La traçabilité hebdomadaire inclut les relevés des températures y compris dans les étages, les étiquettes des produits, les mixés froids, les passages en cellule de refroidissement, les contrôles à réception des marchandises.

L'archivage est tenu sur une année, il existe une traçabilité mensuelle de tous les contrôles de nettoyage (en cellule de refroidissement et au niveau de l'ensemble des rangements sur zones), le

dernier audit date du mois de juin 2014, les formations Réactiv sont en place, le classeur PMS est à disposition des laboratoires vétérinaires en cas de contrôle.

En cas de résultats non conformes, des actions correctives formalisées sont systématiquement mises en place.

Une analyse micro biologique de produits et de surface est réalisée par 2 contrôles vétérinaires : 1 prévu 1 fois/mois afin de réaliser des contrôles de surface y compris sur les chariots de distribution.

Des contrôles bactériologiques sont également faits sur les plats témoins congelés.

Des actions correctives sont mises en place si le résultat est insatisfaisant.

Un classeur PMS, en cuisine, intègre des protocoles d'hygiène et la traçabilité des produits (étiquettes), les relevés de température, l'entretien.

Appréciation des évaluateurs

L'équilibre des menus et les régimes sont respectés par les cuisiniers.

Un travail important est effectué par l'établissement sur l'enrichissement des plats afin de limiter les compléments alimentaires, ce qui est un point fort de l'établissement.

La diététicienne effectue si nécessaire un bilan nutritionnel avec le résident à l'entrée, ce qui est un point fort.

Les règles HACCP sont appliquées.

Les goûts et les aversions des résidents sont pris en compte à l'entrée, puis au moment des commissions des menus.

Les résidents sont satisfaits de cette prestation.

D. GARANTIE DES DROITS ET GESTION DES RISQUES

83,81/100

1. La garantie des droits

A

- **Les outils de la loi du 2 janvier 2002**

La mise en place des outils de la loi du 2 janvier 2002-2 a été effective à partir de 2009(contrat de séjour ; règlement de fonctionnement ; livret d'accueil).

Depuis, ces documents ont été actualisés à plusieurs reprises.

En 2012, le contrat de séjour a été modifié pour intégrer les projets de vie.

En 2014, les documents ont été actualisés suite à un groupe de travail avec les usagers qui ont identifié des redondances entre les contrats de séjour, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil.

Le livret d'accueil a été allégé. Il est désormais présenté sous la forme d'une plaquette
Des annexes ont été rajoutées au contrat de séjour :

- Désignation de la personne de confiance
- Le droit à l'image
- La feuille de libre choix sur les praticiens : kiné, pédicure, médecin, ambulances ou VSL.
- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de dépendance ou de handicap

Un temps d'accueil est prévu pour constituer le dossier administratif et présenter les documents soit le jour même, ou dans la semaine. L'établissement incite toujours l'usager à venir participer à ce temps.
Dans la pratique sur 20 entrées réalisées en 2014, cinq résidents ont pu participer à cette explication.

Les souhaits des personnes en cas de décès sont recueillis, un support sur les directives anticipées a été élaboré en octobre 2014, il n'a pas encore été diffusé.

Une sensibilisation sur la loi Léonetti a été faite récemment au personnel par le médecin coordonnateur.

La Charte des droits et libertés est remise et affichée.

Le livret d'accueil était à l'entrée avec le règlement de fonctionnement.
Dans l'attente de l'actualisation, ils ne sont plus à disposition, mais le seront prochainement.

A • **Le droit d'accès aux informations par l'usager**

La demande d'accès du résident à son dossier médical est formalisée dans le règlement de fonctionnement.
La procédure relative à l'accès du résident aux informations le concernant est élaborée et diffusée aux résidents, sur demande.

Il y a une information au public sur l'informatisation du dossier, sur l'accès, la possibilité d'accéder aux données personnelles et de modifier les données (loi Informatique et Libertés).

B • **La recherche du consentement**

L'établissement recherche le consentement du résident à l'entrée dans l'établissement.

Cette question est une valeur forte de l'établissement, elle est évoquée systématiquement en commission de préadmission lors de l'étude du dossier d'admission.

Le consentement de la personne est parfois noté dans le dossier d'admission Cerfa dans les items suivants :

« La personne concernée est-elle informée de la demande ? »
« La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? »
« Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli ».

Lorsque ces informations ne sont pas remplies et que des éléments suscitent un questionnement ou un doute sur le consentement à l'entrée dans l'établissement, un recueil d'informations est effectué par l'établissement auprès de l'entourage, le cas échéant du cadre hospitalier et éventuellement du résident.

Les démarches entreprises par l'établissement ne sont pas toujours notées dans la fiche de préadmission utilisée par la commission de préadmission.

En outre, dans la grande majorité des cas, le résident n'est pas interrogé sur cette question. De ce fait, un croisement des différentes informations est réalisé par l'établissement afin de déterminer le degré de consentement de la personne âgée. En cas de doute persistant, la cadre de santé peut se déplacer pour rencontrer la personne.

Des entrées ont pu être refusées dans le cas où les informations recueillies concordent sur l'absence de consentement de la personne.

L'établissement propose à la famille que le résident visite l'établissement, mais les familles et les établissements de santé ne donnent pas systématiquement suite à cette proposition.

B

- **Le respect de la liberté et de la dignité**

Les résidents doivent informer le service de soins de toute sortie extérieure, il y a une traçabilité des sorties dans le dossier de soins informatisé, qui se substitue au registre des sorties temporaires existant précédemment.

L'établissement est libre d'accès aux familles et proches sans restriction d'horaire.

L'établissement mène une démarche continue de réflexion sur la thématique du respect de la liberté et de la dignité, au travers des formations engagées, du processus d'élaboration des projets de vie personnalisés, et de la formation Bientraitance issue de la mallette Mobiqual et du livret Bientraitance.
A ce titre l'établissement respecte la pratique du culte selon les désirs exprimés par le résident dans le respect de la vie en collectivité.
Le personnel est sensibilisé au caractère privé de la chambre : frapper avant d'entrer, attendre une réponse, se présenter, allumer la présence… Le personnel respecte la règle du vouvoiement et en fonction des désirs exprimés et confirmés dans le PVP, peut accepter le tutoiement. Le respect des habitudes en termes d'habillement est assuré par le personnel, sensibilisé à cet aspect et son intérêt en termes de repères.

A

- **La prise en compte de l'équilibre nécessaire entre obligations de sécurité et respect de la liberté des résidents**

L'établissement fait le choix de respecter la liberté de déambulation, d'aller et venir des résidents, peu importe leur pathologie.
Ces situations sont évoquées en équipe pluridisciplinaire et donnent lieu à une réflexion bénéfice/risques.

Les accès extérieurs sont sécurisés par des digicodes qui datent de 2007.

L'établissement accueille quelques résidents qui souffrent de troubles de déambulation la nuit (environ 5).

Ces résidents font l'objet d'une surveillance et d'attentions particulières par le personnel de jour et de nuit (collations, activités…). Une procédure concernant la fugue est élaborée.

L'établissement est dans une logique d'accompagnement, et ne souhaite pas avoir de rupture dans l'accompagnement.

A

- **La réflexion sur l'éthique**

Lorsqu'une problématique éthique se pose, des échanges ont lieu entre la directrice, la psychologue, la cadre de santé et le médecin coordonnateur.

Par ailleurs, un point est fait systématiquement entre la psychologue et la directrice sur des situations sensibles tous les quinze jours.

Si nécessaire, un entretien est organisé avec la famille et le résident ou le représentant légal. Le médecin traitant, la psychologue et le référent du résident sont conviés à cette réunion. La problématique est examinée en établissant un rapport-bénéfice/prise de risque dans la cadre de l'accompagnement. Ces entretiens font l'objet d'un compte-rendu adressé aux familles.

Une traçabilité est réalisée dans le dossier de soins et dans le dossier administratif. Une synthèse est effectuée dans une cible dans TITAN (rencontre famille) à l'attention des soignants.

Le Comité éthique du CH de Roanne a déjà été consulté par rapport à une problématique rencontrée en 2014 (fin septembre début octobre).
L'établissement est également appuyé par les équipes mobiles (soins palliatifs, géronto-psychiatrique…) : pertinence d'un traitement et la manière de communiquer auprès d'un résident et de la famille, par exemple.

A

- **La protection juridique du résident**

L'établissement veille à la situation des résidents concernant leur mesure de protection : 18 résidents sont actuellement sous protection.

Les sources d'interpellation peuvent être diverses : observations de l'équipe de soins, de la cadre, le comportement ou des informations communiqués par le résident, des problématiques de trésorerie, etc.

A priori l'établissement incite la famille à entamer les démarches de protection juridique du majeur vulnérable.

Dans le même temps, afin de faire accélérer les démarches, l'établissement sollicite le service de la protection des majeurs vulnérables (service du Conseil Général).

A

- **Le respect des droits de citoyenneté**

Des notes d'information sont affichées sur les élections.

La cadre de santé demande aux résidents s'ils souhaitent aller voter.

Les familles accompagnent les résidents pour voter, l'établissement organise des déplacements auprès du bureau de vote de Régny pour les résidents qui le souhaitent.

Des actions d'information sur les événements en lien avec la citoyenneté sont relayées dans le cadre de l'animation.

Appréciation des évaluateurs

L'établissement est respectueux de la liberté, la sécurité, la citoyenneté et de manière générale de la dignité des résidents.
Les agents sont bienveillants avec les résidents.

Les documents de la loi 2002-2 sont actualisés.

Concernant le consentement du résident à l'admission, l'établissement croise l'ensemble des sources pour le rechercher quand il ne peut être recueilli directement auprès de la personne. Les différentes actions étant tracées dans le dossier d'admission.

Dans la mesure du possible, le consentement du futur résident devra être recueilli auprès de lui directement.

L'établissement s'engage efficacement dans une réflexion éthique lorsqu'une problématique éthique se pose.

Il est vigilant à la mise en œuvre d'une protection juridique lorsque cela est nécessaire.

69,70/100

2. La participation et l'expression individuelle et collective

C

- **Le Conseil de la Vie Sociale**

Un CVS est mis en place.

Dans sa conception, le CVS est ouvert à l'ensemble des usagers.
Lors du dernier CVS, en avril 2014, la directrice a demandé quels étaient les résidents qui souhaitaient participer au CVS et si ceux qui étaient déjà membres souhaitaient conserver leur

poste. Au préalable, une note d'information a été diffusée. Dans ce cadre-là, les membres du CVS ont été renouvelés, il comprend :

- Deux représentants des résidents titulaires et deux suppléants
- Deux représentants des familles titulaires et un suppléant
- Un représentant du personnel : une AS

L'animatrice y participe et des membres du personnel sont invités, en fonction des thématiques abordées (exemple en 2013 le cuisinier).

Le nombre de représentants des usagers est supérieur ou égal au nombre total de participants.

Depuis quelques années, le CVS est réuni une fois par an.

Les membres du CVS sont invités en priorité, mais avant les réunions une note d'information générale convie l'ensemble des résidents (environ dix résidents participent aux réunions du CVS)

Il n'y a pas de règlement de fonctionnement du CVS.

L'ordre du jour du CVS est élaboré par la directrice en lien avec la représentante des résidents qui siège également au conseil d'administration.

L'animatrice avant les élections avait fait des groupes durant lesquels elle avait parlé des élections du CVS.

Le compte-rendu est effectué par la directrice, il est affiché (celui du mois d'avril n'est pas encore diffusé)

Les représentants des familles reçoivent l'ordre du jour. L'établissement n'envoie pas de convocation.

Chaque séance ne débute pas par la validation du CR de la réunion précédente.

Au cours du CVS sont évoquées toutes les questions relatives au bon fonctionnement de l'établissement (projets de travaux et d'équipements, nature et prix des services rendus par l'établissement, affectation des locaux collectifs ...).

Il y a peu de questions posées par les membres du CVS.

B • **Les autres formes de participation**

Une commission menu se réunit tous les trimestres et est animée par la diététicienne.

Participent à cette réunion : un cuisinier, la cadre de santé, des résidents et une aide cuisine, une IDE ou une AS.

Ces réunions portent sur :

- l'évocation des menus
- les problèmes rencontrés lors des repas (cahier de liaison par étage et en salle à manger),
- les évolutions suite à la dernière commission (sur des achats, sur du matériel, sur des recettes qui ne sont pas au point, changement de fournisseur)
- des informations diverses (animations, repas à thème….)

Une commission animation avec les résidents n'est pas encore mise en place.

Des groupes de parole pour les résidents sont organisés par la psychologue et l'animatrice une fois par semaine. Le groupe de résidents bénéficie de séances toutes les semaines pendant environ six mois, le jour de la clôture du groupe, les résidents, la psychologue et l'animatrice vont manger au restaurant.

Lors de l'évaluation interne, il a été remonté qu'il y avait des problématiques d'affichage des informations. Un groupe de travail a été mené avec les résidents à ce sujet afin de solliciter leur avis, et les affichages ont été améliorés.

C • **L'évaluation de la satisfaction des résidents et des familles**

Une enquête de satisfaction a été réalisée en 2008.

Il n'y a pas eu d'autres enquêtes auprès des usagers depuis cette date.

Quelques résidents ont été interrogés dans le cadre de l'évaluation interne.

Un modèle d'enquête a élaboré dans le cadre du GCS, qui est en test auprès de deux établissements et programmée au printemps 2015 avec une réunion prévue en juin pour la présentation des résultats.

Le médecin coordonnateur a pour objectif de faire des réunions d'information aux familles : c'est dans le plan d'action issu de l'évaluation interne en septembre 2016.

Appréciation des évaluateurs

L'EHPAD favorise la participation et les moyens d'expression des résidents.

Néanmoins, la participation et les moyens d'expression des résidents et des familles peuvent être améliorés par :

-la mise en place d'un CVS plus conforme au Code de l'action sociale et des familles (élections des représentants, élaboration d'un règlement intérieur, nombre de réunions...)

-La mise en œuvre plus régulière d'enquêtes de satisfaction

-La mise en place d'une commission animation ouverte aux usagers afin de formaliser le recueil collectif des souhaits des résidents.

86,83/100

3. La prévention et la gestion des risques

B

- **La maintenance et la sécurité des bâtiments**

Les petits travaux à réaliser sont consignés dans un cahier d'entretien qui précise la date de la demande d'intervention, l'objet, la date d'intervention, et les commentaires nécessaires. Il existe un cahier par étage : le personnel note son nom, la date et la panne constatée. L'agent de maintenance note la date des travaux et la réparation effectuée. Des consignes orales sont également signalées à l'agent de maintenance.

L'établissement vérifie l'état général de la chambre à chaque départ d'un résident (mobilier, sanitaire, peinture, vérification des prises, des lampes…) afin d'évaluer les éventuelles réfections nécessaires permettant au résident de vivre dans un lieu en bon état.

Il n'y a pas de chambres refaites chaque année notamment en raison du nombre de chambres doubles. Il n'y a pas de programme de réfection des chambres, les chambres datent de 2007.

Les douches communes sont refaites régulièrement et en cours de réfection actuellement pour la douche du 2ème étage sud.

Les locaux techniques sont signalés et fermés au public. (Local TGBT, Chaufferie, Machinerie ascenseur …).

Des contrats de maintenance sont signés pour la maintenance du gros matériel (ascenseurs, sécurité incendie, chaufferie…).

Les contrôles réglementaires sont suivis et réalisés. Il y a un tableau de suivi des contrats de maintenance pour chaque prestataire intervenant dans l'établissement (contrôle technique, gaz, ascenseurs..).

Un système d'astreinte des directeurs (quatre directeurs) est mis en place sur 9 structures du secteur géographique proche de Roanne : les gardes sont planifiées sur une semaine du vendredi au vendredi suivant. Le principe est le suivant : le directeur du site est appelé en premier intention et si le directeur du site ne peut être joint le directeur de garde est appelé.

Sur la journée, en cas de congé du directeur, un cadre a la délégation de signature (pour gérer les urgences uniquement). Le directeur informe ses collègues s'il n'est pas joignable.

A

- **Les risques climatiques**

La résidence a élaboré un Plan Bleu avec une annexe canicule.

Chaque année, avant la mise en œuvre du Plan, une réunion commune avec l'EHPAD de Saint Symphorien de Lay est effectuée, afin de faire le point sur le plan et le matériel à acquérir et les lieux de stockage du matériel existant (ventilateurs, thermomètre extérieur).

Plusieurs pièces sont climatisées dans l'établissement (une salle climatisée par étage, la salle d'animation au rez-de-chaussée, la salle de relève et la pharmacie).

A

- **Les risques de défaillance d'énergie**

Un groupe électrogène est mis en place depuis la création du bâtiment. Il assure le relais avec le réseau EDF en cas de défaillance sans délestage (chauffage ou machine buanderie).

Des tests de mise en route à vide et en charge, de contrôle de batterie et de tension sont effectués par le personnel du service technique.

Une société extérieure (BES) fait un entretien électrique et mécanique semestriel.

Il est à noter que l'établissement a un contrat spécifique avec EDF. Il doit être autonome sur le plan électrique pendant 21 jours pour pouvoir bénéficier de tarifs préférentiels au niveau électrique par EDF.

A

- **La sécurité incendie**

La visite de la commission de sécurité a eu lieu au mois d'octobre 2014. Cette commission a donné lieu à un avis favorable avec pour prescription la tenue à jour du registre de sécurité.

Les agents sont formés une fois par an à la sécurité incendie par la société CFTP. 4 séances de formation sont organisées par an pour que l'ensemble du personnel soit formé.

Les agents bénéficient aussi d'une formation organisée par l'agent technique : formation sur les consignes de sécurité, les sorties de secours, et le SSI.

A

- **La gestion de la qualité de l'eau**

Des contrôles sont effectués par le laboratoire CERES deux fois par an (potabilité, contrôle bactériologique et légionnelle : les derniers datent d'août 2014)

Un carnet sanitaire est mis en place. Les différents relevés sont tracés. Des relevés de température sont effectués une fois par semaine au niveau de la production, retour et départ de boucles et quelques points dans les chambres, les plus éloignés et au hasard. La purge des ballons et des points peu utilisés est effectuée une fois par semaine. Les ballons sont vidés et nettoyés une fois par an par l'entreprise Thermi dépannage selon le contrat de maintenance.

B

- **La prévention et le traitement de la maltraitance**

Un livret bientraitance a été élaboré en 2010 suite à des groupes de travail organisés avec les agents. Ce livret est remis à tout nouvel agent.

Les professionnels sont formés et informés des risques de maltraitance. L'outil MOBIQUAL et le livret sur la bientraitance ont servi de support à des sessions de formation organisées par la psychologue auprès de l'ensemble du personnel de 2010 à 2013.

La stratégie de l'établissement dans le domaine de la formation est de privilégier les formations en intra pour impliquer tous les agents, et il est demandé à l'organisme de formation que la thématique de la formation soit systématiquement abordée sous l'angle de la bientraitance et devant se poursuivre par une application concrète.

Exemples :

- Formation sur l'accompagnement des personnes en fin de vie, en 2009
- La formation sur la prise en charge de personnes présentant des troubles psychiatriques, en 2010
- La formation sur le suivi du projet personnalisé

- L'informatisation : en 2012 et 2013.

L'établissement n'a pas créé de comité de suivi la bientraitance.

Si le cas se présentait, un signalement serait effectué à l'ARS via le formulaire type.

Appréciation des évaluateurs

L'établissement a mis en place les dispositifs nécessaires pour garantir la sécurité des résidents accueillis, des agents et des bâtiments.

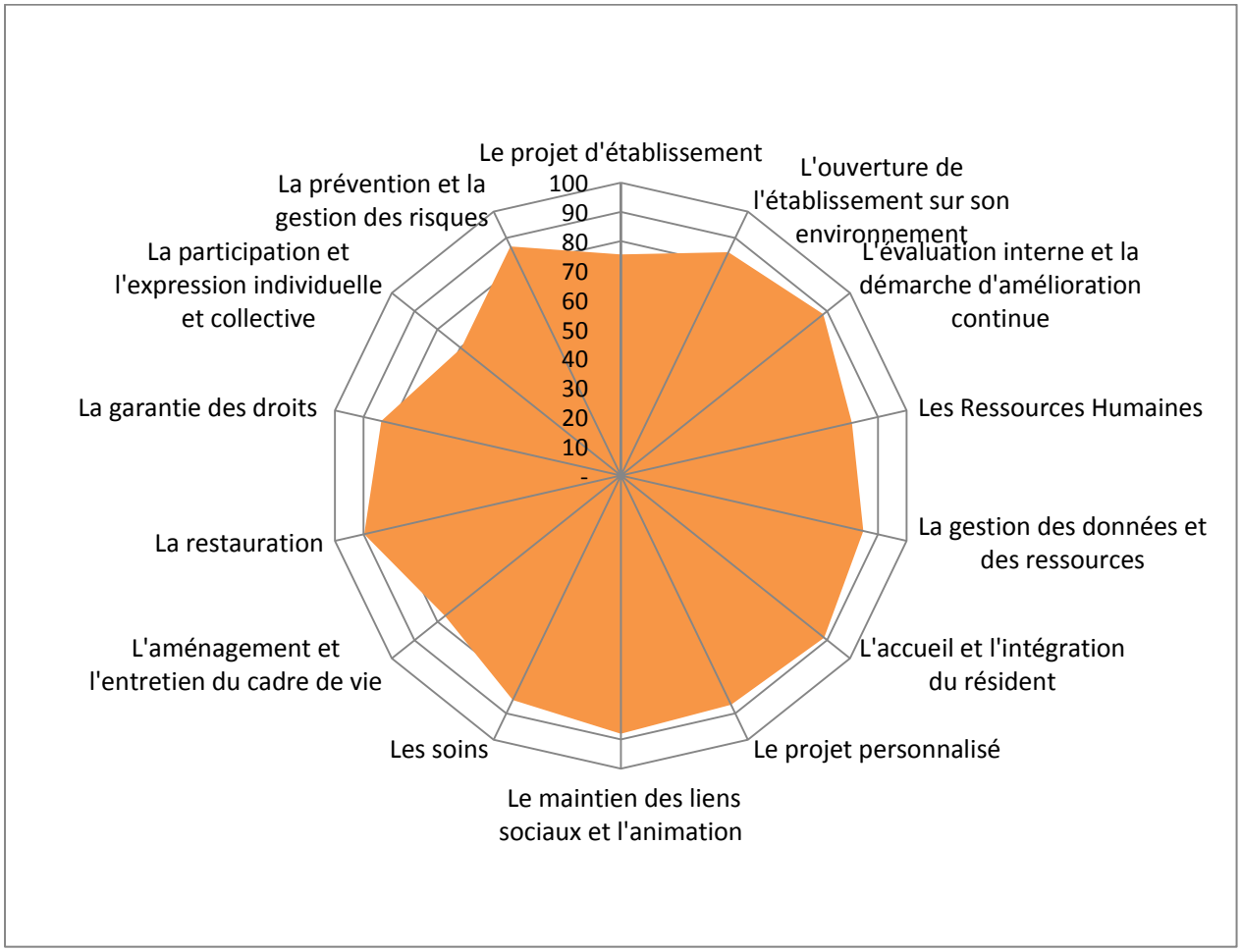
La maintenance des bâtiments est bien assurée. L'IDE hygiéniste est en support notamment pour le suivi de la qualité de l'eau.

La promotion de la bientraitance fait l'objet de formations à l'attention de l'ensemble du personnel. La remise du livret bientraitance permet de diffuser les valeurs et les bonnes pratiques de l'établissement afin d'en assurer leur application par l'ensemble des agents.

Par ailleurs, la promotion de la bientraitance est le fil conducteur de l'ensemble des formations dispensées au personnel quelle que soit la thématique ce qui est un point fort de l'établissement.

Afin de pérenniser les bonnes pratiques déployées grâce à ces formations et au livret bientraitance l'établissement pourrait mettre en place éventuellement d'un comité de suivi de la bientraitance.

2.2. REPRESENTATIONS GRAPHIQUES DES RESULTATS PAR THEMATIQUES



Étiquettes de lignes	Moyenne de Scores
Le projet d'établissement	75,50
L'ouverture de l'établissement sur son environnement	84,64
L'évaluation interne et la démarche d'amélioration continue	88,38
Les Ressources Humaines	80,90
La gestion des données et des ressources	84,89
L'accueil et l'intégration du résident	88,75
Le projet personnalisé	86,78
Le maintien des liens sociaux et l'animation	88,10
Les soins	84,99
L'aménagement et l'entretien du cadre de vie	76,76
La restauration	89,80
La garantie des droits	83,81
La participation et l'expression individuelle et collective	69,70
La prévention et la gestion des risques	86,83
MOYENNE	**83,56**

3. LA SYNTHESE

INTRODUCTION

1. La démarche d'évaluation interne

Le référentiel et la méthodologie utilisés dans le cadre de l'évaluation interne ont permis à l'établissement d'évaluer précisément l'ensemble de ses prestations et son organisation.

La démarche a été menée de façon participative avec les agents, les résidents et les partenaires de l'établissement.

Un Plan d'amélioration de la qualité a été élaboré. Les modalités et le calendrier de suivi du Plan et de la démarche d'amélioration continue de la qualité sont à élaborer de façon formalisée.

Afin d'associer pleinement tous les membres du COPIL à la démarche d'amélioration continue de la qualité, le rôle du COPIL est à définir de façon plus précise.

L'établissement est dans un processus continu d'élaboration de procédures et protocoles. Il est constaté que les agents ont parfois des difficultés à se les approprier, l'établissement souhaite engager une démarche de communication afin de permettre une meilleure appropriation de ces documents par les agents.

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

Les RBPP sont connues et utilisées par l'équipe d'encadrement. Elles sont prises en compte dans l'élaboration et l'actualisation des procédures et documents, cependant, un travail d'appropriation des RBPP par les agents est à poursuivre par l'établissement.

A/ LES CONDITIONS D'ELABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE (PEPS) ET L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE OU DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

3. Le PE : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions

Le PE de l'EHPAD Le Bel Automne, a été élaboré avec la participation des usagers, des agents professionnels et des instances participatives. Il comprend des orientations et des Plans d'action qui ont fait l'objet d'un suivi ; les actions du PE ont été réalisées dans la grande majorité.

Le PE élaboré pour la période 2009-2013 est à actualiser.

La trame choisie devra prendre en compte la RBPP spécifique : « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » (mai 2010).

Afin que le PE devienne un document de partage de valeurs et de pratiques, l'établissement devra décrire de façon explicite les modalités d'organisation de l'établissement pour l'ensemble des missions.

L'établissement devra ensuite s'assurer de sa diffusion aux résidents, aux familles et aux partenaires.

4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention

Le système informatique est sécurisé.

Les moyens par la CT3 permettent partiellement à l'établissement d'assurer la prise en charge de la population accueillie dont le niveau de dépendance est en fort accroissement.

Le suivi du budget est réalisé et il existe de nombreux indicateurs dans ce domaine, ce qui est un point fort de l'établissement.

L'établissement doit toutefois dégager de fortes ressources en investissement pour effectuer des travaux de rénovation ou de reconstruction qui semblent nécessaires pour améliorer l'hébergement des personnes accueillies ainsi que les conditions de travail des agents.

5. L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences).

L'intégration des nouveaux embauchés est réalisée grâce à la remise de nombreux supports et du travail en doublure organisé lorsque le recrutement est anticipé.

Les fiches de poste sont en cours d'actualisation et un groupe de travail a été constitué sur l'accueil du nouvel agent.

Le plan de formations prévoit un axe de formation prioritaire annuel orienté sur les objectifs de l'établissement et prend en compte dans la mesure du possible les souhaits individuels des agents.

6. Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences.

Des temps d'échanges quotidiens sont organisés et permettent aux équipes d'évoquer leurs difficultés.

Les formations sont réalisées pour l'ensemble des agents ce qui permet d'actualiser et harmoniser les pratiques pour tout l'établissement.

Les entretiens annuels sont réalisés et les perspectives d'évolution étudiées. Le nouvel outil relatif aux entretiens annuels est un véritable support de valorisation des compétences acquises et des compétences qui restent à acquérir pour les agents, ce qui constitue un point fort de l'établissement. En effet, cet outil permet de définir les formations à engager prioritairement par l'établissement afin d'assurer une prise en charge de qualité et homogène.

7. Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines.

Les agents sont soutenus par les cadres de l'établissement et par la mise en place de différents outils (relèves d'étage…).

Néanmoins, à titre de prévention des risques psycho-sociaux générés par les contraintes architecturales et le niveau de dépendance des résidents accueillis, des groupes de parole par le psychologue de l'établissement ou par un prestataire extérieur sont à mettre en place. La question de groupes de paroles reste ouverte si les représentants du personnel en expriment le besoin en complément d'actions (formations, réflexion,) devant continuer à de développer.

Par ailleurs, afin de tenir compte du niveau de qualification des agents, l'établissement pourrait travailler sur une différenciation des tâches entre les AS et ASHQ (résidents à prendre en charge en fonction du niveau de dépendance).

Le document unique d'évaluation des risques professionnels est à finaliser et à diffuser.

8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant de caractériser le profil de la population accompagnée et d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers.

Le rapport d'évaluation interne, le rapport d'activité et les indicateurs suivis sont des données qualitatives et quantitatives qui permettent de caractériser la population accompagnée et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement.

L'ensemble des intervenants dans l'accompagnement des résidents tracent leurs prises en charge dans le logiciel informatique.

Le suivi de la participation aux animations est réalisé et tracé informatiquement, ce qui facilite le partage des informations avec les professionnels.

Les données disponibles ne sont pas encore croisées de façon systématique pour en dégager des indicateurs de mesure des effets de l'accompagnement sur les résidents.

9. La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS.

Les objectifs développés dans les projets d'accompagnement personnalisés sont cohérents avec les objectifs opérationnels déclinés dans le projet d'établissement.

Les objectifs fixés dans les PVP ont trait à la vie sociale du résident, au respect de ses habitudes et rythmes de vie, de ses souhaits et aspirations, et des soins nécessaires. La fixation d'objectifs et d'actions à réaliser sur la prise en charge globale du résident permet de formaliser la personnalisation de la prise en charge sur tous ses aspects et de s'assurer de la mise en œuvre des actions sur la globalité de la prise en charge.

Afin de tenir compte de leurs pathologies, des objectifs spécifiques devraient être définis pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et pour les personnes ayant des troubles à connotation psychiatrique.

B /L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE

10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne.

L'établissement a identifié ses partenaires. De très nombreux partenariats sont développés dans le cadre des soins et du maintien des liens sociaux.

L'établissement est inscrit dans un réseau coordonné, favorable à la prise en charge globale des résidents.

Les conventions signées dans le domaine sanitaire et l'appartenance à la filière gérontologique et au GCS, contribuent efficacement à la continuité de la prise en charge en soins pour les résidents accueillis et sont un point fort de l'établissement.

Afin de pérenniser les partenariats, la signature de conventions est à poursuivre notamment dans le cadre du maintien des liens sociaux.

Par ailleurs, à l'exception du partenariat développé avec les bénévoles, les conventions ne font pas encore l'objet d'une évaluation annuelle formalisée systématique permettant d'en faire un bilan et dégager d'éventuels axes d'amélioration.

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'établissement.

Les élus locaux satisfaits de leur collaboration et des informations communiquées par la direction.

L'établissement est ouvert sur l'extérieur et notamment aux personnes âgées de la commune ce qui est un point fort.

La communication et l'information sur le fonctionnement de l'établissement sont à développer.

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne.

La coordination des soins auprès des libéraux et partenaires liés à la continuité des soins est assurée par un médecin coordonnateur qui a un temps de présence relativement faible au regard du nombre de lits.

Les intervenants libéraux qui interviennent dans l'EHPAD sont réunis, au minimum, une fois par an, dans le cadre de la commission gériatrique.

13. Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outils de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS.

Des échanges intergénérationnels et des sorties sont proposés aux résidents.

Des bénévoles assistent l'animation dans l'organisation des activités et des accompagnements à l'extérieur.

Afin de répondre aux souhaits des résidents, les sorties à l'extérieur sont à développer. En l'absence de l'animatrice, une information sur les accompagnements effectués dans les étages reste à formaliser.

C/PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS

14. Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire.

Les modalités d'élaboration des PVP élaborées en 2011 et actualisées en 2014 comprennent de nombreux points forts :
- Recueil des besoins et attentes à l'entrée
- Plusieurs référents nommés
- Participation du personnel de nuit à l'élaboration des PVP
- Actualisation du recueil avec le résident
- Elaboration des PVP en réunion pluridisciplinaire
- Détermination d'objectifs et d'actions précis
- Possibilité de tracer les actions réalisées dans le logiciel TITAN
- Lecture et signature du PVP par le résident

Il est enrichi régulièrement par le personnel au vu de leurs observations.

Des référents soignants de jour et de nuit sont nommés et les PVP sont élaborés en réunion pluridisciplinaire. Lors de cette synthèse, le plan de soin et le GIR sont aussi réévalués.

Les objectifs fixés dans les PVP respectent les habitudes et rythmes de vie du résident, de ses souhaits et aspirations, et des soins nécessaires. La fixation d'objectifs et d'actions à réaliser sur la prise en charge globale du résident permet de formaliser la personnalisation de la prise en charge sur tous ses aspects et s'assurer de la mise en œuvre des actions sur la globalité de la prise en charge.

15. Les modes de participation des usagers (ou le cas échéant de leur représentant légal) à l'élaboration de leur projet personnalisé et à son actualisation.

L'actualisation du recueil des données est réalisée avec le résident ou sa famille.

La fixation des objectifs en co-construction avec le résident n'est pas suffisamment formalisée.

16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées.

La majorité des résidents ont un PVP dont certains projets ont été réévalués.

La traçabilité des actions dans le logiciel TITAN est à systématiser afin de :

- S'assurer de la mise en œuvre du PVP
- Permettre l'évaluation objective du PVP.

17. Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant.

La demande d'accès du résident à son dossier médical est formalisée dans le règlement de fonctionnement.

18. La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers.

L'EHPAD organise des manifestations ouvertes au public ce qui est favorable à la bonne perception de l'établissement vers l'extérieur.

Le maire, Président du CA, est satisfait de sa collaboration avec l'établissement.

L'ouverture de l'EHPAD à des personnes âgées de la commune participe à une bonne perception de l'EHPAD.

19. Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement

Le CVS est mis en place. Son fonctionnement est à améliorer (élections à programmer, nombre de réunions par an, communication aux usagers du nom des représentants…) afin qu'il devienne un lieu d'expression effectif pour les usagers.

Une commission menus est organisée avec les résidents. Une commission animation avec la participation des résidents est à mettre en place.

Une enquête de satisfaction reste à mettre en œuvre de façon plus régulière.

D/ LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

20. Les modes d'organisation de l'établissement pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité.

Des modalités sont mises en œuvre par l'établissement pour recueillir les besoins et attentes et faciliter l'intégration des résidents.

Le personnel est bienveillant et respecte la dignité des résidents.

L'établissement s'engage efficacement dans une réflexion éthique lorsqu'une problématique éthique se pose.

Il est vigilant à la mise en œuvre d'une protection juridique lorsque cela est nécessaire.

21. Les modalités de traitement et d'analyse des évènements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise…) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance.

Une procédure et un outil de déclaration des évènements indésirables ont été élaborés et diffusés. Le personnel a été formé à l'utilisation de l'outil. Cet outil récent est à déployer auprès familles et aux résidents afin de recueillir l'ensemble des évènements indésirables de façon formalisée. L'établissement souhaite privilégier le recueil des plaintes et réclamations sous la forme d'un courrier adressé à la Direction.

Les évènements indésirables feront l'objet d'un traitement et d'une analyse des causes permettant de mettre en place des actions préventives générales, par le biais de la cellule d'analyse des évènements indésirables.

22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'usager ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnel

L'établissement a mis en place les dispositifs nécessaires pour garantir la sécurité des résidents accueillis, des agents et des bâtiments.

La maintenance des bâtiments est bien assurée.

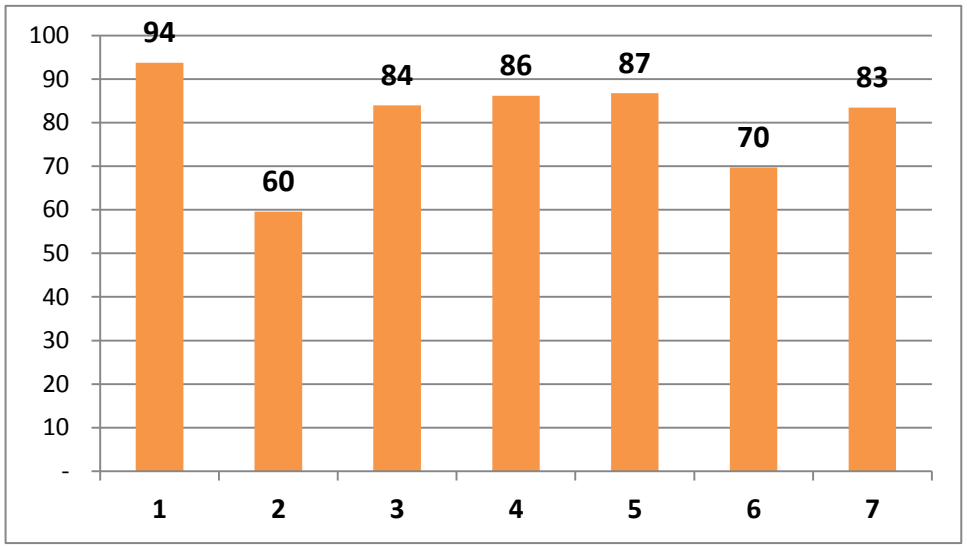
L'IDE hygiéniste est un véritable support dans la gestion des risques en lien avec l'hygiène et sur la formalisation des pratiques et leur évaluation.

La promotion de la bientraitance fait l'objet de formations à l'attention de l'ensemble du personnel.

Afin de pérenniser les bonnes pratiques déployées grâce à ces formations et au livret bientraitance l'établissement pourra mettre en place éventuellement un comité de suivi de la bientraitance.

4. LES ANNEXES

4.1 L'ABREGE



1	La démarche d'évaluation interne
2	La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm
3	Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers
4	L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique
5	Personnalisation de l'accompagnement
6	L'expression et la participation individuelle et collective des usagers
7	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Moyenne : 80,47

1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	• Elaboration d'un référentiel conforme aux attentes de la Loi du 2 janvier 2002 et qui prend en compte les deux RBPP spécifiques, et qui permet d'évaluer les prestations et l'organisation de l'établissement. • Recours à un consultant extérieur pour la mise en œuvre de la démarche.		**Les RBPP applicables :** — L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012) — La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (juillet 2009) — Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles (avril 2008) → Présenter et diffuser le plan d'action aux familles et aux usagers. → Formaliser le suivi du plan d'action et de la démarche globale d'amélioration continue de la qualité. → Définir plus précisément le rôle des membres du COPIL dans la démarche de suivi de réalisation du Plan et dans le suivi global de la démarche d'amélioration continue de la qualité. → Evaluer, au minimum annuellement, l'atteinte des objectifs du plan d'action à l'aide d'indicateurs simples et pertinents. → Poursuivre l'appropriation des procédures par les agents afin d'assurer leur mise en œuvre.
Implication des acteurs	• Participation des agents à la démarche. • Association des usagers et des partenaires à la démarche. • La démarche a été présentée au CVS. • Le plan d'action a été présenté aux CVS.	• Le plan d'action n'a pas été présenté à l'ensemble des familles et des usagers.	
Elaboration du plan d'amélioration continue de la qualité	• Elaboration d'un Plan d'action d'amélioration global		
Suivi des résultats		• Les modalités de suivi du PAQ sont à formaliser	
Démarche qualité/amélioration continue	• Un établissement qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue : mise en place des FEI, mise en place de la gestion documentaire, élaboration de protocoles,	• Rôle des membres du COPIL à définir de façon précise • Historiquement, l'établissement s'est engagé dans la démarche qualité et a formalisé ses pratiques	

	des contrôles de sécurité et de maintenance des bâtiments, traçabilité des soins et de l'animation. • COPIL est élargi.	et il est constaté une connaissance inégale des protocoles et procédures par les agents rencontrés. • L'analyse des FEI est à mettre en œuvre.	

2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm relatives à l'établissement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
L'appropriation des RBPP (Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles)	• Bonne appropriation des RBPP par le directeur et l'équipe de direction.	• Les RBPP sont encore peu connues des agents. • Les RBPP ne sont pas mises à disposition des agents.	→ Saisir toutes les occasions pour sensibiliser le personnel aux RBPP : — Lors des temps de réunion — En lien avec la diffusion d'un nouveau document — En groupe de travail
Actualisation des connaissances	• Prise en compte des RBPP lors de l'élaboration ou l'actualisation des procédures et documents		

3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers.

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement	• Un PE élaboré pour la période 2009-2013 en participation avec les agents et les usagers. • Des axes d'amélioration fixés avec un suivi de la réalisation des actions. • Diffusion du PE aux membres du CVS, aux agents et aux usagers.	• Modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement très peu détaillées. • Un PE à actualiser	**Les RBPP applicables :** – Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010) – Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (avril 2008) – Qualité de vie en EHPAD (volets 1, 2, 3, 4) → Actualiser le PE en prenant en compte la RBPP spécifique → Décrire plus précisément les modalités de fonctionnement de l'établissement pour l'ensemble de ses missions. → Diffuser le PE aux résidents, familles et partenaires ou a minima la synthèse du PE. → Décrire dans le PE un projet spécifique pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées et un projet spécifique pour l'accueil de résidents avec troubles cognitifs à connotation psychiatriques et développer les ateliers thérapeutiques à l'attention de cette population. → Tendre vers une différenciation des tâches des ASHQ et AS en fonction du niveau de dépendance des résidents. → Engager rapidement les travaux de reconstruction de l'EHPAD afin d'améliorer l'hébergement des usagers et les conditions de travail des agents.
Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée	• La CT3 a permis la création de postes soignants • Présence des IDE de 6H45 à 21H00	• AS et ASHQ ont la même fiche de tâches • Hébergement peu adapté pour les résidents accueillis.	
Mesure des effets de l'accompagnement	• Des indicateurs médicaux suivis dans le cadre du rapport médical et des indicateurs ANAP sont également suivis	• Des indicateurs médicaux ne font pas encore l'objet d'un suivi • Les effets de l'accompagnement sur l'usager ne sont pas systématiquement mesurés à l'aide d'indicateurs	
Accompagnement des usagers (accueil, soins, cadre de vie…)	• Un recueil de données formalisé • Prise en charge personnalisée • Des prises en charge en soins suivies et tracées • Deux AMP qui font de l'animation dans les étages.	• Absence de formalisation dans le PE d'un projet spécifique, pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et les personnes atteintes de troubles à connotation psychiatrique.	

	• Bilan nutritionnel réalisé par la diététicienne • La psychologue fait des ateliers sensoriels • intervention psychomotricienne • Très bonne formation sur la maladie d'Alzheimer • Prise en charge personnalisée		→ Optimiser l'analyse les données disponibles par le suivi des indicateurs de mesure des effets de l'accompagnement sur les usagers.

4. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'usager	• Des partenariats actifs qui contribuent à la continuité de la prise en charge • Des conventions signées avec des établissements sanitaires • L'appartenance au GCS et à la filière gérontologique. • Des partenariats développés dans le cadre de la vie sociale	• Le conventionnement des partenariats à développer • Les partenariats ne sont pas systématiquement évalués formellement.	**Les RBPP applicables :** – Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008) → Développer la formalisation et l'évaluation des partenariats de l'établissement selon la RBPP « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » afin de favoriser la dynamique d'amélioration et la pérennisation de ces partenariats. → Développer la communication avec les familles. → Les associer plus fréquemment à la vie de l'établissement (festivités, formation à leur attention…)
Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires	• Un journal sur l'établissement diffusé plusieurs fois par an. • Des échanges intergénérationnels développés. • Un établissement ouvert sur l'extérieur notamment aux personnes âgées de la commune. • Président du CA, satisfait des informations communiquées par la direction. • Bonne collaboration avec la mairie	• Pas de réunion d'information organisée annuellement pour les familles • Peu de festivités auxquelles sont conviées les familles.	

5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte des besoins et attentes des usagers	• Mise en place de recueils de données à l'entrée • Des recueils actualisés avec le résident et ses proches lors de l'élaboration du Projet • Mise en place de plusieurs référents soignants	• Familles et résidents rencontrés ne connaissent pas tous le PVP	**Les RBPP applicables** – Qualité de vie en EHPAD (volet 4) — L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012) – Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009) – Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008) → Développer la communication auprès des familles et des résidents sur l'élaboration des PVP → Associer de façon formalisée le résident et/ou sa famille à la fixation des objectifs et des actions à mettre en œuvre. → Accentuer le lien entre les objectifs personnalisés des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et l'identification de leurs pathologies et de ses manifestations → S'assurer d'intégrer le résident et sa famille dans la phase d'évaluation du projet personnalisé et son actualisation. → Systématiser la traçabilité des actions mises en œuvre.
Elaboration et formalisation du projet personnalisé	• Procédure d'élaboration des PVP formalisée • Des Projets personnalisés élaborés en réunion pluridisciplinaire • Des objectifs clairs détaillés en actions. • Le Projet présenté et remis au résident. • Des actions mises en œuvre. • Existence d'une réflexion d'équipe sur l'accompagnement des résidents atteints de troubles cognitifs par le développement d'actions en petits groupes.	• La fixation des objectifs avec le résident et/ou sa famille non formalisée. • Concernant les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles à connotation psychiatrique, les objectifs d'accompagnement dans les PVP, ne sont pas assez accentués au regard des pathologies • La formalisation d'objectifs individualisés à développer dans les PVP pour les résidents.	
Evaluation et actualisation du Projet personnalisé	• La prise en charge des résidents est modifiée à chaque changement de l'état de santé ou du niveau de dépendance. • PVP évalués.	• La traçabilité des actions réalisée non systématique.	

6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers	• Dans les faits les droits des usagers sont respectés. • Outils de la loi 2002-2 actualisés et remis aux usagers • Procédure accueil formalisée. • Recherche du consentement par la commission d'admission. • Procédure relative à l'accès aux informations le concernant, formalisée • Réflexion éthique engagée lorsqu'une problématique éthique se pose.	• Explication de l'ensemble des documents légaux issus de la loi 2002-2 (règlement de fonctionnement, contrat de séjour, livret d'accueil…) au référent familial sans la présence systématique du résident • Visite de l'établissement par le résident non systématique • Peu de visites de préadmission organisées. • Recherche du consentement non effectuée systématiquement auprès du résident et non formalisée	**Les RBPP applicables** - Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (juillet 2012) - Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad (janvier 2012) → Formaliser la recherche du consentement à l'admission → Tendre vers l'organisation de visites de préadmission et a minima une visite de l'établissement avant l'admission afin de faciliter l'intégration des personnes accueillies. → Mettre en place un temps d'explication de ces documents en présence du résident. → Dans la mesure du possible, faire signer les documents légaux au résident en l'absence de représentant légal. → Mettre en place un fonctionnement de CVS
Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	• Conseil de la vie sociale mis en place • Mise en place de la commission des menus • Mise en place de groupes de parole avec les résidents.	• Absence d'organisations d'élections pour le renouvellement des membres du CVS • Règlement de fonctionnement du CVS à élaborer. • Une seule réunion de CVS organisée par an. • Absence de commission d'animation avec les résidents.	

		• Absence d'affichage des derniers comptes rendus du CVS à l'attention des familles et résidents. • Peu de communication avec les familles	plus conforme au code de l'action sociale et des familles → Réaliser des enquêtes de satisfaction → Présenter les résultats aux familles et aux résidents. → Mettre en place la commission animation.

7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Organisation de l'établissement pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité	• La dignité des résidents respectée par les agents ; • satisfaction des résidents	• Nombre élevé de chambres doubles	**Les RBPP applicables** - Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (octobre 2010) - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008) - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)
Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement	• Protocoles liés à la sécurité des biens et des personnes formalisés, connus et appliqués (incendie, fugue…)		
Dispositions mises en place	• Les sorties de l'établissement sécurisées. • Le circuit du médicament sécurisé. • Bon climat social • Mise en place de l'astreinte des directeurs • Mise en place et utilisation des fiches d'évènement indésirable • DARI réalisé plan action en cours • Groupe électrogène mis en place. • Formation sur les bonnes	• Document unique des risques professionnels à diffuser. • Groupe d'analyse de la pratique non mis en place • Planification et traçabilité de l'entretien de la lingerie à mettre en place. • Des protocoles relatifs à la maîtrise du risque infectieux sont à poursuivre.	→ Diffuser le document unique des risques professionnels → Planifier et tracer l'entretien de la lingerie. → Poursuivre l'élaboration des protocoles relatifs à la maîtrise du risque infectieux. → Elaborer une procédure relative à la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance. → Mettre en place un comité de suivi de la bientraitance afin de pérenniser les bonnes pratiques transmises au cours des formations sur la bientraitance.

	pratiques en hygiène par l'IDE hygiéniste • Respect des règles HACCP en cuisine • Politique de nutrition • Formation commune sur règles du service du repas et enrichissement • Circuit du linge propre et du linge sale organisé plan d'action en cours • Formation sur la prévention de la maltraitance • Elaboration du livret Bientraitance		

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'EHPAD LE BEL AUTOMNE est un établissement très agréable.

Le personnel est bienveillant et très impliqué dans l'exercice de ses missions.

L'établissement a développé de nombreux partenariats, et favorise largement l'ouverture sur l'extérieur.

La communication avec les familles est à développer, ainsi que la participation collective des usagers et des familles (CVS, enquête de satisfaction…).

L'EHPAD s'est engagé efficacement dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Le travail sur les axes d'amélioration issus de l'évaluation interne a déjà débuté, de nombreuses procédures ont été élaborées et des groupes de travail mis en place.

L'appropriation des procédures reste à développer auprès des agents afin de s'assurer de leur mise en œuvre.

La procédure d'accueil est formalisée et mise en œuvre, les visites de préadmission et a minima les visites d'établissement par les personnes âgées avant leur entrée sont à développer.

La prise en charge est personnalisée, les soins sont planifiés et tracés.

Les modalités d'élaboration des projets de vie personnalisés prennent en compte la RBPP spécifique. L'élaboration des PVP selon cette méthodologie est à poursuivre, en veillant à formaliser les souhaits des résidents et à systématiser la traçabilité des actions mises en œuvre afin de pouvoir évaluer efficacement les PVP.

De nombreuses mesures sont prises pour assurer la sécurité des biens et des personnes et maîtriser les risques infectieux. L'établissement bénéficie d'un véritable support avec une IDE hygiéniste.

9. Méthodologie de l'évaluation externe

Items	
Implication des équipes	Nombre d'agents rencontrés : 47
Modalités d'association des usagers et partenaires	Nombre de résidents rencontrés : 3 Nombre de familles rencontrées : 4 Nombre de partenaires rencontrés : 2
Outils de recueil, de synthèse et d'analyse des données pour l'évaluation externe réalisée	Un reclassement des 27 objectifs du décret 2007-975 a été opéré pour formaliser les constats en 4 grands processus : Le management et le pilotage, L'accompagnement du résident, Le cadre de vie et l'hôtellerie, La garantie des droits et la gestion des risques. Une cotation des thématiques évaluatives à 4 niveaux : A, B, C et D, a permis de réaliser des graphiques proposés dans le rapport. Suivant le cahier des charges du décret 2007-975 (chap. V, section 3 § 3.3. Des développements informatifs), nous avons opté pour une grille d'analyse stratégique sur LE MODELE DE MARCHESNAY, (et qui repose sur 4 piliers : but, activité, organisation, environnement) pour présenter une synthèse de tout ce qui a été examiné dans le cadre de cette évaluation externe.
Durée de la mission	Date envoi projet évaluatif : 6 novembre 2014 Date visite sur site : 2 et 3 décembre 2014 Date envoi pré-rapport : 22 décembre 2014 Nombre de jours sur site : 4 jours homme

10. Commentaires de l'EHPAD LE BEL AUTOMNE

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
La visite s'est globalement bien passée avec une bonne perception du personnel qui a trouvé les évaluateurs compréhensifs et bienveillants. Absence de contact avec la diététicienne et pour certaines thématiques avec des personnes absentes dont les coordonnées avaient été transmises. Retard important lors des rencontres avec les résidents, les familles (dont certaines venant de loin) et les bénévoles.	Réunion de clôture valorisant la démarche engagée par les agents Manque d'éléments valorisant l'intervention de professionnels libéraux extérieurs (pharmacien, kinés, psychomotricienne) finalement intégrés suite aux propositions de l'établissement Manque de valorisation de certains points forts de l'établissement (ex : démarche des PVP en place depuis plusieurs années, projet d'animation, prise en charge des troubles cognitifs et psychiatriques…) Manque de lisibilité des constats sur certaines thématiques dû à l'absence de liens dans la rédaction du rapport.

Date de validation du pré-rapport d'évaluation externe : 02 février 2015

Signature du directeur de l'EHPAD LE BEL AUTOMNE : ME GILLET LUDIVINE

4.2 LE PLANNING D'INTERVENTION

EHPAD Le Bel Automne

J1 : 02/12/2014									
Chef de mission : Christelle MORTEMOUSQUE							***Evaluateur 1 : Elisabeth Taunay***		
Heures	**Durée**	**Thèmes abordés**	**Personnes à rencontrer**	**Nom et Prénom à compléter**	**Heures**	**Durée**	**Thèmes abordés**	**Personnes à rencontrer**	**Nom, prénom**
14h00-14h30	**30 min**	**Réunion d'ouverture**	COPIL **Lieu : salle détente**	Ludivine GILLET, Bernadette CAPITAN, Maryse RENOUX, Marielle LAFOND, Karine TISSERAND, Vincent PEREIRA, Martine MEUNIER, Pascal GIRAUD, Salima KHADRAOUI, Nadine CHATELIER, Alexandra HUREZ					
14h30-15h30	**1H**	**Visite de l'EHPAD** • L'aménagement des espaces collectifs • L'aménagement des espaces individuels	Directrice	Ludivine GILLET					
15h30-16h30	**1H**	**Projet d'établissement (PE)** • La connaissance du territoire • Les caractéristiques de la population accueillie et l'évaluation de leurs besoins • L'élaboration du PE • L'identification des paradoxes dans le PE • La politique de prévention des risques et l'identification des risques dans le PE • La participation des acteurs • La mise œuvre et le suivi des objectifs du PE • La communication et la diffusion du PE	Encadrement Lieu : salle détente	Ludivine GILLET, Bernadette CAPITAN, Maryse RENOUX, Karine TISSERAND, Alexandra HUREZ	15h30-16h15	**45 min**	**Le maintien des liens sociaux et l'animation** • Le projet d'animation • Les liens intergénérationnels • L'accès aux services environnants • La participation de l'extérieur aux activités de l'établissement • La création et le maintien des liens sociaux • L'implication du bénévolat	Animatrice, AMP lieu : salle animation	Marielle LAFOND, Stéphanie KRAIS

16h30-17h30	**1H**	**L'ouverture de l'établissement sur son environnement** • Le réseau et les partenariats dans le domaine du soin et de la vie sociale • La communication à l'externe et la perception de l'établissement • Les leviers de l'ouverture	Directrice/Médecin coordonnateur/Qualiticienne Lieu : salle détente	L. GILLET, B. CAPITAN, A. HUREZ	**16h15-17h**	**45 min**	**Accueil et admission du résident** **Lieu : secrétariat** • La prise en compte des demandes : pré-admission • La préparation de l'accueil de la personne • L'accueil de la personne • La contractualisation de l'admission • L'intégration de la personne accueillie	Personnes chargées de l'admission administrative (commission d'admission, accueil administratif)	B. CAPITAN, M. RENOUX, Réjane JURKIEWICZ
					17h00-17h30	**30 min**	**Entretien avec des membres du CVS Lieu : salle animation**	2 membres du CVS	Mmes DARMET/ GUINET/ FOND Mr PACHOUX / Mme MOREAU / Mme PASCUAL

17h30-18H30	1H	**Ressources Humaines** • Le recrutement de personnel compétent • L'intégration des nouveaux collaborateurs • Les missions et responsabilités de chacun • Le plan de formation • La gestion des emplois et compétences • Le soutien des professionnels • Les risques professionnels • Le partage des informations et la coordination des professionnels	Directrice, Responsable des ressources humaines, Cadre de santé Lieu : Secrétariat	L. GILLET, K. TISSERAND, M. RENOUX	17H30-18H00	30 min	**Entretien avec des partenaires 15 min chacun** **Lieu : salle animation**	2 partenaires à confirmer (présidente des bénévoles, coiffeuse, associations Regny c'est vous / Jalmalv)	Mme MULSANT (les Voisineurs) Mme MICHARD ou Mme MONNIER (Bénévoles)
18H30-19H	30 min	Rencontre avec le Président du Conseil d'administration	Président du CA Lieu : Bureau Directrice	Mr DAUVERGNE	18h30	30 min	Observation du repas du soir		
19h		Débriefing du premier jour avec l'Encadrement							
19h30		repas sur place							
20h30	**30 min**	Rencontre avec l'équipe de nuit et relève jour/nuit							

J2 : 03/12/2014														
Chef de mission : Christelle MORTEMOUSQUE					*Evaluateur 1 : Elisabeth Taunay*					*Evaluateur 2 : Catherine ALVAN*				
Heures	**Durée**	**Thèmes abordés**	**Personnes à rencontrer**	**Nom, prénom**	**Heures**	**Durée**	**Thèmes abordés**	**Personnes à rencontrer**	**Nom, prénom**	**Heures**	**Durée**	**Thèmes abordés**	**Personnes à rencontrer**	**Nom, prénom**
9h00-10h00	1H	**La garantie des droits et la prévention de la maltraitance** Les outils loi 2-2002 La recherche du consentement La protection juridique Le respect des droits et la réflexcion sur l'éthique • La prévention de la maltraitance • Le traitement des faits de maltraitance • Le signalement des évènements indésirables	Directrice/Qualitic ienne Lieu : bureau Directrice	L. GILLET/A. HUREZ	9h-11h00	2h	**L'aménagement et l'entretien du cadre de vie / La Blanchisserie** • L'entretien et l'hygiène des locaux • L'entretien du linge • Le circuit et l'hygiène au sein de la lingerie Lieu : salle de pause (tel Delphine Douspis : 80 38)	ASH ménage / Service technique / Lingères / IDEH	Patricia GEY, Ghislaine REYNERI (sur les étages) / Virginie GERARD, Bruno CARTIER, Delphine DOUSPIS, Sandrine CONTRINO, Michelle MATHIEU	9h-10h30	1h30	**Le projet de soins** • L'organisation des soins • La prévention des risques liés à la santé du résident • La prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement La prise en charge de la maladie d'Alzheimer • L'accompagnement de la fin de vie Lieu : bureau médecin co	Médecin coordonnateur, cadre IDE, psychologue	B. CAPITAN, M. RENOUX
10h-11h00	1H	**Gestion des données et des ressources** • La gestion des données des usagers (Le dossier unique de l'usager) • La sauvegarde et l'archivage des données • Le droit d'accès aux informations par l'usager • L'adéquation entre les moyens financiers et les projets • Le suivi et la répartition des moyens financiers mobilisés	Direction/respons able service financier/Qualitici enne Lieu : Secrétariat	L. GILLET/K. TISSERAND/A. HUREZ						10h30-11h30	1h	Implication au projet de soins des partenaires de la prise en charge Lieu : bureau cadre de santé	psychomotricienne (11h00), kinésithérapeutes	A. BOURDIN, R. WILLEMS
1h00-12h0	1H	**La prévention et la gestion des risques** • La maintenance des bâtiments Les risques sanitaires et climatiques • Les risques de défaillance d'énergie • La sécurité incendie • La gestion des déchets • La gestion de la qualité de l'eau Lieu : salle détente	Agent de maintenance/Cadr e de santé/Qualiticienn e	B CARTIER/A. HUREZ/M. RENOUX	11h00-11h30	30 min	**Entretien individuel avec 2 familles** **Lieu : salle animation**	familles	**Familles JOURLIN/FARJOT/M AUPETIT**					
					11h30-12h00	30 min	**Les instances représentatives du personnel** **Lieu : salle animation** • Le soutien des professionnels • Les risques professionnels • Le dialogue social	1 représentant syndical, et 3 membres CTE	Martine MEUNIER, Ghislaine GUEPPE, Vincent PERREIRA, Khamsa SAIDI	11h30-12h00	30 min	**le suivi psychologique des résidents** **lieu : bureau médecin co** **tel : 80 46**	Psychologue	C. ANSELMINI
12h-12h30	30 min	Rencontre avec pharmacien	Pharmacien Lieu : bureau cadre de santé	Mr NOCK	12h00-12h30	30 min	observation du repas de midi	salle de restaurant		12h00-12h30	30 min	**Le rôle de l'infirmière hygièniste** **Lieu : bureau médecin co**	IDE Hygièniste	D. DOUSPIS
12h30	1h	**Déjeuner avec l'équipe**												

13h30-14h30	1H	**La participation et l'expression individuelle et collective** • Le Conseil de la Vie Sociale • Les autres formes de	ienne Lieu : bureau Directrice	L. GILLET, A. HUREZ	13H30	30 min	Relève Lieu : salle de soins			13h30	30 min	Relève		
14H30-15H30	1H	**Evaluation interne et démarche d'amélioration continue** • Le cadre de l'évaluation interne	COPIL Lieu : salle détente	Ludivine GILLET, Bernadette	14h00-15h00	1h	**La restauration** • Le plaisir et la convivialité au cours des repas	Responsable de la cuisine, aides-cuisine, IDE référente nutrition	Didier GUERIN / Pascal VIT, Christine POIZAT, Patricia	14h00-15h00	1 h	**La réalisation des soins** **Lieu : salle à manger d'étage**	AS, ASH	Justine GAREL / Rachel NIEPCE / Pascal GIRAUD
15h30-17h00	1h30	**Projet personnalisé** • Le recueil des attentes et des besoins de la personne • La co-construction du projet personnalisé • La rédaction du projet personnalisé • La mise en œuvre du projet personnalisé • La co-évaluation du projet personnalisé	Comité de suivi PVP (Cadre de santé, médecin coordonnateur, psychologue, animatrice, AMP) Lieu : salle détente	Maryse RENOUX, Bernadette CAPITAN, Charlotte ANSELMINI, Marielle LAFOND, Aline EICHINGER	15h00-16h00	1H	**entretien avec des résidents** **Lieu : salle animation**	groupe de résidents	A confirmer	15h00-16h00	1H	**Les soins infirmiers** • Le circuit du médicament et la distribution du médicament	IDE	Vincent PEREIRA / Leïla LAMRI
					16h00-16H30	30 min	**Vérification des affichages réglementaires**			16h-16h30	30 min	**Rencontre avec le médecin coordonnateur** sur la prise en charge médicale Lieu : bureau médecin coordonnateur	Médecin coordonnateur	B. CAPITAN
										16h30 - 17h	30 min	**Recontre avec les médecins traitants sur la PEC médicale** **Lieu : bureau médecin coordonnateur**	médecins traitants	A. KRITSEPIS
17h00		Point entre évaluateurs	Evaluateurs											
17H30		Debriefing	équipe direction Lieu : salle détente	L. GILLET, B. CAPITAN, M. RENOUX, A. HUREZ										
17H30	1h	**Réunion de clôture**	**Plénière (lieu : salle animation)**											

4.3 GRILLE EVALUATIVE

I/ Le management et le pilotage

1.1 Le projet d'établissement

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
1	La connaissance du territoire	**Chap 4 - Critère 1 LE PROJET D'ETABLISSEMENT AU REGARD DES BESOINS IDENTIFIES** Thème 1 : EVALUATION DES BESOINS DU TERRITOIRE Thème 2 : EVALUATION DES BESOINS PAR TYPOLOGIE DE PERSONNES ACCUEILLIES Thème 3 : ELABORATION DU PROJET ETABLISSEMENT Thème 4 : PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS / USAGERS Thème 7 : SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE PROJET ETABLISSEMENT **Chap 2 - Critère 4 : PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE INHERENT A LA VULNERABILITE** Thème 1 : GESTION DES PARADOXES (SECURITE / AUTONOMIE ET INDIVIDUEL / COLLECTIF)	Art L. 312-4 et 5 du CASF - Schéma d'organisation sociale et médico-sociale Art L312-6 du CASF - Convention pluriannuelle Art. L. 311-8 du CASF - principe du projet d'établissement Décret n°2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux RBPP - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service RBPP - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volets 1, 2, 3 et 4
2	Les caractéristiques de la population accueillie et l'évaluation de leurs besoins		
3	L'élaboration du projet d'établissement		
4	L'identification et la gestion des paradoxes dans le PE		
5	La politique de prévention des risques et l'identification des risques dans le PE		
6	La participation des acteurs		RBPP - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service RBPP - Evaluation interne : repères pour EHPAD RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volet 3
7	La mise oeuvre et le suivi des objectifs du PE		RBPP - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service RBPP - Evaluation interne : repères pour EHPAD
8	La communication et la diffusion du PE		RBPP - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service

1.2 L'ouverture de l'établissement sur son environnement

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
9	Le réseau et les partenariats	**Chap 4 - Critère 2** Thème 1 : PARTENARIAT / RESEAUX Thème 2 : OUVERTURE A UNE DEMARCHE	RBPP - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement RBPP - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service
10	La communication à l'externe et la perception de l'établissement		

11	Les leviers de l'ouverture	D'EVALUATION ET DE RECHERCHE Thème 4 : OUVERTURE AU MONDE ECONOMIQUE	RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volets 1 et 4

1.3 L'évaluation interne et la démarche d'amélioration continue

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
12	Le cadre de l'évaluation interne	**Chap 5 Critère 4 DEMARCHE QUALITE** Thème 1 : STRUCTURATION DE LA DEMARCHE QUALITE Thème 3 : GESTION DES PROCEDURES / PROTOCOLES Thème 4 : EVALUATION Thème 6 : GESTION DES DYSFONCTIONNEMENTS RECLAMATIONS / EVENEMENTS INDESIRABLES Thème 7 : PLAN D'AMELIORATION	Décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux Instruction n°DGCS/SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux RBPP - Mise en oeuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés RBPP - La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés RBPP - Evaluation interne : repères pour EHPAD
13	Les modalités de réalisation de l'évaluation interne		
14	Le rapport et les constats de l'évaluation interne		
15	Le suivi et le plan d'action de l'évaluation interne		
16	La communication autour de la démarche d'évaluation interne		
17	L'organisation de la démarche d'amélioration continue		RBPP - Evaluation interne : repères pour EHPAD Guide d'accompagnement - Améliorer la Qualité en E.H.P.A.D. - Juin 2000
18	La gestion des réclamations et des événements indésirables		
19	La gestion des procédures et documents		
20	Les RBPPP de l'ANESM et autres organismes		Décret n°2007-975 du 15 mai 2007
21	Le plan d'amélioration global		Guide d'accompagnement - Améliorer la Qualité en E.H.P.A.D. - Juin 2000 RBPP - Evaluation interne : repères pour EHPAD

1.4 Les Ressources Humaines

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence

22	Le recrutement de personnel compétent	**Chap 4 - Critère 1 : LE PROJET D'ETABLISSEMENT AU REGARD DES BESOINS IDENTIFIES** Thème 6 : STRATEGIE D'ADAPTATION A L'EMPLOI DES PERSONNELS **Chap 5 - Critère 1 : LES RESSOURCES HUMAINES MOBILISEES** Thème 1 : RECRUTEMENT DE PERSONNEL COMPETENT Thème 2 : INTEGRATION DES NOUVEAUX COLLABORATEURS Thème 3 : RESPONSABILITE ET AUTORITE Thème 4 : FORMATION CONTINUE ET SPECIFIQUE Thème 5 : EVOLUTION PROFESSIONNELLE Thème 7 : SOUTIEN DES PROFESSIONNELS Thème 8 : RISQUE PROFESSIONNEL **Chap 6 - Critère 2 : ORGANISATION DU TRAVAIL** Thème 2 : ORGANISATION DES PLANNING PROFESSIONNELS	Code du travail RBPP - La Bientraitance : "définition et repères pour la mise en oeuvre" RBPP - Mise en oeuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volets 2 et 4
23	L'intégration des nouveaux collaborateurs		
24	Les missions et responsabilités de chacun		
25	Le plan de formation		
26	La gestion des emplois et compétences		
27	Le soutien des professionnels		
28	Les risques professionnels		Article L. L4121-1 /5 du code du travail Décret 2001-1016 / Circulaire du 18 avril 2002
29	Le dialogue social		Code du travailRBPP - Mise en oeuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées
30	Le partage des informations et la coordination des professionnels		RBPP - La Bientraitance : "définition et repères pour la mise en oeuvre" RBPP - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement RBPP - Mise en oeuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées

1.5 La gestion des données et des ressources

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
31	La gestion des données des usagers (Le dossier unique de l'usager)	**Chap 6 - Critère 2 : ORGANISATION DU TRAVAIL** Thème 3 : CONFIDENTIALITE DES INFORMATIONS Thème 4 : DOCUMENTATION Thème 5 : SAUVERGARDE DES DONNEES Thème 6 : ARCHIVAGE DES	Loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés Convention pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel Art L 312-9 du CASF - Système d'information RBPP - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volet 4
32	La sauvegarde et l'archivage des données		
33	Le droit d'accès aux informations par l'usager		

34	L'adéquation entre les moyens financiers et les projets	DONNEES **Chap 6 - Critère 3 : LES RESSOURCES FINANCIERES** Thème 1 : COHERENCE DE MOYENS ENGAGES Thème 2 : REPARTITION DES MOYENS Thème 3 : OUTILS DE GESTION	CASF Art R.314-18 ; Art L. 313-11 Convention Tripartite
35	Le suivi et la répartition des moyens financiers mobilisés (outils de gestion)		

2/ L'accompagnement du résident

2.1 L'accueil et l'intégration du résident

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
36	La prise en compte des demandes : pré-admission	**Chap 2 - Critère 1 : PROJET D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT** Thème 1 : PRISE EN COMPTE DES DEMANDES : PRE-ADMISSION Thème 2 : PREPARATION DE L'ACCUEIL DE LA PERSONNE ACCUEILLIE Thème 3 : ACCUEIL DE LA PERSONNE ACCUEILLIE Thème 4 : CONTRACTUALISATION DE L'ADMISSION Thème 5 : INTEGRATION	CASF art L. 311-4 ; art L. 114-1-1-1 Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004- 138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 - relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles RBPP - La Bientraitance : "définition et repères pour la mise en oeuvre" RBPP - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volets 1, 2 et 4
37	La préparation de l'accueil de la personne		
38	L'accueil de la personne		
39	La contractualisation de l'admission		
40	L'intégration de la personne accueillie		

2.2 Le projet personnalisé

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
41	Le recueil des attentes et des besoins de la personne	**Chap 2 - Critère 1 : PROJET D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT** Thème 6 : PROJET PERSONNALISE ET DEFINITION DES OBJECTIFS DU PROJET PERSONNALISE Thème 7 : MISE EN PLACE DU PROJET PERSONNALISE ET EVALUATION Thème 8 : GESTION DES	RBPP - La Bientraitance : "définition et repères pour la mise en oeuvre" RBPP - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement RBPP - Les attentes de la personne et le projet personnalisé loi du 2 janvier 2002 => "projet d'accueil et d'accompagnement " RBPP - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement RBPP - L'accompagnement des personnes
42	La co-construction du projet personnalisé		
43	La rédaction du projet personnalisé		

44	La mise en oeuvre du projet personnalisé	SORTIES DEFINITIVES **Chap 3 - Critère 1 : LE PROJET DE VIE – CADRE DE VIE** Thème 5 : PRISE EN COMPTE DES HABITUDES DE VIE PERSONNELLES **Chap 1 - Critère 1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS** Thème 8 : INFORMATION ET IMPLICATION DE LA PERSONNE DANS L'EVALUATION DE SA SANTE	atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement medico-social Art L. 311-3 du CASF - Charte des droits et libertés de la personne accueillie
45	La co-évaluation du projet personnalisé		

2.3 Le maintien des liens sociaux et l'animation

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
46	Le projet d'animation	**Chap 3 - Critère 3 : PROJET D'ANIMATION - CREATION ET MAINTIEN DES LIENS SOCIAUX** Thème 1 : ORGANISATION DE L'ANIMATION Thème 2 : ACCES AUX SERVICES ENVIRONNANTS Thème 3 : FAVORISER LA PARTICIPATION DE L'EXTERIEUR AUX ACTIVITES DE L'ETABLISSEMENT Thème 4 : CREATION ET MAINTIEN DES LIENS SOCIAUX	RBPP - La Bientraitance : "définition et repères pour la mise en oeuvre" RBPP - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement RBPP - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volets 2 et 3
47	Les liens intergénérationnels		
48	L'accès aux services environnants		
49	La participation de l'extérieur aux activités de l'établissement		
50	La création et le maintien des liens sociaux		
51	L'implication du bénévolat	**Chap 5 - Critère 1 : LES RESSOURCES HUMAINES MOBILISEES** Thème 6 : IMPLICATION DU BENEVOLAT	

2.4 Les soins

2.4.1 L'organisation des soins

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence

52	La coordination des soins	**Chap 6 - Critère 2 : ORGANISATION DU TRAVAIL** Thème 1 : COORDINATION DES INTERVENTIONS **Chap 2 - Critère 2 : PRISES EN CHARGE ET COORDINATION DES SOINS** Thème 2 : CONTINUITE DES SOINS REFERENTIEL EVALUATION INTERNE EN EHPAD Thème 3 : GESTION DES SITUATIONS D'URGENCES MEDICALES Thème 4 : COORDINATION DES SOINS AVEC EXTERIEUR Thème 5 : PARTENARIAT ETABLISSEMENT DE SANTE **Chap 3 - Critère 2 : LE PROJET DE VIE – VIE QUOTIDIENNE** Thème 1 : ORGANISATION DU LEVER ET DU COUCHER Thème 2 : ORGANISATION DES TOILETTES	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD Projet de soins
53	Le partenariat avec les établissements de santé		RBPP - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement
54	L'organisation du lever et du coucher		Bientraitance personnes âgées dépendantes en établissement sanitaire, médico-social et à domicile. Programme MOBIQUAL RBPP - La Bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre RBPP - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement Les bonnes pratiques de soins en EHPAD RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volets 1 et 2
55	L'organisation des toilettes		
56	L'organisation quotidienne des repas		
57	L'organisation des soins la nuit		
58	La gestion des situations d'urgences médicales		
59	L'hospitalisation		

2.4.2 Le circuit du médicament

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
60	La prévention des risques de iatrogénie	**Chap 2 - Critère 3 : CIRCUIT DU MEDICAMENT** Thème 1 : PRESCRIPTION Thème 2 : FOURNITURE – DISPENSATION – DETENTION DES MEDICAMENTS Thème 3 : PREPARATION DES TRAITEMENTS	ARS - Sécurisation du circuit du médicament dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Les bonnes pratiques de soins en EHPAD
61	La gestion des prescriptions		
62	La livraison, la préparation et l'administration des traitements		
63	La formalisation et l'évaluation du circuit des médicaments		

2.4.3 La prévention des risques liés à la santé du résident

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
64	La prise en charge de la douleur	**Chap 2 - Critère 2 : PRISES EN CHARGE ET COORDINATION DES**	Programme mobiqual – outil douleur- dernière version septembre 2012 Les bonnes pratiques de soins en EHPAD

65	La prévention et la prise en charge des chutes	**SOINS** Thème 1 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES **Chap 2 - Critère 4 : PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE INHERENT A LA VULNERABILITE** Thème 3 : PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR Thème 4 : PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES Thème 5 : PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES ESCARRES Thème 6 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION Thème 7 : PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT Thème 9 : PREVENTION DEPENDANCE Thème 10 : PREVENTION DES RISQUES DE FAUSSES ROUTES Thème 11 : ANALYSE ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD RBPP-Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées
66	La prévention et la prise en charge des escarres		Les bonnes pratiques de soins en EHPADConférence - Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé
67	La nutrition et l'hydratation, fausse route		Les bonnes pratiques de soins en EHPAD RBPP HAS - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéinoénergétique chez la personne âgée Programme mobiqual- outil nutrition – dernière version avril 2011
68	La prise en charge de la contention		Les bonnes pratiques de soins en EHPAD
69	La prévention de la dépendance		
70	La prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement		
71	L'analyse et la maîtrise du risque infectieux		Les bonnes pratiques de soins en EHPAD Manuel d'évaluation : risque infectieux dans les EHPAD, GREPHH, janvier 2011

2.4.4 La prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
72	Un projet spécifique à l'accueil et à l'accompagnement de ces résidents	**Chap 2 - Critère 4 : PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE INHERENT A LA VULNERABILITE** Thème 7 : PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT Thème 8 : PRISE EN CHARGE MALADIE D'ALZHEIMER (ADMISSION, SUIVI)	RBPP - L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social Les bonnes pratiques de soins en EHPAD Programme mobiqual – outil Alzheimer – dernière version avril 2012
73	Un cadre de vie chaleureux et protecteur		
74	Le soutien et la formation du personnel		

2.4.5 L'accompagnement de la fin de vie			
N°	**Thématique**	**Référentiel interne**	**Référence**
75	Le respect de la volonté de la personne	**Chap 2 - Critère 5 : ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE** Thème 1 : RESPECT DE LA VOLONTE DE LA PERSONNE Thème 2 : SOULAGEMENT DES DOULEURS PHYSIQUE Thème 3 : PRISE EN COMPTE DES SOUFFRANCES PSYCHOLOGIQUES Thème 4 ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES (FAMILLES, AMIS) AU COURS DE LA FIN DE VIE DE LEUR PARENT Thème 5 : SOUTIEN DES PROFESSIONNELS	Loi du 22 avril 2005 relative aux patients en fin de vie RBPP - La Bientraitance : "définition et repères pour la mise en oeuvre" RBPP - Le questionnement éthique dans les ESSMS RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volet 4 Mobiqual - Outil soins palliatifs dernière version avril 2012
76	L'accompagnement des proches au cours de la fin de vie de leur parent		
77	Le soutien des professionnels		
78	La mise en place des soins palliatifs (soins de confort, accompagnement douleur et psychologique)		

3/ Le cadre de vie et l'hôtellerie

3.1 L'aménagement et l'entretien du cadre de vie

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
79	L'aménagement des espaces collectifs	**Chap 3 - Critère 1 : LE PROJET DE VIE – CADRE DE VIE** Thème 1 : AMENAGEMENT DES ESPACES COLLECTIFS (INTERNE / EXTERNE) Thème 2 : AMENAGEMENT DES ESPACES INDIVIDUELS Thème 3 : CADRE DE VIE AGREABLE Thème 4 : ACCES AUX VISITEURS / PROCHES **Chap 3 - Critère 2 : LE PROJET DE VIE – VIE QUOTIDIENNE** Thème 6 : TRAITEMENT	RBPP - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volet 3
80	L'aménagement des espaces individuels		
81	L'appropriation du nouveau lieu de résidence		
82	L'entretien et l'hygiène des locaux		RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volet 3
83	L'entretien du linge		Méthode RABC RBPP de soins en EHPAD
84	Le circuit et l'hygiène au sein de la lingerie		

85	La maintenance des bâtiments	DU LINGE DU RESIDENT **Chap 3 - Critère 4 : PREVENTION DES RISQUES INHERENTS AU CADRE DE VIE** Thème 3 : HYGIENE ET SECURITE AU SEIN DE LA LINGERIE Thème 4 : HYGIENE ET SECURITE ENTRETIEN DES LOCAUX Thème 6 : MAINTENANCE	Règlementation liée aux ERP de type J RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volet 3

3.2 La restauration

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
86	La plaisir et la convivialité au cours des repas	**Chap 3 - Critère 1 : LE PROJET DE VIE – CADRE DE VIE** Thème 3 : ORGANISATION QUOTIDIENNE DES REPAS Thème 4 : PLAISIR ET CONVIVIALITE AU COURS DES REPAS **Chap 3 - Critère 4 : PREVENTION DES RISQUES INHERENTS AU CADRE DE VIE** Thème 2 : HYGIENE ET SECURITE AU SEIN DE LA CUISINE	Recommandation nutrition (GEM-RCN) - 12/08/2013 RBPP - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement RBPP de soins en EHPAD RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volet 2
87	L'équilibre alimentaire et la qualité des menus		
88	Le respect des goûts et habitudes du résident		
89	Le respect des règles d'hygiène en cuisine		Normes HACCP et PMS

4/ La garantie des droits et la gestion des risques

4.1 La garantie des droits

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
90	Les outils de la loi du 2 janvier 2002	**Chap 1 - Critère 1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS** Thème 1 : RECHERCHE DU CONSENTEMENT Thème 2 : RESPECT DE LA DIGNITE Thème 3 : RESPECT DES	CASF Art L. 311-3 - Charte des droits et libertés de la personne accueillie
91	La recherche du consentement		RBPP - La Bientraitance : "définition et repères pour la mise en oeuvre" Programme Mobiqual – outil bientraitance-dernière version 2010 RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volets 1 et 4

92	Le respect de la liberté et de la dignité	DROITS ET LIBERTES DU RESIDENT Thème 5 : PROTECTION JURIDIQUE DU RESIDENT Thème 6 : RESPECT DES DROITS DE CITOYENNETE Thème 7 : SOUTIEN DE LA PERSONNE ACCUEILLIE **Chap 4 - Critère 1** Thème 5 : REFLEXION SUR L'ETHIQUE	CASF Art L. 311-3 - Charte des droits et libertés de la personne accueillie RBPP - La Bientraitance : "définition et repères pour la mise en oeuvre" Programme Mobiqual – outil bientraitance- dernière version 2010 RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volet 1 et 4
93	La prise en compte de l'équilibre nécessaire entre obligations de sécurité et respect de la liberté des résidents		RBPP - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volet 3
94	La réflexion sur l'éthique		RBPP - Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
95	La protection juridique du résident		Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs Art L. 311-3 du CASF - Charte des droits et libertés de la personne accueillie RBPP - Participation des personnes protégées dans la mise en oeuvre des mesures de protection juridique RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volet 4
96	Le respect des droits de citoyenneté		RBPP - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volet 3

4.2 La participation et l'expression individuelle et collective

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
97	Le Conseil de la Vie Sociale	**Chap 1 - Critère 1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS** Thème 4 : EXPRESSION DE LA PERSONNE ACCUEILLIE **Chap 1 - Critère 2 : LA GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS** Thème 1 : INFORMATION DES PERSONNES ACCUEILLIES Thème 2 : PROMOTION DE LA PARTICIPATION DE LA PERSONNE ACCUEILLIE DANS LA COLLECTIVITE Thème 3 : AUTRES TEMPS D'ECHANGES FORMALISES **Chap 5 Critère 4 DEMARCHE QUALITE**	Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de la vie sociale
98	Les autres formes de participation		RBPP - La Bientraitance : "définition et repères pour la mise en oeuvre" RBPP- Qualité de vie en EHPAD - Volets 2 et 3
99	L'évaluation de la satisfaction des résidents et des familles		Guide d'accompagnement - Améliorer la Qualité en EHPAD - Juin 2000

		Thème 5 : SATISFACTION	

4.3 La prévention et la gestion des risques

N°	Thématique	Référentiel interne	Référence
100	Les risques sanitaires et climatiques	**Chap 5 Critère 4 DEMARCHE QUALITE** Thème 2 : DEMARCHE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES **Chap 2 - Critère 4 : PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE INHERENT A LA VULNERABILITE** Thème 2 : SECURITE DES PERSONNES ACCUEILLIES **Chap 3 - Critère 4 : PREVENTION DES RISQUES INHERENTS AU CADRE DE VIE** Thème 1 : CRISE SANITAIRE ET CLIMATIQUE Thème 5 : GESTION DES DECHETS Thème 7 : SECURITE INCENDIE Thème 8 : CRISE DE DEFAILLANCE ELECTRIQUE **Chap 1 - Critère 2 : LA GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS** Thème 4 : PREVENTION DE LA MALTRAITRANCE Thème 5 : TRAITEMENT DES FAITS DE MALTRAITANCE Thème 6 : FORMATION / SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS A LA BIENTRAITANCE	Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en oeuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
101	Les risques de défaillance d'énergie		Décret n°2009-597 du 26 mai 2009 pris pour l'application de l'article 7 de la loi 2004-811 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile et relatif à l'agrément ministériel des conventions et accords dans les ESSMS Circulaire n° DGAS/2009/170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie
102	La sécurité incendie		Règlementation liée aux ERP de type J
103	La gestion des déchets		Guide Déchets d'activité de soins à risques - Direction générale de la santé – 2009
104	La gestion de la qualité de l'eau		Circulaire n°DGS/SD7A/DHOS/E4/DGAS/SD2/2005/493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées.
105	La prévention de la maltraitance		CIRCULAIRE N°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les ESSMS RBPP - La Bientraitance : "définition et repères pour la mise en oeuvre" RBPP - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance
106	Le traitement des faits de maltraitance		

107	Le signalement des évènements indésirables		CIRCULAIRE N°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS

4.4 LA CONVENTION DE MISSION

(Annexe en pièce jointe)