RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

EHPAD Le Cloître

SAINT SYMPHORIEN DE LAY (42 470)

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

Evelyne Dorey
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 9
1.3.1. PREPARATION 9
1.3.2. REALISATION 9
1.3.3. ANALYSE DES INFORMATIONS RECUEILLIES 10
1.3.4. RAPPORT ET CONCLUSIONS DE L'EVALUATION 10
1.4. LE DEVELOPPEMENT INFORMATIF 12
1.4.1. Le Groupement de Coopération Sanitaire du Roannais 13
1.4.2 L'EHPAD Le Cloître 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 41
C. CADRE DE VIE ET L'HOTELLERIE 64
D. GARANTIE DES DROITS ET GESTION DES RISQUES 72
2.2. REPRESENTATIONS GRAPHIQUES DES RESULTATS PAR THEMATIQUES 83
3 LA SYNTHESE 84
INTRODUCTION 84
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 84
B /L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE 87
C/ PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS 88
La communication avec les familles sur la prise en charge des résidents et sur la vie de l'établissement est à développer. 89
D/ LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES 89

4. LES ANNEXES 91
4.1 L'ABREGE 91
4.2 LE PLANNING D'INTERVENTION 106
4.3 GRILLE EVALUATIVE 111
4.4 LA CONVENTION DE MISSION 123

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.

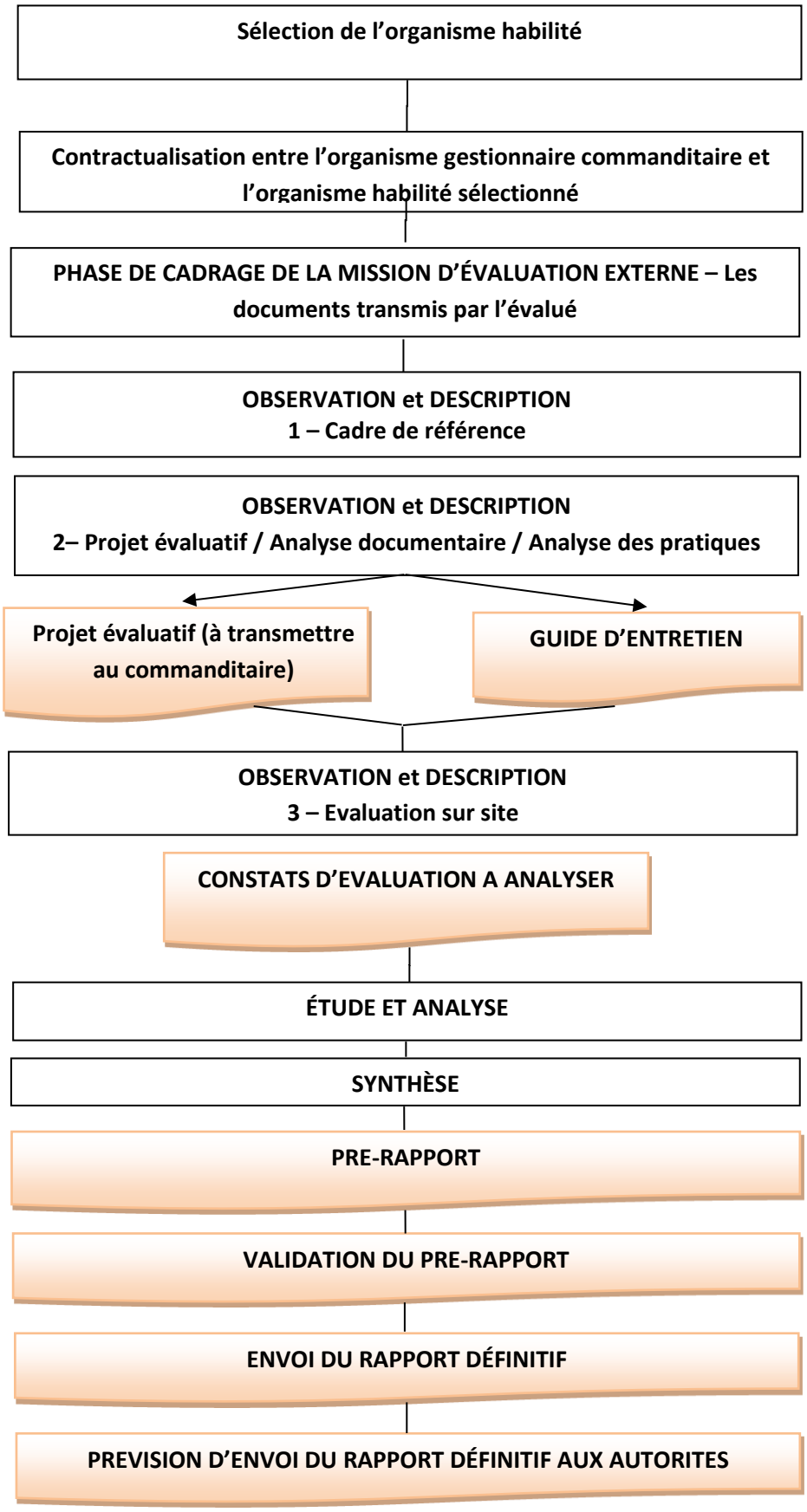
Leurs pratiques lisibles et transparentes par tous doivent être régulièrement évaluées.

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

4 et 5 décembre 2014

22 décembre 2014
Envoi du pré-rapport corrigé le 2/01/15

13/01/15

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 Cloître :**
  - Arrêté d'autorisation de 2002
  - Convention tripartite 2013 - 2017
  - Convocation CVS du 30 04 2014
  - Contrat de séjour 2014
  - Plaquette d'accueil
  - Règlement de fonctionnement 2014
  - Organigramme février 2014 ETP
  - Rapport d'Evaluation interne
  - Synthèse des fiches de progrès
  - Charte du Personnel
  - Rapport d'activité Médicale 2013
  - Rapport de gestion 2013
  - Guide des usagers 2013
  - Enquête de Satisfaction EHPAD GCS
  - Sommaire classeur GED validé

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.

I.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.

I.3. LA MÉTHODE ET LES OUTILS DE L'EVALUATION

I.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 évaluateurs
- La disponibilité des personnes à rencontrer
- La catégorie des personnes à rencontrer.

I.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.

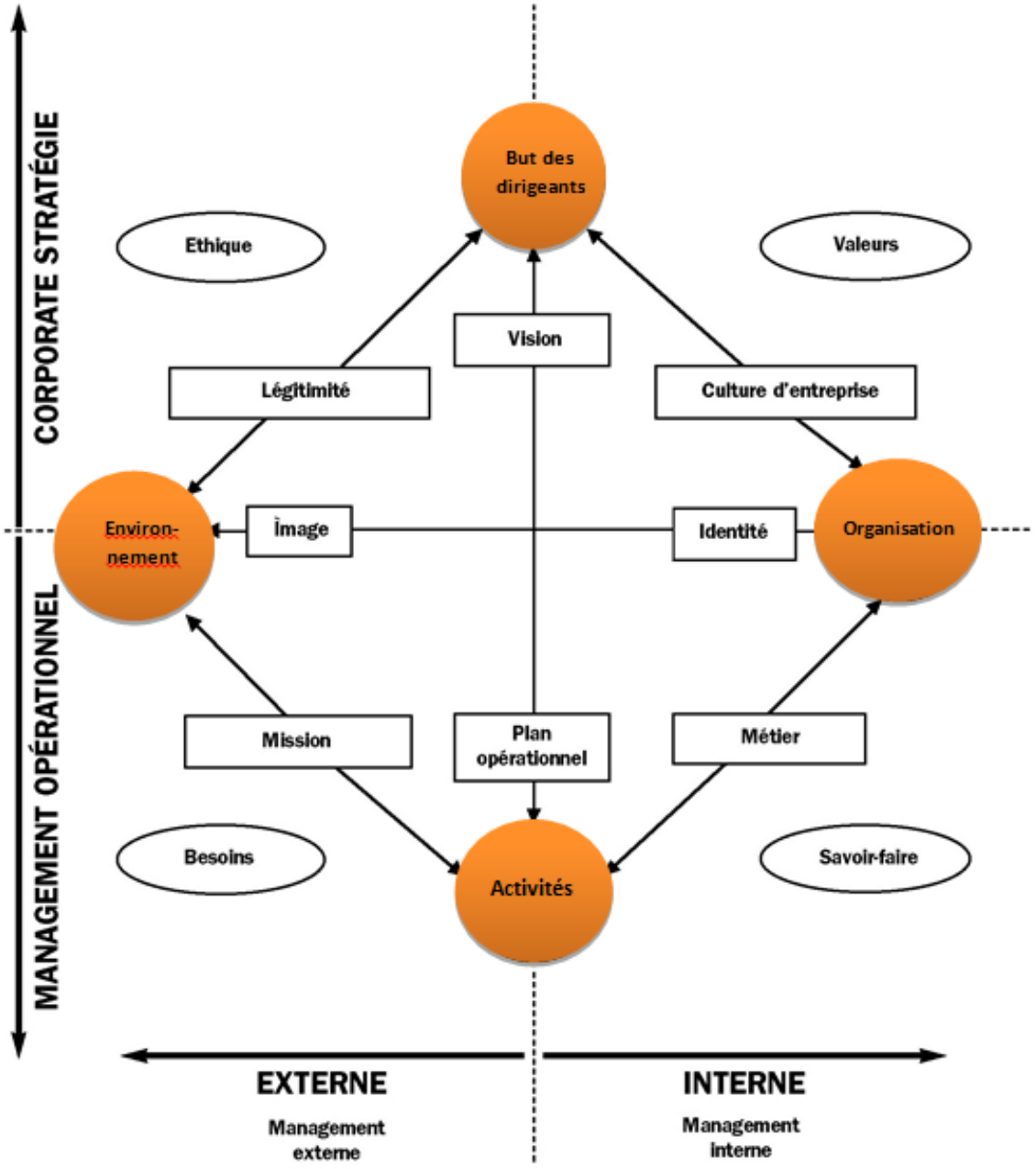
Les 7 premières rubriques de l'abrégé permettent de noter les forces et faiblesses à partir de la synthèse de l'évaluation externe. La 8^{e} rubrique permet de recueillir l'appréciation globale de l'évaluateur externe, la 9^{e} rubrique permet le recueil des éléments de méthodologie et la 10^{e} et dernière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



I.4.1. Le Groupement de Coopération Sanitaire 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 actions mutualisées 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.

I.4.2 L'EHPAD Le Cloître

Présentation

L'EHPAD Le Cloître, situé au cœur du village de Saint-Symphorien de Lay (42 470) est un établissement public autonome dépendant de la fonction publique hospitalière.

Les premiers malades furent accueillis, dans le cadre d'un monastère de la confrérie des bénédictins, à partir de la deuxième moitié du 19^{e} siècle. Une partie du cloître subsiste, justifiant l'appellation « résidence du cloître ».

Le 23 juin 1867, la gestion de l'établissement a été confiée à la congrégation des sœurs de St Sacrement d'Autun.

Le départ des sœurs hospitalières en septembre 1953 marqua un tournant de l'établissement.

L'établissement comportait 64 lits de maison de retraite et dans la construction attenante au bâtiment un foyer de 48 studios.

Au terme d'une humanisation au cours de l'année 1985, la capacité de l'établissement était de 70 lits de maison de retraite et de 13 places de foyer.

L'arrêté préfectoral du 12 juin 2002 a autorisé l'extension de la médicalisation de la Maison de retraite, à la totalité des lits soit 83.

La capacité autorisée de l'établissement est à ce jour de 83 lits.

La résidence comporte un sous-sol dans lequel sont situés la lingerie, les vestiaires et le local de l'animatrice ; un rez-de-chaussée, qui comprend les bureaux administratifs, des salons de détente et une unité de douze chambres.

Le premier étage est composé de 23 chambres et d'espaces communs.

L'ensemble des services de soins est situé au deuxième étage qui comprend également 29 chambres et des espaces communs, dont la salle à manger pour les résidents les plus dépendants.

La première convention tripartite de l'établissement a été signée le 1er août 2002. Dans le cadre de la convention tripartite l'établissement a acquis le statut d'Etablissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes. La convention tripartite deuxième génération a été signée le 1er août 2007.

L'établissement a renouvelé sa troisième convention tripartite 2013 -2017.

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

Les missions

L'action de l'EHPAD Le Cloître 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 sauf dérogation, 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 la Direction commune avec l'EHPAD de Régny.

Dans le cadre de l'adhésion au GCS du 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…).
Des médecins, des kinésithérapeutes et un pédicure interviennent dans l'EHPAD à titre libéral.

L'établissement est composé des services suivants (en effectif réel) accordés dans le cadre de la CTP3 :

Le service médical :

- Un médecin coordonnateur : 0,50 ETP dont 0,30 ETP pourvu à ce jour

Le service paramédical :

- Une psychologue : 0,35ETP dont 0.20 ETP pourvu à ce jour
- Une diététicienne : 0.10 ETP

L'équipe soignante :

- Une cadre de santé : 1 ETP
- IDE : 5,10 ETP dont 0,20 ETP d'IDE Hygiéniste non pourvu à ce jour
- Aides — soignants : 19 ETP
- Agents des services hospitaliers : 12,60 ETP

L'animation :

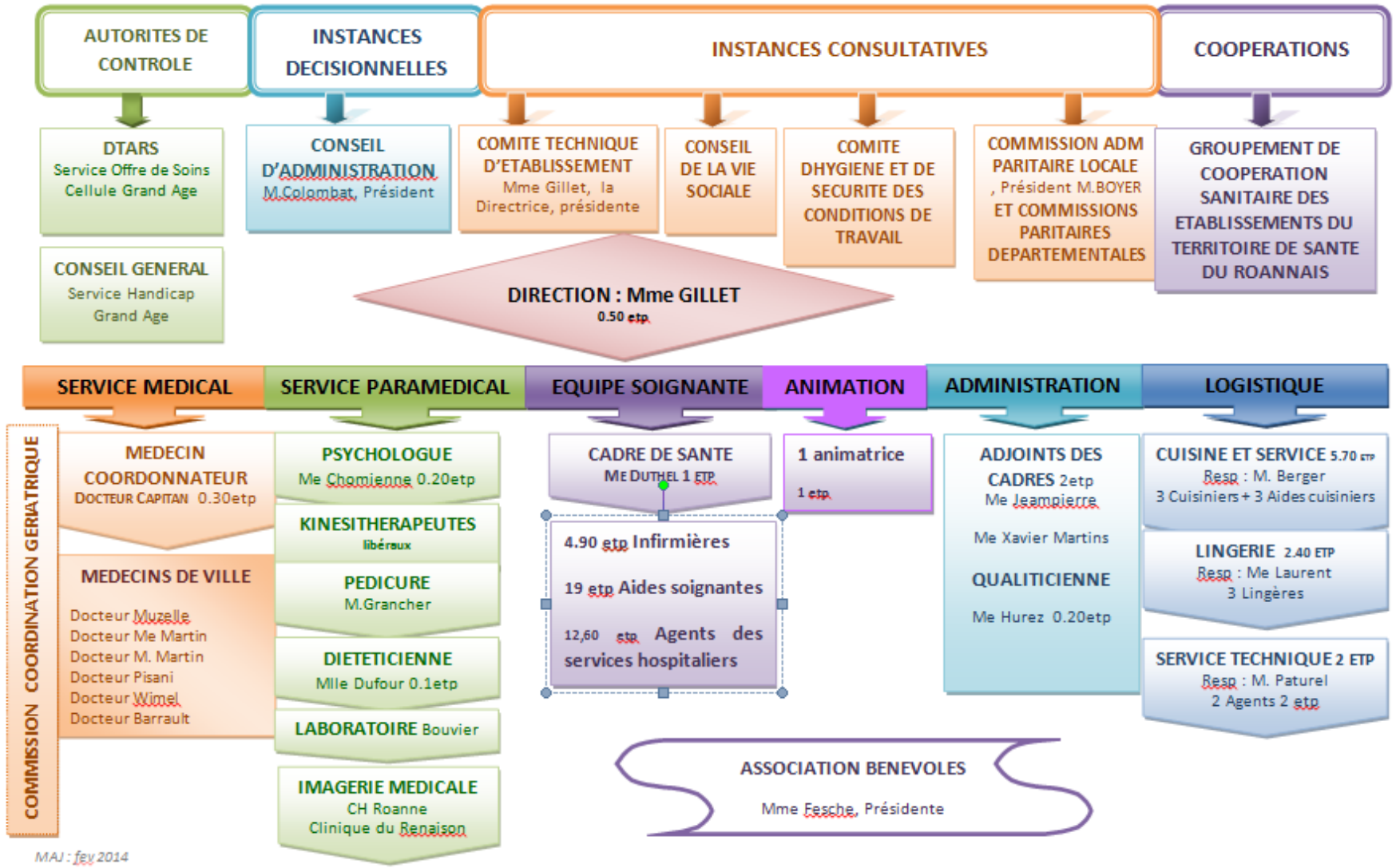
- Une animatrice : 1 ETP

Service Administratif :

- Des adjoints des cadres : 2 ETP
- Une qualiticienne : 0, 20 ETP

La logistique :

- Cuisine et salle à manger : 6,1O ETP (trois cuisiniers et 3 aides-cuisinières)
- Lingerie : 2,40 ETP
- Maintenance : 2 ETP


AUTORITES DE CONTROLE
INSTANCES DECISIONNELLES
INSTANCES CONSULTATIVES
COOPERATIONS
DTARS
Service Offre de Soins
Cellule Grand Age
CONSEIL GENERAL
Service Handicap
Grand Age
CONSEIL D'ADMINISTRATION
M.Colombat, Président
COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT
Mme Gillet, la Directrice, présidente
CONSEIL DE LA VIE SOCIALE
COMITE DHYGIENE ET DE SECURITE DES CONDITIONS DE TRAVAIL
COMMISSION ADM PARITAIRE LOCALE , Président M.BOYER ET COMMISSIONS PARITAIRES DEPARTEMENTALES
GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE DES ETABLISSEMENTS DU TERRITOIRE DE SANTE DU ROANNAIS
DIRECTION : Mme GILLET
0.50 etp
SERVICE MEDICAL
SERVICE PARAMEDICAL
EQUIPE SOIGNANTE
ANIMATION
ADMINISTRATION
LOGISTIQUE
COMMISSION COORDINATION GERIATRIQUE
MEDECIN COORDONNATEUR
DOCTEUR CAPITAN 0.30etp
MEDECINS DE VILLE
Docteur Muzelle
Docteur Me Martin
Docteur M. Martin
Docteur Pisani
Docteur Wimel
Docteur Barrault
PSYCHOLOGUE
Me Chomienne 0.20etp
KINESITHERAPEUTES
libéraux
PEDICURE
M.Grancher
DIETETICIENNE
Mlle Dufour 0.1etp
LABORATOIRE Bouvier
IMAGERIE MEDICALE
CH Roanne
Clinique du Renaison
CADRE DE SANTE
Me DUTHEL 1 ETP
4.90 etp Infirmières
19 etp Aides soignantes
12,60 etp Agents des services hospitaliers
1 animatrice
1 etp
ADJOINTS DES CADRES 2etp
Me Jeampierre
Me Xavier Martins
QUALITICIENNE
Me Hurez 0.20etp
CUISINE ET SERVICE 5.70 ETP
Resp : M. Berger
3 Cuisiniers + 3 Aides cuisiniers
LINGERIE 2.40 ETP
Resp : Me Laurent
3 Lingères
SERVICE TECHNIQUE 2 ETP
Resp : M. Paturel
2 Agents 2 etp
ASSOCIATION BENEVOLES
Mme Fesche, Présidente
MAJ : fev 2014

L’environnement

Dans le cadre de l’adhésion au GCS du 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…).

L’établissement peut recourir en externe à des consultations spécialisées et aux plateaux techniques du Centre Hospitalier de Référence.

Afin de favoriser l’accès aux services environnants, l’établissement développe des liens avec le club du troisième âge, la bibliothèque municipale, la crèche et l’école, des associations sont également amenées à intervenir dans l’établissement.

Des sorties sont organisées, de façon individuelle ou collective. L’établissement dispose d’un véhicule adapté favorisant ces déplacements.

2. LES RESULTATS DE L'EVALUATION EXTERNE

2.1. LES CONSTATS DETAILLES DE L'EVALUATION EXTERNE

A. MANAGEMENT ET PILOTAGE

22,85/100 1. Le projet d'établissement

A ce jour, la résidence Le Cloître n'a pas encore formalisé de projet d'établissement.

A son arrivée en 2011, la directrice, Mme GILLET, a organisé des formations avec l'ensemble du personnel afin de réfléchir sur les valeurs de l'établissement. L'objectif était de faire progresser les pratiques autour l'accompagnement du résident, et aboutir à une vision partagée des valeurs et des pratiques au sein de l'EHPAD.

Tous les corps professionnels étaient représentés dans chaque groupe de formation.

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM relatives à la Qualité de Vie en EHPAD ont servi de supports pour ces formations, ainsi que l'ouvrage « Papé et sa maison de retraite ».

A l'issue de ces formations, des groupes de travail ont été constitués sur les différentes étapes de la journée du résident : le lever, l'entretien, les repas, l'après-midi, le sommeil.

Sur la base de l'ouvrage « Papé et sa maison de retraite », ces groupes se sont réunis sur plusieurs mois, en tout huit réunions ont été organisées. Des extraits de l'ouvrage étaient remis aux membres des groupes sur les thématiques. Les agents étaient invités à exprimer leurs ressentis à la lecture de ces extraits et faire émerger des pistes de réflexion sur les modalités d'accompagnement des résidents dans l'établissement.

Une synthèse par réunion a été élaborée sur chaque thématique au mois de mars 2012.

Un groupe de résidents constitué d'une dizaine de résidents ont réfléchi sur les mêmes thématiques. Ce groupe a été animé par la psychologue et la cadre de santé. Le groupe s'est réuni trois fois.

La démarche s'est terminée au mois de mai 2012.

L'objectif était d'élaborer une Charte des valeurs du personnel avec une version graphique faite par le groupe des résidents. Cette charte a vocation à servir de préambule au futur Projet d'établissement.

Le résultat des travaux et la Charte ont été communiqués aux instances représentatives du personnel et des usagers.

Ils ont également été communiqués à l'ensemble des agents au moment des vœux du personnel et à tous les usagers et familles lors des vœux organisés pour les usagers.

Cette Charte appelée « Les valeurs du personnel dans le prendre soin » est affichée dans l'établissement, elle est remise à tout nouveau résident et membre du personnel avec le règlement intérieur.

Cette démarche était un préambule nécessaire à l'élaboration d'un Projet d'établissement.

La direction souhaitait procéder ensuite à la mise en place de groupes de travail afin d'élaborer le PE, mais différentes problématiques liées notamment à l'organisation du travail ne lui ont pas permis d'amorcer cette démarche.

La directrice prévoit de finaliser le Projet d'établissement au printemps 2015.

Les travaux de l'évaluation interne et externe seront utilisés pour l'élaboration du PE, avec des groupes de travail sur certaines thématiques comme le projet de soins.

- **Appréciation des évaluateurs**

La démarche d'élaboration de la Charte « Les valeurs du personnel dans le prendre soin » a permis de fédérer les équipes et les résidents autour de valeurs communes et partagées.

Le Projet d'établissement de l'EHPAD Le Cloître est à élaborer sur la base des travaux issus de l'évaluation interne et externe et le travail effectué dans le cadre de l'élaboration de la Charte.

La trame choisie et le contenu du PE devront prendre en compte la RBPP « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service ».

Afin qu'il devienne un document de partage de valeurs et de pratiques, le PE devra décrire avec précision les modalités d'organisation de l'établissement pour l'ensemble de ses 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.

87,82/100 2. L'ouverture de l'établissement sur son environnement

A • Le réseau et les partenariats

L'EHPAD Le Cloître 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 :

- Le Centre Hospitalier de Roanne : en cas de canicule (juin 2008), en cas de pandémie grippale (août 2009) ; utilisation du plateau technique, des consultations spécialisées, et la gestion de crise sanitaire (octobre 2012).
- L'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Roanne (2011)
- L'équipe mobile de gériatrie du Centre Hospitalier de Roanne : analyse des cas complexes, évaluation de la prise en charge.
- L'Hospitalisation à Domicile du Centre hospitalier de Roanne (2011)
- L'UMSA : Unité mobile de géronto-psychiatrie du CH de Roanne (2014)
- L'équipe mobile d'hygiène du Centre hospitalier de Roanne (2014)
- Convention pour l'accès aux services UHR du Centre Hospitalier de Roanne (août 2014)
- Convention avec un SSR à Saint Bonnet le Château (pour être filière en aval) Convention avec JALMALV : Jusqu'à la mort accompagner la vie (2011) : bénévoles proposant un accompagnement aux situations de fin de vie
- Convention avec un laboratoire d'analyses médicales

Un partenariat, qui fait l'objet d'une convention, est mis en place avec l'ADMR dans le cadre de confection de repas livrés à domicile : pour dix personnes âgées.

En 2007, les établissements sanitaires du Roannais ont décidé de se regrouper et ont créé le Groupement de Coopération Sanitaire(GCS) du Roannais.

Ce groupement est sanitaire, mais il regroupe aussi 20 EHPAD et des collectivités et des acteurs du monde associatif.

Il réunit les 5 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 judiciaire pour les personnes sous protection juridique et prestation logistique (blanchisserie et restauration)
- Mise en place d'un système d'information commun : CLECONA 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 donnant la possibilité d'accès aux dossiers d'admission 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, GPMC…

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, associatifs 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 France 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 de la filière. 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 :

- Des échanges sont organisés avec l'école privée de Saint Symphorien de Lay
- Des liens sont développés avec le club du troisième âge : des résidents de l'établissement vont au club du troisième âge.
- Des échanges sont nombreux dans le cadre du GCS (réunions entre animateurs, collège des directeurs, des cadres…)
- Des échanges avec d'autres maisons de retraite
- La Fête des conscrits : lorsqu'il y a cette fête, les personnes de la classe de l'année viennent partager un gâteau avec les résidents de cette classe.

Le Comité d'animation de l'EHPAD de Saint Symphorien de Lay, qui regroupe une cinquantaine de bénévoles est très présent dans l'EHPAD. Une convention a été signée en 2011 avec cette association qui a trente ans d'existence. Le Comité a pris de l'ampleur grâce à la présidente du Comité qui assume ces fonctions depuis 7 années avec beaucoup d'énergie.

Une réunion avec les associations de bénévoles est organisée une fois par an. La dernière a eu lieu à la fin de l'année 2013. L'animatrice en collaboration avec les membres du comité d'animation participe et organise des ateliers et animations pour les résidents. L'établissement et tout particulièrement l'animatrice organise notamment la fête de la maison de la retraite : fabrication d'objets avec les résidents pendant l'année et organisation d'une tombola le jour de la fête. Le Comité vend aussi des gâteaux le jour de cette fête. Le produit de ces ventes sert à financer les animations qui sont organisées par l'équipe d'animation.

B

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

L'EHPAD Le Cloître est abonné à un site de maisons de retraite : les maisons de retraite.com et au site hopital.fr : une fiche d'identification de l'établissement est diffusée sur ces sites.

La presse locale publie au minimum un article par mois sur les animations organisées par l'établissement : fête des centenaires, les sorties ; le marché artisanal.

Il n'existe pas de journal à l'attention des usagers, mais des notes d'informations sont affichées. Parfois ces notes sont envoyées avec la facturation.

A

- **Les leviers de l'ouverture**

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

Les familles sont présentes dans l'établissement, il y a beaucoup de familles qui viennent aux goûters d'anniversaire organisés tous les mois.

D'autres manifestations sont ouvertes à l'ensemble des familles et auxquelles les familles participent en nombre : exemple concours de gâteau.

Lors de la fête de l'établissement : 30 familles étaient présentes et l'évènement a réuni en tout 200 personnes.

Un repas et un goûter de Noël sont organisés chaque année : le repas est réservé aux résidents et au personnel ; le goûter est ouvert aux familles. Les familles sont invitées, à la cérémonie des vœux, aux animations particulières.

L'établissement possède un minibus pour les sorties des résidents, mais ce minibus n'est pas adapté aux fauteuils roulants. En cas de besoin, la structure a recours à un véhicule de location.
Des sorties sont organisées pour les résidents au moins une fois par mois : sorties auprès d'autres maisons de retraite, spectacles, déplacement sur un gîte, visite d'une brasserie…

Grâce à l'aide des bénévoles, de nombreuses sorties peuvent être organisées et pour un grand nombre de résidents impactés (40 résidents ont pu participer par exemple au goûter organisé par le CCAS).

Les membres du conseil d'administration sont invités au repas de Noël et à d'autres manifestations organisées par l'établissement. Ils sont parfois conviés aux réunions plénières organisées pour les agents.

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).

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.

La directrice fait partie de l'association des directeurs publics.

La cadre de santé fait partie de l'association APSG : association pour le progrès en soins gériatriques.

Le Président du Conseil d'administration, Maire de Saint Symphorien en Lay, rencontré par les évaluateurs, indique qu'il est satisfait de sa collaboration avec la direction de l'établissement. Il constate de nombreux changements positifs dans la prise en charge des résidents et la gestion de l'établissement depuis l'arrivée de la directrice en 2011. Les relations entre la mairie et l'établissement sont bonnes.

En conseil d'administration, la directrice communique toutes les informations utiles sur les projets, les orientations budgétaires et la vie de l'établissement. Néanmoins, dans la mesure du possible, le Président du Conseil d'administration souhaiterait avoir des informations sur la vie de l'établissement par la direction, en dehors des réunions du conseil d'administration qui ont lieu tous les trimestres.

- **Appréciation des évaluateurs**

L'établissement a clairement identifié ses partenaires.

Il s'inscrit dans un réseau coordonné très favorable à la prise en charge 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.

L'intervention très régulière du Comité d'animation en complément de l'animatrice, permet aux résidents de bénéficier de nombreuses animations et sorties, cela est très favorable au maintien du lien social.

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, une évaluation annuelle formalisée, permettant de faire un bilan du partenariat et dégager d'éventuels axes d'amélioration, est à mettre en place pour tous les partenariats développés.

89,44/100

3. Evaluation interne et démarche d'amélioration continue

A

- **Le cadre de l'évaluation interne**

L'EHPAD Le Cloître et ceux du GCS du Roannais ont été accompagnés dans la démarche d'évaluation interne 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 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 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.

Afin de faciliter les démarches, il a été identifié au sein de l'établissement :

- Une référente : Ludivine GILLET – Directrice

- Un groupe d'évaluateurs et tous membres du comité de pilotage :

  - Brigitte RAFFIN– Aide-soignante
  - Sandrine DARTEVEL – Infirmière
  - Teresa Xavier MARTINS– Secrétaire
  - Souhela LOUAHDI– Animatrice
  - Alexandra HUREZ – 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 des entretiens.

Les réunions d'évaluations ont eu lieu du 6 septembre au 29 novembre 2013, avec une à deux journées de réunions par semaine soit près de 17 réunions organisées.

Des représentants des différents services de l'établissement ont été consultés au travers des réunions de travail animées par une équipe d'évaluateurs (Responsable Cuisine, Responsable Lingerie, personnel infirmier et aide-soignant, agents de service hospitalier, agent d'entretien, personnel administratif, agents de nuit, psychologue, diététicienne). Environ, 20 agents ont participé à la démarche.

Les résidents, les familles et les bénévoles ont été également associés à la démarche. 7 familles ont été rencontrées par la qualiticienne et la psychologue et des questions leur ont été posées à l'aide d'un guide. Une réunion a également été animée par la qualiticienne et la psychologue avec 17 résidents, les échanges ont eu comme support un guide de questions préétabli.

Les bénévoles ont également été interrogés lors d'une réunion et un questionnaire a été remis aux médecins, kinésithérapeutes, à la pédicure et au coiffeur.

A

- **Le rapport et les constats de l'évaluation interne**

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

Au terme du recueil des informations, le rapport d'évaluation et un plan d'actions ont été élaborés (date du rapport : 3 février 2014). Le rapport permet d'identifier les points forts et les points faibles de l'établissement, les constats de l'évaluation interne sont clairs.

Le rapport a été adressé aux autorités de tutelle au mois de mars 2014.

A

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

Le plan d'actions détermine par thème les améliorations globales à mettre en place : douze fiches actions (avec des « sous-actions ») ont été déterminées. Des responsables, des délais et des indicateurs de suivi sont définis pour chaque axe d'amélioration.

Le plan d'amélioration issu de l'évaluation interne a été intégré au Plan d'amélioration Qualité de l'établissement.

B

- **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.

Des réunions ont été organisées au mois de septembre 2013 à l'attention des résidents, des familles et des bénévoles pour leur présenter la démarche.

La présentation des résultats a été faite au personnel le 24 janvier 2014 en réunion plénière.

Un bilan des actions débutées et celles finalisées a été présenté aux agents lors de la réunion plénière du 7 novembre 2014. Le COPIL s'est réuni avant la réunion pour mettre à jour le Plan d'amélioration.

Le Plan d'amélioration de la qualité et son avancement n'a pas été encore communiqué au CVS. Il a été communiqué aux autres instances représentatives : CHSCT (au mois de novembre 2014) et en avril 2014 au Conseil d'administration (présentation des résultats de la démarche).

B

- **L'organisation de la démarche d'amélioration continue**

Le plan d'amélioration issu de l'évaluation interne a été intégré au Programme d'amélioration globale de l'établissement (12 fiches actions présentées dans le rapport d'évaluation interne). Toutes les fiches actions ont été débutées.
L'établissement a recruté à compter d'août 2013 un temps de qualiticienne afin de pérenniser et développer la démarche.
Le COPIL s'est réuni deux fois sur 2014 pour détailler les fiches actions (au mois d'avril et au mois de novembre 2014) et actualiser le plan d'actions.

Le calendrier des réunions du COPIL est à définir pour assurer le suivi du plan d'actions. 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 l'enregistrement et le traitement des réclamations et des dysfonctionnements. La procédure « signalement et traitement des évènements indésirables » a été élaborée récemment au mois d'octobre 2014 avec une grille de cotation associée. Une fiche de signalement des évènements indésirables (FEI) a également été créée.

La procédure et la fiche ont été présentées aux agents lors de la réunion plénière du 7 novembre 2014.

Une cellule d'analyse des évènements indésirables a été mise en place récemment, elle est composée du médecin coordonnateur, de la directrice, de la qualiticienne et des représentants du personnel soignant (deux ou trois). Elle se réunira tous les mois pour analyser les FEI et mettre en œuvre des actions correctives, individuelles ou générales.
Cela va permettre de coter la criticité, la fréquence, objectiver la récurrence de certains évènements et apporter des actions correctives.

D'autres membres du personnel pourront être invités en réunion en fonction des problématiques et dysfonctionnements constatés.

Le déclarant aura un retour de l'action mise en œuvre après le passage en cellule d'analyse.

Il est prévu d'élaborer et diffuser un bilan sur les FEI analysées chaque année.

A

- **La gestion des procédures et documents**

L'établissement a mis en place un système de gestion documentaire sur les procédures et protocoles. Une procédure de gestion documentaire est formalisée.

Les procédures et protocoles sont datés et codifiés.
Les protocoles sont archivés et accessibles sur un dossier commun sur le serveur.

Un sommaire des documents existants est tenu à jour. Un classement est réalisé par thématique avec une codification précise. 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.

B

- **Les RBPP de l'ANESM et autres organismes**

L'établissement a identifié les RBPP applicables au secteur d'activité. Elles sont imprimées et diffusées.

Elles constituent un outil de travail pour le personnel encadrant. Elles sont prises en compte lors de l'élaboration et l'actualisation des procédures et documents.
Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, les RBPP sont utilisées par les référents des thématiques en qualité d'outils, pour faire évoluer les pratiques professionnelles auprès des agents. Dans le cadre de l'évaluation interne, les RBPP ont été diffusées aux membres du COPIL.

B

- **Le plan d'amélioration global**

Un plan d'amélioration a été élaboré suite à la réalisation de l'évaluation interne. Il sera enrichi des actions issues de l'analyse des évènements indésirables et des actions issues de l'évaluation externe.

La CTP comprend 9 fiches actions, elles ont été prises en compte lors de l'évaluation interne et reprises dans le plan d'amélioration avec des délais respectant les délais fixés en concordance avec les actions de l'évaluation interne.

Le plan sera suivi et évalué à l'aide d'indicateurs par le COPIL.

- **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 l'ensemble des parties prenantes (les agents, les usagers et les bénévoles).

Un Plan d'amélioration de la qualité a été élaboré à la suite de cette évaluation. Les objectifs sont déclinés en actions précises avec des délais, responsables et indicateurs de suivi permettant d'apprécier son avancement. Les évaluateurs ont d'ailleurs constaté qu'un nombre important d'actions étaient réalisées ou en-cours.

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.

Une procédure et un outil de déclaration des évènements indésirables ont été mis en place et diffusés. Le personnel a été formé à l'utilisation de l'outil. Cet outil récent est à déployer aux familles et aux résidents afin de recueillir l'ensemble des évènements indésirables de façon formalisée. (Pour l'instant, l'établissement privilégie la libre expression par 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. L'établissement a engagé une démarche de formalisation de ses pratiques depuis 2007, il est constaté que les agents ont parfois des difficultés à se les approprier. Afin d'assurer la mise en œuvre de ces documents, l'appropriation des procédures et protocoles par les agents est à poursuivre. L'établissement souhaite engager une démarche de communication afin de permettre une meilleure appropriation de ces documents par le personnel.

Les RBPP sont connues des agents et utilisées par l'équipe d'encadrement. Elles sont prises en compte lors de l'élaboration et l'actualisation des procédures et documents.

83,18/100

4. Ressources humaines

A

- **Les missions et responsabilités de chacun**

Un organigramme décrivant les relations hiérarchiques et fonctionnelles des agents est formalisé et affiché.

Une fiche de poste et une fiche de tâches sont établies pour chaque catégorie professionnelle. Elles sont remises à chaque agent. Un travail a été réalisé par les membres du Groupement de Coopération sanitaire afin d'actualiser ces documents.
Ce profil de poste sert de base à l'évaluation annuelle des agents et leur recrutement.

Un livret d'accueil du personnel élaboré récemment (avril 2014) est également remis à tout nouvel arrivant. Il comprend la présentation de l'établissement, l'organigramme, les différentes instances, les droits des agents, la charte de l'établissement, les principes de bientraitance.
Le plan de l'établissement et le trombinoscope des résidents sont également remis aux nouveaux agents.

Chaque dossier d'agent contient les éléments nécessaires. Les dossiers sont structurés et organisés. Ils contiennent à minima : un contrat de travail, daté et signé par les deux parties (dans les 48h) pour les contractuels, pour les agents titulaires les décisions de suivi de carrière (de changement de grade, de titularisation), le CV, Le Diplôme, l'extrait n°3 du casier judiciaire.

A

- **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 personnel contractuel se fait notamment pour le remplacement des agents titulaires ou en CDI.

Le recrutement du personnel soignant est effectué par la cadre de santé selon une grille de recrutement.

La priorité de l'établissement est de recruter des personnes diplômées correspondant aux fiches de postes élaborés à l'établissement. Afin d'anticiper les recrutements, la cadre de santé reçoit en entretien les personnes qui ont envoyé un CV et une lettre de motivation afin d'avoir un premier contact et leur demander leurs disponibilités

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

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

A

- **L'intégration des nouveaux collaborateurs**

Un protocole d'accueil du nouvel arrivant a été élaboré au mois de février 2014.

Un membre du personnel référent est systématiquement désigné pour accueillir le nouvel agent. Il dispose d'une fiche d'accompagnement du nouvel agent.

La cadre fait visiter l'établissement et présente le nouveau collaborateur aux agents.

Pour tous les remplacements anticipés, la personne est doublée au minimum 48 heures (congés maternité, et sur les remplacements en été).

Au bout d'un mois, un bilan écrit est effectué avec une fiche bilan et un entretien à ce sujet est organisé avec la cadre de santé et le référent soignant.

Le nouveau soignant dispose également sur les chariots de soins, des plans de soins édités chaque semaine (des référents actualisent les plans de soins chaque semaine).

Chaque stagiaire est sous la responsabilité d'un tuteur au sein de l'établissement 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

Lors d'une réunion plénière, la direction communique aux agents, les axes de formations qui seront privilégiées au vu des besoins de l'établissement.

Les demandes de formation pour l'année future sont exprimées par les agents au moment de l'entretien annuel.

La directrice, la cadre de santé et l'adjoint des cadres chargées des RH se réunissent pour analyser les demandes.

Le plan de formation est discuté en Comité technique d'établissement.

Les formations sont cohérentes avec les objectifs développés par l'équipe d'encadrement et les missions de l'établissement.

Afin de permettre une montée en compétence globale de l'établissement et accentuer la cohésion d'équipe autour de thématiques communes , la directrice privilégie des formations en intra qui touchent l'ensemble du personnel, et des formations actions qui permettront de mettre en œuvre des actions concrètes, comme le PVP en 2014

Le Plan de formation de l'EHPAD Le Cloître pour 2014 comprend les formations suivantes :

- Projet de vie personnalisé pour l'ensemble du personnel : 50 agents (hors plan)
- Analyse de la pratique professionnelle
- Communiquer autrement pour prendre soin : AS/ASH : deux personnes
- Travailler la nuit : un agent de nuit.
- Connaître et savoir soigner les problèmes dermato et les plaies des personnes âgées
- AFGSU : pour 6 personnes.

- Le dossier de soins informatisé PSI : 20 agents
- Les techniques d'élaboration du budget pour deux agents.
- Formation « Prendre soin au moment du repas » : formation commune au personnel de cuisine et au personnel soignant)
- Formation manutention
- Formation ASH Qualifié pour 3 agents.
- Formation habilitation électrique pour le deuxième agent d'entretien.
- Formation pour un diplôme universitaire de gérontologie pour une IDE.
- Formation Suivi HACCP (personnel de cuisine)
- Formation Bientraitance (avec l'outil Mobiqual) pour l'ensemble des soignants
- Formation Prévention Escarres pour l'ensemble des soignants
- Formation SODHEV aux soins bucco-dentaires (5 agents)
- Formation Nutrition (pour 3 agents) avec la filière gérontologique
- Formation Incendie (2 groupes de 15 agents)
- Formation Gestion des risques en EHPAD pour la Cadre de santé
- Formation sur la prévention des RPS (pour la Directrice et la cadre de santé)

A

- **La gestion des emplois et compétences**

La direction anticipe les besoins en compétences nécessaires pour assurer les missions de la structure. Les perspectives et possibilités d'évolution des professionnels sont étudiées.

Un suivi du personnel est organisé au travers d'un entretien individuel annuel réalisé par le responsable hiérarchique avec une grille d'évaluation. L'entretien annuel permet également de faire un point sur toutes les formations suivies dans l'année par l'agent et pour l'agent de faire part de ses souhaits de formation.
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.

Les supports relatifs aux entretiens annuels sont en cours d'actualisation par le GCS. 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 Une grille d'entretien annuel créée sous la forme d'un tableau Excel sur les savoirs-être et savoir-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.

Cette grille est actuellement en test dans un établissement et sera proposée pour un déploiement au niveau du GCS dans courant 2015.

C

- **Le soutien des professionnels**

Suite à l'expression d'une demande de la part des représentants du personnel, de février 2013 à juillet 2014, un groupe d'analyse de la pratique a été animé une fois par mois, par un psychologue extérieur sur la base du volontariat.

Depuis juillet 2014, ce psychologue ne peut plus se déplacer et le groupe a été arrêté.

En novembre 2014, la directrice a proposé au CTE de mettre également en place un soutien par le biais d'ateliers qui seraient organisés pour l'ensemble du personnel. Elle a proposé également la mise en place d'un groupe de parole pour les IDE mutualisé avec d'autres structures. Les agents ont exprimé un avis mitigé face à cette proposition, ils sont un peu déçus que la psychologue n'intervienne plus dans la résidence. Une présentation de cette démarche sera programmée en présence du ou des futurs animateurs avant toute validation.

La psychologue de l'établissement est présente le lundi et le mercredi, elle assiste aux transmissions sur ces jours de présence. Elle est en appui sur certaines situations en collectif ou à titre individuel.

C

- **Les risques professionnels**

Le document unique d'analyse des risques professionnels n'est pas formalisé. Il s'agit d'une action du plan d'évaluation interne dont l'échéancier de réalisation est fixé à 2015, (un audit des risques psychosociaux a été réalisé d'avril à septembre 2013 par un cabinet d'audit agréé par le ministère du Travail).

A l'issue de cet audit, demandé par le CHSCT, l'établissement a travaillé sur un plan d'action spécifique « Risques Psycho sociaux » bâti sur les bases de l'expertise et en accord avec les membres du CHSCT, de l'inspection du travail et du médecin du travail.

Le plan d'actions sur les risques psycho sociaux comporte 6 grandes actions :

- 1-Accueil des nouveaux agents
- 2-Temps d'échanges entre les professionnels
- 3-Travail sur l'accueil des nouveaux résidents
- 4-Réflexion sur les équipements

- 5-Réflexion sur les situations de travail difficiles
- 6-Analyse des causes des accidents du travail

Des mesures ont été prises suite à l'élaboration du plan : travail sur les situations de travail pouvant engendrer de la souffrance, structuration temps d'échanges entre les professionnels, groupe de travail sur accueil nouvel agent, travail sur support de déclaration accident du travail et incident bénin

Dans l'ensemble, le taux d'équipement de l'établissement en matériel était déjà important, l'équipement informatique a été développé et des équipements pour la lingerie ont été achetés et sont en cours d'acquisition.

Le travail sur l'élaboration du DUERP est inscrit au plan de formation 2015. L'objectif est notamment de former un référent manutention pour prévenir les accidents du travail.

B

- **Le dialogue social**

Le Comité Technique d'Etablissement est mis en place. Il se réunit en règle générale quatre fois par an.

Des élections des représentants du personnel se sont déroulées le 4 décembre 2014.

Une boîte aux lettres est à disposition des agents pour toutes les questions diverses à porter à la connaissance des membres du CTE. Cette boîte aux lettres est ouverte quelques jours avant la réunion en présence de la directrice. A cette occasion, l'ordre du jour est complété. Les comptes rendus de réunions du CTE sont clairs et détaillés.

Il existe également une Amicale des agents qui se réunit environ 4 fois par an et organise des événements : marché artisanal, repas.

Le CHSCT a été créé en 2012 et se réunit 4 fois par an, en présence du médecin du travail. L'inspecteur du travail est invité et il a été présent à une réunion.

L'ambiance et le climat social de l'établissement sont bons. Les représentants du personnel soulignent que les réunions des instances se déroulent de manière plus constructive les représentants du personnel soulignent qu'il y a peu d'accidents du travail, moins d'arrêts de travail, et peu de turn-over (sauf au niveau du personnel infirmier). Le taux d'absentéisme en 2014 est de 15%.

Le personnel rencontré souligne la bonne écoute de leur hiérarchie. Le personnel est relativement satisfait du matériel mis à sa disposition ainsi que des conditions de travail.

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 :

- Des réunions sur les projets personnalisés sont organisées, une fois par semaine le vendredi en début d'après-midi.
- Des transmissions d'informations concernant les usagers sont réalisées trois fois par jour : AS/IDE/ASH
- Des transmissions écrites dans le dossier de soins informatisé sont accessibles en temps réel par les professionnels,
- La directrice organise une réunion une fois par semaine avec la cadre de santé le jeudi et avec les secrétaires (pas d'ordre du jour et de comptes rendus de réunions)
- Une commission de préadmission commune avec l'EHPAD de REGNY se réunit une fois par mois ou une fois tous les deux mois.
- Réunions du COPIL : pas de détermination de rythme de réunion, des comptes rendus de réunions
- Des réunions plénières pour l'ensemble des agents ont lieu trois ou quatre fois par an.

A l'occasion des vœux, la direction organise une réunion avec l'ensemble du personnel : elle communique des informations sur le fonctionnement de l'établissement :

- Bilan de l'année
- Projets pour l'année future
- Points sur la démarche d'amélioration continue de la qualité.

- **Appréciation des évaluateurs**

Une procédure d'accueil du nouvel agent est élaborée et de nombreux outils sont mis en place pour faciliter son intégration.

Une fiche de poste et de tâches est remise à l'embauche de chaque agent. Ces fiches sont en cours d'actualisation et un groupe de travail a été constitué sur l'accueil du nouvel agent.

Des formations sont réalisées pour l'ensemble des agents ce qui permet d'actualiser et harmoniser les pratiques de tout l'établissement, correspondant aux objectifs de qualité d'accompagnement de l'établissement et à la montée en compétences.

Les entretiens annuels sont réalisés et les perspectives d'évolution étudiées. Les grilles d'entretien d'évaluation annuel sont de véritables supports de valorisation des compétences acquises et des compétences qui restent à acquérir pour les agents. 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.

Un plan de prévention des risques psycho sociaux a été élaboré suite à un audit extérieur. Les agents soulignent que le climat s'est amélioré et la direction est à l'écoute. Néanmoins, un soutien par un psychologue extérieur sous la forme de groupes de parole ou d'atelier sur les pratiques est à remettre en place de façon régulière afin d'apporter un soutien aux professionnels, en complément d'autres actions pouvant être envisagées : transmissions entre équipe, renforcement de la notion d'équipe, formations communes.

Le document unique reste à élaborer an collaboration avec les représentants des personnels et à laisser à disposition des agents.

92,44/100 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. Un accès à distance par les médecins libéraux existe et est sous exploité.

Les règles de confidentialité sont garanties. Les professionnels ont accès aux informations nécessaires.

A ce jour l'ensemble des intervenants libéraux n'assure pas de traçabilité sur ce support unique qu'est le dossier patient. Ce point est une préoccupation de l'encadrement car il affecte la continuité de l'accompagnement qui a entamé des actions de sensibilisation.

A ce titre, un certain nombre de traçabilités dans le dossier patient pourraient être consolidées par les intervenants libéraux associés à la prise en charge afin d'accentuer la coordination de l'accompagnement : bilan, réflexion bénéfice risque, évaluation des prescriptions.

Les dossiers administratifs papier sont dans une armoire fermée à clef au secrétariat.

Les éléments papier des dossiers médicaux sont dans le bureau médical fermé à clef.

A

- **La sauvegarde et l'archivage des données**

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.

Le serveur informatique est interne à l'établissement.

Les intervenants extérieurs ont accès au dossier patient de la structure. Ces accès sont sécurisés.

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

A

- **Le droit d'accès aux informations par l'usager**

Le droit d'accès des usagers aux informations les concernant est précisé dans le règlement de fonctionnement de l'établissement : « Tout résident (qui peut être accompagné de la personne de confiance) et, le cas échéant, son représentant légal, a accès, sur demande formulée de manière précise, à son dossier médical informatisé et de soins (loi du 4 mars 2002) ayant fait l'objet d'une déclaration à la CNIL. Le résident a un droit d'accès et de modification aux données personnelles informatisées détenues ».

De plus, une note d'information précise l'informatisation des données personnelles et le contexte législatif défini par la loi Informatique et Libertés.

B

- **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, fin octobre.

La convention tripartite troisième génération couvre la période 2013-2017.

Le terme légal de la CTP 2 était août 2012, mais les autorités de tutelle ont demandé la signature d'un avenant de prolongation d'un an, prolongeant le terme jusqu'au mois d'août 2013.

Une proposition d'organisation a été faite, mais des ratios d'effectifs ont été appliqués par les autorités de tutelle. Au moment de la signature de la convention, le GMP pris en compte était de 737 et le PMP s'élevait à 202.
L'accord de ces moyens nouveaux s'est déroulé en deux phases. Les moyens nouveaux accordés au titre du budget soins ont été accordés à compter du 1er juillet 2013

Le Conseil Général a souhaité accorder les moyens nouveaux au titre du budget dépendance et hébergement au titre de la CTP3 au début de l'année 2014 et ne pas modifier les tarifs en cours d'année.
Plusieurs postes ont été financés :

- ✓ Création de 0,10 ETP de qualiticienne
- ✓ + 3,40 ETP d'AS, transformation des postes d'ASH ci-dessous
- ✓ - 3,40 ETP d'ASH (12,60 ASH au total en poste)
- ✓ Création de 0,60 ETP d'AS donc en tout 4 ETP supplémentaires (19 ETP d'AS au total dans l'établissement)
- ✓ + 0,40 ETP d'IDE (6,10 déduction faite de l'effectif de la cadre de santé et de 0,20 d'IDE Hygiéniste,) soit 5,10 d'IDE au total sur l'établissement
- ✓ + 0,20 médecin coordonnateur en plus (non pourvu à ce jour)
- ✓ Création de 0,20 d'ergothérapeute (non pourvu à ce jour)
- ✓ + 0,10 ETP de psychologue

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

Dans le cadre de la convention, il y a eu une actualisation sur tous les groupes intégrant le GVT (Glissement Vieillissement Technicité) des agents donc il n'y a plus d'écart entre le coût financé et les coûts réels des salaires : le re-basage des dépenses tous groupes confondus a absorbé 70% des mesures nouvelles

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.

Une réflexion sur les cycles de travail a été amorcée début 2013 et a conduit à une nouvelle organisation du travail, mise à l'essai en mars de cette même année. Ce travail a été suspendu avec l'audit des risques psycho sociaux.

Une proposition de nouvelle organisation a été testée, avec consultation régulière des représentants du personnel, à partir du mois de janvier 2014 (à l'essai pendant trois mois). Elle est pérenne depuis le mois de juin 2014 (suite à certains ajustements).

Elle se traduit par :

- La diminution du nombre d'heures par jour donc diminution des jours de RTT de 20 à 15
- L'harmonisation des effectifs le week-end
- L'harmonisation d'horaires de repas le soir entre les étages
- Un travail sur les coupés pour les repas et les couchers : les pauses ont été travaillées afin de tenir compte des besoins d'accompagnement des résidents au moment des repas.

Des ASHQ effectuent des toilettes en binôme avec les AS. La fiche de tâche de l'ASHQ n'est pas la même que celle de l'AS. Peu d'entre elles ont la qualification ASHQ (Agent de service qualifié).

L'établissement a entamé ce processus de qualification en 2012 et entend le pérenniser. 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.

A

- **Le suivi et la répartition des moyens financiers mobilisés**

En 2013, le résultat en soin était à l'équilibre en raison des crédits non reconductibles octroyés par l'ARS.

L'établissement a constaté un déficit en dépendance de 1000 euros en 2013.

Il y a eu une autorisation d'augmentation de tarifs: dans le cadre des négociations de la CT3 dans le cadre de re-basage des dépenses et d'accord de nouveaux effectifs.

Un suivi mensuel de l'activité est réalisé.

Les dépenses de personnel et de fonctionnement ne font pas l'objet d'un suivi mensuel.

Un tableau de suivi des contrats de travail est réalisé.

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 et bien géré, il permet un partage des informations à l'ensemble des professionnels. Les médecins traitants utilisent également l'informatique pour tracer la prise en charge et établir les ordonnances.

Le droit et les modalités d'accès des usagers aux informations les concernant sont clairement précisés dans le règlement de fonctionnement de l'établissement.

Les moyens supplémentaires alloués par la CT3 permettent à l'établissement d'assurer la prise en charge de la population accueillie dont le niveau de dépendance est en accroissement. Conformément aux effectifs autorisés, l'établissement devra tendre vers l'embauche :

- d'un ergothérapeute

- la transformation des postes d'ASH en poste AMP/AS

- pourvoir la totalité de l'ETP de médecin coordonnateur autorisé (0,50 ETP pourvu actuellement à hauteur de 0,30 ETP).

L'établissement devra engager les ASH qui effectuent des soins de nursing dans une démarche d'obtention de la qualification d'agent de service hospitalier qualifié.

B. ACCOMPAGNEMENT DU RESIDENT

87,42/100

1. Accueil et admission du résident

B

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

L'accueil est accessible et la permanence téléphonique permet aux usagers d'être renseignés. L'accueil est ouvert du lundi au vendredi de 9h-17h.

La procédure décrivant les étapes d'admission n'est pas formalisée. L'écriture de cette procédure est en cours.

Lorsqu'une personne fait une demande de renseignements, ses coordonnées sont enregistrées. A la demande de toute personne intéressée, une visite de l'établissement est réalisée.

Il existe une commission de préadmission commune avec l'EHPAD de Régny qui comprend les deux cadres de santé, ainsi que le médecin coordonnateur et la directrice qui travaillent sur les deux établissements.

Cette commission met en adéquation les soins requis avec les possibilités d'accueil de l'établissement.

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 recherchée à cette étape.

Le médecin coordonnateur n'effectue pas de visite médicale de préadmission, mais contacte le médecin traitant en cas de besoin. A noter que beaucoup d'entrées se font en urgence, en provenance de l'hôpital (service de médecine, ou SSR).

Une visite de l'établissement est organisée avec le résident et/ou sa famille dans un cas sur deux seulement en moyenne.
La commission de préadmission établit une fiche de renseignements au vu du dossier qui sera transmise à l'équipe.

L'établissement gère les dossiers en attente. Le jour de l'évaluation, une dizaine de dossiers étaient en attente. Le taux d'occupation de l'établissement est actuellement de 99,40 %.

A

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

Le secrétariat remplit le dossier informatique en précisant les coordonnées des personnes à prévenir et de la personne de confiance.

Les agents sont informés de toute nouvelle entrée lors des transmissions…).

Les éléments de connaissance de la personne sont partagés entre les agents lors des transmissions.

B

- **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

Parfois, les documents contractuels sont remis et expliqués au référent familial avant l'admission. Dans la pratique, le résident n'est souvent pas présent à ce temps d'explication.

Pour plus de disponibilité de la part des équipes, l'accueil se fait généralement l'après-midi, un soignant est détaché pour l'accueil du résident.

Une carte de bienvenue ainsi qu'un cadeau sont offerts (flacon de parfum au nom de l'établissement).

L'arrivée du nouveau résident est annoncée aux autres résidents et au personnel.

Depuis septembre 2014, à la suite de la mise en place des PVP, un référent institutionnel est identifié dans les premiers jours d'accueil du résident (ASD ou ASH).

A

- **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.

Les dossiers administratifs contiennent :

- Un contrat de séjour et les annexes datés, paraphés et signés des 2 parties, (dont fiche de "libre choix", l'autorisation de droit à l'image, la fiche tarifaire, la charte, la fiche de réservation, l'acte de cautionnement solidaire, le recueil de la personne de confiance, la charte du personnel, 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 (copie des documents relatifs à la CAF, aux Impôts, l'acte de naissance du résident)

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

Il existe un « registre matricule des hospitalisés » sous une forme réglementaire avec pages numérotées, et mentionnant les entrées et les sorties.

A

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

Une visite des lieux de vie de l'établissement est réalisée avec le résident dans les jours qui suivent son admission.

Le programme des activités est remis au nouveau résident.

Le plan de table est revu pour intégrer le nouveau résident. Il est modifié en fonction des affinités.

Le recueil des données est réalisé par l'aide-soignant ou l'infirmier le jour d'arrivée du 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.

- **Appréciation des évaluateurs**

Les demandes d'admission sont suivies et tracées, néanmoins, la procédure décrivant les différentes étapes de l'admission du résident est à élaborer avec la formalisation du fonctionnement de la commission de préadmission.

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

Un référent institutionnel est identifié dans les premiers jours de l'accueil ce qui est un point fort.

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 le représentant légal.

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

- La mise en place de visites de préadmission et a minima de visites de l'établissement par le résident 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 doit être réalisée par le résident.

83,06/100 2. Le projet personnalisé du résident

L'établissement a mené une réflexion sur la prise en charge et la personnalisation avec les groupes de travail sur l'élaboration de la Charte des valeurs du personnel.

L'ensemble du personnel (50 agents) a été formé à l'élaboration des projets personnalisés du mois d'avril au mois de juin 2014 : discussion sur la méthodologie, les référents, le document, le lien avec l'accueil et des éléments sur l'évaluation du Projet...

L'objectif était d'élaborer la nouvelle trame du Projet de vie Personnalisé (PVP). Des projets de vie étaient déjà élaborés, mais il s'agissait plutôt de recueils des habitudes de vie. L'élaboration des PVP selon la nouvelle méthode a débuté au début du mois de septembre 2014.

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.

Le recueil est étoffé au fil de l'eau par rapport aux observations des soignants avec des regards croisés.

Avant l'élaboration du projet, le référent prend un rendez-vous avec l'usager et échange avec lui sur la prise en charge globale. L'objectif est de mieux connaître la personne.

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.

Ce recueil de souhaits est formalisé dans le dossier de soins informatisé (dans les rubriques Habitudes de vie/Social/PVP).

Le projet personnalisé est expliqué au résident. Il a vocation à court terme, à être imprimé et signé par le résident ou son représentant.

B

- **La rédaction du projet personnalisé**

Les modalités d'élaboration des projets personnalisés sont formalisées.

Le PVP est élaboré en pluridisciplinarité.

Participent à ces réunions : la cadre de santé, une IDE, le médecin coordonnateur, l'animatrice, deux soignants (pas obligatoirement le référent). Ces réunions sont ouvertes à tout autre professionnel qui le souhaite.

Ces réunions sont organisées le vendredi toutes les semaines en début d'après-midi.

Il y a une programmation des PVP au trimestre.

C'est le référent qui prépare la synthèse (pré projet) avec des objectifs, le pilote de l'action et les moyens à mettre en œuvre, supervisé par l'IDE.

Le pré-projet est étoffé et validé lors de la réunion pluridisciplinaire.

Les objectifs et les actions sont synthétisés dans un tableau de bord.

Des objectifs clairs, concrets et personnalisés sont formalisés dans le projet de vie personnalisé du résident. 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 ; la personnalisation des soins et de l'accompagnement doit être quant à elle quotidienne.
Cette orientation est un choix de l'établissement, sur la base de la RBPP « Qualité de vie en EHPAD volet 1 ».
A la date de l'évaluation externe, treize bénéficient d'un PVP depuis le démarrage de la démarche en septembre 2014.

A

- **La mise en œuvre du projet personnalisé**

Les PVP sont à disposition des soignants, par le biais du tableau de bord affiché en salle de soins et par le PSI.

Les actions mises en œuvre sont tracées dans le PSI.

C

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

Dans les faits, la prise en charge des résidents est modifiée à chaque modification de l'état de santé.

Du fait du démarrage récent de l'élaboration des PVP, il n'y a pas eu encore à ce jour d'évaluation réalisée.

- **Appréciation des évaluateurs**

Les modalités d'élaboration des PVP de l'EHPAD Le Cloître, actualisées en 2014 comprennent de nombreux points forts :
-Recueil des besoins et attentes à l'entrée
-Plusieurs référents et co-référents nommés (comprenant l'ensemble du personnel soignant, administratif, logistique et technique)
-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 PSI.

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 pour valoriser la prise en compte de l'expression du résident et la co-construction du PVP.

Les objectifs fixés ont essentiellement trait à la vie sociale du résident, la fixation d'objectifs et d'actions à réaliser sur la prise en charge globale du résident permettrait 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. Cette orientation est un choix de l'établissement, sur la base de la RBPP « Qualité de vie en EHPAD volet 1 ».

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

75,26/100

3. Le maintien des liens sociaux et l'animation

C

- **Le projet d'animation**

Le Projet d'animation de l'EHPAD Le Cloître n'est pas formalisé.

Lors de la visite sur site, l'animatrice n'était pas présente (arrêt maladie). Les informations sur le maintien des liens sociaux et l'animation ont été recueillies auprès d'une AS, qui la remplace (sans être en totalité déchargée du soin).

Les bénévoles du Comité d'Animation occupent pour l'instant une place prépondérante dans le cadre de l'animation. Le programme est élaboré mensuellement par l'animatrice en lien avec la présidente des bénévoles. Le programme est distribué aux résidents. Il est affiché, lisible, en A3, gros caractères.

Les attentes des résidents en matière d'activités individuelles et collectives ne sont pas recueillies de façon formalisée et une commission animation n'est pas mise en place.

Une animation minimum par jour, est réalisée.

La traçabilité du suivi des participations des résidents aux différentes animations était effectuée par l'animatrice, suspendue depuis son arrêt et prochainement repris par sa remplaçante.

Les résidents sont incités par l'animatrice, les soignants, les bénévoles, à participer aux activités.
L'équipe d'animation souligne que la non-participation est due au respect du souhait des résidents.
La priorité est laissée au respect des choix des résidents.

En complément de l'animation, des accompagnements personnalisés sont réalisés par les soignants de manière individuelle ou en petits groupes, de 15h30 à 17h. Il n'y a pas actuellement d'ateliers thérapeutiques animés par l'animatrice et la psychologue.

A

- **Les liens intergénérationnels**

Des liens intergénérationnels sont entretenus avec différentes structures :

- Les enfants de l'école primaire du village, font des jeux dans le parc participent à différentes activités telles que peinture, pâtisserie, chants, recherche des œufs de Pâques...
- Les élèves de la Maison Familiale Rurale de Vougy ont pratiqué des échanges d'objets anciens et d'objet modernes.

- Les élèves de la Maison Familiale Rurale de Saint Germain Lespinasse ont eux-mêmes organisé un loto.

L'établissement entretient également des liens avec des associations, structures de personnes âgées. Il existe des liens avec le club du 3e âge du village.

Certains résidents peuvent s'y rendre, et le club vient dans l'établissement pour participer à un concours de belote.

A

- **L'accès aux services environnants**

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

Les horaires de la bibliothèque de Saint Symphorien de Lay sont affichés dans l'entrée.

Certains résidents se rendent seuls au club du 3e du village.

L'établissement propose un accompagnement des résidents aux services environnants (mairie, marché, banque, poste…).

Selon leur demande, les résidents peuvent être accompagnés chaque jeudi au marché, et en profiter pour prendre une consommation au café du village, ils peuvent également être accompagnés au centre commercial, à la bibliothèque, ou au cinéma.

A

- **La participation de l'extérieur aux activités de l'établissement**

L'établissement favorise la participation des résidents à la vie de la cité : marché, courses, fêtes, animations culturelles, débats publics :

- Participation au marché de Noël du village en organisant un stand spécial : crêpes, vin chaud, café, objets fabriqués par les résidents, et orgue de barbarie. Les résidents y sont accompagnés par le personnel.
- Les résidents participent à de nombreuses sorties à l'extérieur : Goûter de Noël organisé par le CCAS au restaurant, sorties au restaurant l'été avec les familles, parties de pêche à la ligne, piques nique,
- Différentes visites variées sont proposées aux résidents : musée de la cravate et celui de l'accordéon à Panissières, musée d'Ambierle sur les traditions du Roannais, le sanctuaire de Notre Dame de l'Hermitage, la brasserie artisanale de la bière à Tarare, le petit musée du clavier de Tarare, le château de La Bâtie d'Urfé à Saint-Étienne-le-Molard, l'Abbaye de Pradines, le port des péniches de Briennon, le lac de Villerest, le chantier naval de Tarare, visite d'une ferme avec dégustation de glaces.

Pour cela, l'établissement dispose d'un minibus de 9 places, facilitant les déplacements en groupe.

B

- **La création et le maintien des liens sociaux**

L'établissement organise chaque année au mois d'août un barbecue, où tous les résidents, familles, personnel sont invités à participer (200 personnes environ y participent).

L'établissement favorise la médiation animale en accueillant une ferme ambulante qui se déplace avec ses animaux, ainsi qu'une association canine.

Pour les résidents les moins autonomes, un guitariste intervient pour faire de "la musique au chevet".

L'établissement facilite les visites et respecte leur caractère privé. Les visites sont libres.

Il existe un lieu d'affichage des informations à destination des familles et des usagers à l'entrée et des panneaux à chaque étage.

L'établissement n'a pas d'installation permettant aux résidents de disposer d'un accès internet soit dans leur chambre soit à un poste commun équipé du son et d'une webcam.

A

- **L'implication du bénévolat**

Des bénévoles interviennent dans la structure.et participent à l'animation.

L'association de bénévoles existe depuis 30 ans et intervient dans l'établissement sous le nom de "Comité d'Animation ". Cette association regroupe une cinquantaine de bénévoles. Les modalités de coopération des bénévoles et intervenants sont formalisées par une convention spécifique.

A ce jour, les bénévoles ne portent pas de badge permettant de les identifier. Cette action d'amélioration est envisagée à court terme.

- **Appréciation des évaluateurs**

Le projet d'animation est à élaborer en lien avec la formalisation du Projet d'Etablissement.

Il devra décrire précisément le public visé, les objectifs poursuivis et les modalités d'organisation des animations.

L'outil permettant le recueil formalisé des souhaits des résidents en animation est à mettre en place, de même que la commission animation afin d'établir les programmes d'animation en fonction des souhaits des résidents.

De nombreux résidents peuvent participer à de nombreuses sorties et festivités grâce à la forte implication des bénévoles, en appui de l'animatrice.

Compte tenu de la population accueillie, l'établissement devra réfléchir à développer la mise en place d'ateliers thérapeutiques. Ce travail devra s'effectuer en lien avec la psychologue et l'équipe soignante.

Le suivi de la participation aux animations est à réactiver. Ce suivi facilitera le partage des informations avec les professionnels et devra notamment être utilisé dans le cadre de l'élaboration et l'évaluation des Projets de vie personnalisés.

83,14/100 4. Les soins

L'organisation des soins

B

- **La coordination des soins**

Le projet de soins n'est pas à ce jour élaboré. L'équipe soignante (cadre nouvellement arrivée) et le médecin coordonnateur souhaitent faire la synthèse des travaux effectués pour l'évaluation interne et l'évaluation externe pour formaliser le projet de soins.

L'établissement bénéficie d'un poste de 0,3 équivalent temps plein de médecin coordonnateur pour assurer la coordination des soins et des intervenants extérieurs avec l'aide d'une cadre de santé.

L'organisation en place garantit la sécurité et la continuité de la prise en charge. Le personnel IDE est présent tous les jours de 6h40 à 21h00 et une équipe d'ASD-ASHQ de jour de 6h40 à 21h00.

Une AS et une ASH sont présentes la nuit de 20h50 à 6h50. Les horaires des équipes de jours et de nuit se chevauchent et des relèves sont faites le matin et le soir (10 min).
Le résident a le choix de son praticien libéral, actuellement 6 médecins traitants, et 2 kinésithérapeutes interviennent dans l'établissement.

Les médecins traitants interviennent pour des visites programmées tous les 15 jours dans l'établissement ce qui assure une présence une à deux fois par semaine d'un médecin traitant.

L'établissement bénéficie d'un temps de diététicienne.

L'établissement est organisé de telle manière qu'une intervention médicale est possible très rapidement en cas de problème (les médecins libéraux intervenant au centre de santé de St Symphorien de Lay proche de l'EHPAD).

La nuit, l'astreinte médicale est assurée jusqu' à minuit puis recours au SAMU. L'astreinte médicale est régulée par le 15.

Les intervenants médicaux et paramédicaux (médecins traitants, kinés …) ont accès au dossier individuel des résidents avec un code spécifique et le complètent dans le respect des règles déontologiques (à l'exception des kinés).

Les visites des médecins traitants et des kinés sont planifiées. Les médecins traitants se présentent en salle de soins pour permettre aux IDE, d'être informées de leur visite et leur transmettre des informations si nécessaires.

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…

A

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

Dans le cadre de l'adhésion au GCS du Roannais, l'établissement bénéficie de l'intervention de compétences mises à disposition et de mutualisation. L'établissement peut recourir en externe à des consultations spécialisées et aux plateaux techniques du Centre Hospitalier de Référence.

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) : une équipe mobile géronto-psychiatrique intervient régulièrement dans l'établissement et est décrite par l'équipe soins comme très investie : trois résidents sont suivis par cette équipe mobile.

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

Les habitudes de vie des résidents sont connues, formalisées dans le PSI, et mises en place par le personnel.

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.

L'organisation des levers et des couchers respecte le rythme de vie du résident, notamment par la présence des soignants sur une plage horaire large et la programmation des animations en fin d'après-midi permettant aux résidents de faire une sieste après le repas.

Une douche par semaine est planifiée pour tous les résidents.

Les plans de soins sont réalisés dans le logiciel. La traçabilité des soins est réalisée par les soignants sur le logiciel informatique.

A

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

Pour assurer la surveillance des résidents la nuit, l'équipe de nuit est composée d'une AS et d'une ASH.

Leur prise de poste s'effectue à 20h50 jusqu'à 6h50 le lendemain matin (l'équipe de nuit totale est composé de 5 ETP : 3 postes d'AS et 2 postes d'agents.)

Des transmissions orales ont lieu le soir et le matin pendant 10 min avec une IDE (sauf le week-end), l'équipe de nuit lit également les transmissions écrites sur le logiciel.

Plusieurs tours de surveillance sont réalisés pendant la nuit (21h, minuit et 5h30)

Les accès de l'établissement sont sécurisés : les portes d'entrée sont fermées à clef par les soignants de nuit.

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

Les soins sont validés à 23h, à une heure et à 5 Heures et demie.

Les changes de protection sont réalisés suivant les consignes formalisées pour les résidents concernés et le plus souvent en binôme. Quelques résidents sont couchés par les aides-soignants de nuit.

L'AS et l'ASH effectuent également quelques tâches de nettoyage des locaux (salles à manger et salle du parquet)

Le personnel de nuit fait tourner des machines de linge le week-end : le blanc et les lavettes, les serviettes de toilette, les chemises de nuit.

Elles préparent les chariots des petits déjeuners : plateaux, bols, biscottes, eau au frigo. Elles ont également à disposition des collations pour les résidents le nécessitant.

Tout changement d'état de santé du résident et/ou tout nouveau problème survenant la nuit sont tracés sous forme de transmissions informatisées.

Le personnel de nuit a un classeur à sa disposition avec l'ensemble des procédures d'urgence.

En cas d'urgence médicale, le personnel appelle le SAMU.

Le personnel de nuit est sensibilisé à la notion de souffrance psychique et à l'observation de ses manifestations possibles. L'information est transmise au personnel par les IDE et une surveillance particulière est mise en place.
La direction indique que les agents de nuit sont particulièrement impliqués dans les projets de vie personnalisés des personnes déambulant la nuit.

Le personnel de nuit participe aux réunions du personnel et aux formations internes qui ont lieu l'après-midi (dont formation manutention, 1 agent en novembre 2014). Il est invité également aux réunions du Projet personnalisé du résident.

B

- **Le dossier de soins**

Le dossier du résident comporte un dossier médical et un dossier de soins et des dossiers métiers : animation, psychologue… avec des accès sécurisés.

Le dossier de soins informatisé du résident est correctement renseigné par l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux (médecin traitant, IDE, AS, ASH, psychologue, diététicienne). Des transmissions narratives sont accessibles par tous les soignants.

Les intervenants extérieurs (kiné, médecins) ont accès au logiciel avec un code spécifique.

Les libéraux intervenant dans l'établissement ont accès aux informations concernant le résident. Ils tracent informatiquement les observations dans le dossier du résident.

Deux kinésithérapeutes interviennent dans l'établissement, ils n'effectuent aucune traçabilité, ni papier, ni informatique.

B

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

Le personnel est formé aux gestes de soins d'urgences dans le cadre de leurs formations initiales.

L'accès au 15 et aux astreintes administratives sont connus des professionnels et affichés.

Il existe un chariot d'urgence, scellé. Une liste de produits d'urgence, mais aussi celle du stock tampon est en place

Le chariot n'est pas contrôlé à périodicité mensuelle comme le décrit le protocole (deux fois en 2014).

A

- **L'hospitalisation**

Une procédure est formalisée pour la gestion des hospitalisations, et est connue des agents.

Les informations nécessaires sur l'état de santé du résident sont transmises à l'hôpital par le biais du Dossier de Liaison d'Urgence.

L'établissement anticipe et prévoit le nécessaire pour le retour d'hospitalisation du résident. L'IDE ou le cadre de santé appelle l'hôpital pour se tenir informé de l'évolution de son état de santé.

Le circuit du médicament

Le circuit du médicament fait l'objet d'une procédure.

A

- **La prévention des risques de iatrogénie**

La prévention des risques de iatrogénie est prise en compte par l'établissement. Le logiciel de prescription inclut dans le dossier patient informatisé en lien avec la base Claude Bernard fait apparaître les risques de iatrogénie.

Le médecin coordonnateur sensibilise les médecins traitants sur la iatrogénie médicamenteuse, notamment lors des commissions de coordination gériatriques.

A

- **La gestion des prescriptions**

Les six médecins traitants saisissent directement leurs prescriptions dans le logiciel.

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

A

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

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 modes de livraison des traitements par la pharmacie sont organisés, planifiés et sécurisés.
La pharmacie livre l'établissement une fois par semaine.

Une convention n'est pas signée avec la pharmacie, mais historiquement la pharmacie dispense les médicaments à l'EHPAD depuis sa création.

Elle dépose les médicaments dans un local fermé à clef et lors de dispensation de stupéfiants et de médicaments thermo sensibles, les traitements sont livrés directement à l'IDE.

En cas de modification ou de nouveau traitement, une organisation est prévue pour assurer la dispensation des médicaments dans les meilleurs délais. Le pharmacien se rend très souvent dans l'établissement (quasi quotidiennement).

Ce système garantit les modalités de sécurisation du circuit du médicament et l'identification des traitements et du patient.

Le nom du résident et la date d'ouverture ne sont pas systématiquement notés par les IDE sur les gouttes, sirops ...

L'administration des médicaments n'est pas faite uniquement par les IDE (pour des raisons de planning) et la délégation se fait alors aux AS qui vérifient la prise effective, toute non-administration est signalée sur le dossier. Une procédure de délégation des actes de la vie quotidienne est formalisée et une traçabilité dans le PSI sous l'intitulé administration du pilulier. Les fiches de traitements issues automatiquement des prescriptions médicales sont accessibles sur les chariots lors de la distribution des médicaments.

Les résidents ayant des difficultés pour déglutir sont identifiés et leurs traitements sont écrasés. Mais cette information n'est pas toujours donnée aux médecins traitants qui ne peuvent alors rechercher des solutions alternatives pour prescrire des traitements adaptés. Il existe un matériel pour écraser les médicaments.

La pharmacie est localisée dans la salle de soins, son accès est sécurisé.

Le réfrigérateur de la salle de soins ne contient que des médicaments. Il est équipé d'un thermomètre permettant un enregistrement quotidien de la température.

L'établissement stocke le minimum de médicaments nécessaires.

Les toxiques sont rangés dans un endroit protégé, fermé à clef. Un inventaire est réalisé à chaque utilisation d'un traitement.

A

- **La formalisation et l'évaluation du circuit des médicaments**

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 (en 2012 puis en 2013), des actions d'amélioration ont été mises en place.

La prévention des risques liés à la santé du résident

B

- **La prise en charge de la douleur**

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

Le personnel bénéficie de formations sur l'évaluation de la douleur et l'utilisation des échelles Doloplus et Algoplus, ECPA par le médecin coordonnateur, mais ces sensibilisations par le médecin coordonnateur ou le cadre ne font pas l'objet d'une traçabilité.

Des formations extérieures sont réalisées.

L'évaluation et la réévaluation de la douleur, après mise en place de l'antalgique, ne sont pas une pratique systématique au niveau des IDE et AS.

L'établissement a le souhait de nommer un référent douleur pour améliorer ses pratiques.

B

- **La prévention et la prise en charge des chutes**

Les chutes font l'objet d'une déclaration systématique et d'une cible dans le logiciel de soins : l'établissement constate 300 chutes par an en moyenne dont 1% de chutes dites graves. L'analyse des chutes n'est pas faite systématiquement, mais à ce jour une chute grave a conduit à une analyse des causes et a débouché sur la création du groupe Chutes.

La direction nous informe qu'un groupe travaille actuellement à l'élaboration d'une nouvelle fiche de déclaration de chute.

Les chutes ne font pas l'objet d'une analyse globale. Des actions individuelles sont mises en place si nécessaire.

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.

Une grille d'évaluation du risque d'escarre est disponible : Echelle de Braden.

Au moment de la visite sur site, 2 escarres étaient en traitement. 3 escarres sont guéries.

Il n'y a pas de protocole type de prise en charge des plaies. Des protocoles sont mis en place par les IDE au cas par cas.

Des sensibilisations en permanence sont réalisées auprès des soignants lors des transmissions.

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

A

- **La nutrition et l'hydratation**

Les troubles de la nutrition et de l'hydratation font l'objet d'une évaluation et d'une prescription médicale si nécessaire (repas spéciaux, régimes, compléments alimentaires). Des analyses sont régulièrement faites pour vérifier le taux d'albumine.

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

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 à finaliser. 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 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 solution avec l'équipe en relève.

La contention physique est réévaluée périodiquement en équipe soignante et induit un renouvellement d'ordonnance mensuel.

La procédure contention est à finaliser.

La famille est informée d'une éventuelle contention, mais la formalisation de leur position sur ce sujet n'est pas effective.

A

- **La prévention de la dépendance**

Une évaluation est réalisée avec la grille AGGIR très rapidement après l'entrée et deux fois par an minimum, elle est aussi réévaluée si l'état de santé de la personne le nécessite.

L'accompagnement des résidents est personnalisé au quotidien afin de prévenir et limiter le risque de dépendance des résidents et favorise cette autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

La santé du résident est évaluée régulièrement et les documents nécessaires pour sa bonne prise en charge (plans de soins…) sont modifiés à chaque changement d'état de santé du résident.

B

- **L'analyse et la maîtrise du risque infectieux**

Le poste d'IDE hygiéniste est autorisé à hauteur de 0.20 ETP mais non pourvu depuis juillet 2013.

L'EHPAD a signé avec le CH de Roanne une convention permettant l'accès aux services de l'équipe mobile d'hygiène. Une première réunion est prévue le 19 décembre 2014. L'EHPAD souhaiterait conserver une compétence en interne mais ne dispose plus à ce jour de la possibilité de mutualiser cette compétence dans le cadre du GCS.

Le DARI a été réalisé en 2012 (42% de bonnes pratiques) dans le cadre de l'évaluation interne et réactualisé en 2014 (64%).

Les affichages essentiels sont disponibles :

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

Un protocole de prévention des contaminations manu-portées est formalisé et mis en place

Les chariots de soins IDE et AS sont équipés de solutions hydro-alcooliques.

En cas d'accident d'exposition au sang, l'établissement a mis en place une prise en charge spécifique. La procédure est affichée dans les salles de soins et connue des agents.

Le centre de référence en cas d'AES est le CH de Roanne.

Une sensibilisation du personnel au respect des règles d'hygiène est organisée et comprend entre autres l'hygiène corporelle, le lavage des mains et la propreté vestimentaire. Les bonnes pratiques sur l'hygiène des mains sont affichées à chaque point d'eau, à l'attention également des visiteurs.

Les déchets de soins contaminés (seringues, pansements, compresses et petit matériel médical) sont stockés dans des containers appropriés dans un lieu fermé au public, et évacués une fois par semaine par une société extérieure.

Le circuit de déchets croise les circuits propres dans les ascenseurs, il sera à sécuriser.

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.

B

- **La prise en charge psychologique**

Une prise en charge psychologique est proposée aux résidents.

La psychologue intervient à 0,30 ETP. Elle accompagne les résidents ayant des troubles de l'humeur et du comportement, et réalise également des prises en charge individuelles régulières pour 6 résidents, ainsi que des prises en charge ponctuelles.

Elle ne réalise pas de bilan d'entrée (MMS...).

A

- **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 se présente au nouveau résident et à sa famille dès son entrée, et lui explique le rôle qu'elle peut avoir auprès d'eux. Un groupe de travail sur l'accueil du résident est en projet.

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.

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

Des protocoles d'urgence adaptés au risque suicidaire ne sont pas formalisés.

L'ensemble des personnes ayant été confrontées directement ou non à un passage à l'acte suicidaire est soutenu dans la mesure du possible par la psychologue, mais à ce jour il n'existe pas de groupes de paroles pour les personnels.

Il est proposé à la demande du personnel un temps d'échange avec l'appui de la psychologue sur les situations problématiques pour l'équipe et sur lesquels un échange est souhaité.

L'appui des équipes mobiles sur cette thématique est également une aide pour les équipes.

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées

B

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

L'établissement ne dispose pas d'une unité de soins spécifique, un projet de PASA est à l'étude.

L'accompagnement des résidents atteints de troubles cognitifs mobilise des activités sociales et thérapeutiques mises en œuvre par l'animation et en relais par le personnel des étages sur les plages horaires dédiées. Elles ne sont pas spécifiques aux résidents atteints de troubles cognitifs. Une réflexion doit être menée afin d'identifier les résidents devant bénéficier d'activités spécifiques.
A ce jour, il n'existe pas d'activités thérapeutiques organisées conjointement avec la psychologue.

L'équipe mobile Géronto Psychiatrique et de Gériatrie intervient à la demande du médecin et ces équipes sont disponibles pour les résidents et les familles. L'appui des équipes mobiles sur cette thématique est un appui pour les équipes.

Une prise en charge psychologique est proposée aux résidents. La psychologue de l'établissement accompagne les résidents, en fonction des besoins identifiés par l'équipe.

En 2012, des ateliers thérapeutiques ont été mis en place pour un groupe de résidents. Ils n'ont pas été pérennisés.

B

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

A l'intérieur, l'architecture garantit des espaces de vie sécurisants facilitant la liberté de déambulation, les repères temporo-spatiaux et la sécurité pour les résidents. Cependant, l'établissement ne dispose pas d'unité de vie sécurisée à ce jour.

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

Les familles rencontrées lors de l'évaluation craignent que l'établissement ne soit pas suffisamment sécurisé, et soulignent que les résidents désorientés peuvent sortir facilement. En particulier, les portes donnant accès aux escaliers ne sont pas sécurisées et ne peuvent pas l'être, aussi une demande de mise en place de plots de sécurité a été demandée au cours de la commission de sécurité de 2012, sans réponse à ce jour.

Cinq résidents sont munis de boitier de géo localisation. Ces bracelets ne les empêchent pas de sortir dans le village s'ils le souhaitent, mais ils permettent et de les localiser en cas de franchissement de leur zone de vie.

Les résidents ont la possibilité d'accéder librement à l'espace extérieur qui est protégé (jardin du Cloître). Des temps d'accompagnement des résidents par du personnel à l'extérieur sont également prévus.

B

- **Le soutien et la formation du personnel**

Le personnel recevra en 2015 une formation à l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou trouble apparenté.

L'établissement envisage de développer les compétences de type ASG et AMP dans ses effectifs.

Un soutien spécifique n'est pas organisé à l'attention du personnel qui travaille auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. La psychologue de l'établissement apporte son soutien au personnel, notamment au moment des relèves sur des situations particulières si besoin.

Le déploiement du projet de vie individualisé appuyé par la formation envisagée en 2015 permettra de développer l'expertise commune des agents à ce sujet.

L'accompagnement de la fin de vie

B

- **Le respect de la volonté de la personne**

Le personnel est sensibilisé à l'accompagnement de la fin de vie.

Les souhaits de fin de vie sont recueillis par l'équipe soignante. Les directives anticipées ne sont pas recherchées.

Lorsque la personne de confiance est désignée, l'information est conservée dans le dossier administratif et saisie dans le dossier de soins informatisé.

Des bénévoles de JALMALV (Jusqu'à La Mort Accompagner La Vie) peuvent intervenir dans L'EHPAD.

A

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

Dès que l'état de santé du résident laisse présager un décès, l'établissement informe immédiatement les proches (sauf demande contraire du référent familial mentionnée alors dans le dossier individuel).

L'établissement demande à la famille du résident ou à son représentant légal si des dispositions particulières ont été prises pour les obsèques (si l'information n'a pas été mentionnée préalablement).

Les proches sont informés régulièrement de l'état de santé du résident, des traitements mis en route et de leurs objectifs.
L'équipe sollicite la famille afin de savoir de quelle manière elles souhaitent accompagner la fin vie de leur proche.
L'accompagnement des familles lors de la fin de vie de leur parent est adapté en fonction des besoins des familles.

A

- **Le soutien des professionnels**

Les décès sont annoncés à toute l'équipe et par l'intermédiaire d'un registre de condoléances, à disposition des résidents et des familles lors d'un décès et affichage des obsèques.

La psychologue de l'établissement effectue un soutien auprès du personnel sur des temps formels comme les transmissions par exemple, ou sur des temps plus informels. Un nouveau groupe d'analyse des pratiques professionnelles est en projet.

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, gériatrique, réseau de santé de soins palliatifs, associations de bénévoles formés à l'accompagnement de fin de vie JALMALV…

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

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

- **Analyse et appréciation**

La coordination des soins auprès des partenaires liés à la continuité des soins est assurée par le médecin coordonnateur et par la cadre de santé.

Les libéraux qui interviennent dans l'EHPAD sont réunis, tous les ans, 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. Néanmoins, la traçabilité informatique de la prise en charge par les kinésithérapeutes est à développer. La direction souhaite que des actions soient développées par les médecins sur les bilans de prise en charge en lien avec les actions d'amélioration déterminées par la CCG : évaluation prescriptions, traçabilité bénéfice risques, médicaments écrasés ou forme galénique adaptée …

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.

Par ailleurs, le recours à l'équipe mobile d'hygiène et la présence de la diététicienne sont favorables à la prise en charge en soins.

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.

Le circuit du médicament est formalisé, 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 mise en place du groupe chutes est un point fort de l'établissement. Une analyse globale des chutes est à effectuer afin de mettre en place des actions de prévention généralisées.

Les équipes mobiles apportent un soutien efficace aux équipes dans le cadre des prises en charge spécifiques.

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

Des plans de continuité de l'action sont élaborés dans plusieurs domaines.

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 sont à développer.

C. CADRE DE VIE ET L'HOTELLERIE

73,34/100

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 la fonctionnalité et permettent de créer un cadre de vie agréable.

L'établissement dispose de plusieurs salons favorisant les rencontres, les temps de jeux, la prise du petit-déjeuner...

Il existe une salle fumeurs à l'entrée de l'établissement, ce qui explique l'odeur de tabac au rez-de-chaussée. Il s'agit d'une tolérance et l'établissement envisage de réaffecter ce lieu.

Une signalétique extérieure identifie clairement l'établissement.
Une signalétique intérieure permet aux résidents de se déplacer et de se repérer facilement. Un groupe de travail est envisagé sur ce sujet, suite à un audit de la qualiticienne.

Les extérieurs sont propres et entretenus (façade, jardins).
Les allées donnant accès à l'établissement sont dégagées et adaptées à la clientèle, en particulier pour les personnes handicapées (absence d'allées à gravier, adaptabilité de l'entrée ou mise à disposition d'une aide …).

Des espaces rafraîchis permettent de lutter contre les risques sanitaires en période de forte chaleur (les deux salles à manger du premier étage sont équipées d'une climatisation, mais pas celle du 2e étage).

C

- **L'aménagement des espaces individuels**

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

L'établissement propose un hébergement en chambre simple ou en chambres doubles.

Il existe 21 chambres doubles et elles sont peu aménagées pour pouvoir préserver l'intimité de chaque résident (rideaux ou claustra). Une seule comporte un rideau de séparation. Elles sont relativement vastes.

Les salles de bain sont petites et certaines ne sont pas accessibles aux fauteuils roulants. Dans ce cas, les douches sont données dans les salles de bain communes de chaque étage.

L'établissement dispose de 43 chambres simples. Six chambres individuelles ne sont pas équipées de douche.

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 (une plaque nominative est apposée sur chaque porte). L'agent d'entretien peut apporter son aide pour aider à cet aménagement ainsi que l'animatrice.

B

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

L'établissement offre un cadre de vie agréable, propre et sans odeur.

Les ASH ont reçu des formations sur le soin, mais pas de formation spéciale sur l'entretien des locaux. Elles n'ont pas à disposition de classeur regroupant les fiches techniques des produits ménagers qu'elles utilisent. Ce classeur existe, il est situé dans l'atelier, mais les ASH n'en ont pas connaissance, et ne savent pas où le trouver en cas de besoin.

Les produits d'entretien sont délivrés par l'intermédiaire d'une centrale de dilution existante à chaque étage. C'est l'homme d'entretien qui effectue le changement des bidons de concentrés, mais il le fait sans équipement adapté (gants, lunettes).

Les pictogrammes des différents produits ne sont pas affichés dans les locaux de ménage.

Les chariots de ménage sont propres, rangés et le matériel nécessaire est disponible.

Les chambres des résidents sont nettoyées un jour sur deux (sols, interrupteurs, poignées, téléphone, w.c.). La vérification visuelle et la traçabilité systématique sur le logiciel de soins PSI permettent de le vérifier.

En cas d'isolement d'un résident, la chambre est nettoyée tous les jours. Les chambres sont systématiquement nettoyées à fond entre deux résidents, et éventuellement refaites si besoin.

Le nettoyage des chambres à fond n'est pas planifié. Il est effectué seulement à la demande par exemple si le sol devient collant, ou à chaque départ. Ce nettoyage n'est pas cadencé à un rythme régulier, mais il est tracé dans le logiciel PSI par les ASH et dans le cahier à l'atelier par le service technique.

Le protocole d'entretien des chambres à fond n'est pas formalisé.

Les locaux communs sont nettoyés selon une fréquence déterminée. La traçabilité correspond à la programmation.

Le nettoyage des locaux communs est tracé sur papier. L'homme d'entretien passe l'auto laveuse dans les couloirs tous les vendredis.

Il effectue un décapage complet des sols une fois par an. Ce travail s'effectue en horaire de nuit durant une semaine.

Les lieux de stockage des produits d'entretien et produits dangereux sont signalés et fermés au public.

Les salles à manger et la tisanerie sont propres et rangées. Les frigos ne contiennent que des produits pour les résidents à consommer dans la journée. Les frigos font l'objet d'un relevé quotidien de la température. Si la température n'est pas conforme, une action est formalisée et mise en place.

Le relevé des températures des frigos se fait une fois par jour.

C

- **L'entretien du linge**

L'entretien du linge de maison (nappes, rideaux, couvertures…) n'est pas cadencé selon un planning de rotation. Cet entretien se fait à la demande selon les besoins.

L'entretien du linge plat est sous-traité, et son ramassage a lieu deux fois par semaine.

Il n'y a pas de protocole formalisé pour le linge contaminé. La lingère a écrit elle -même la conduite à tenir sur une feuille affichée au mur.

B

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

Les circuits sales et propres se croisent dans les ascenseurs.

Un audit a été réalisé en 2014 et il donne lieu à la mise en place d'un plan d'actions et des perspectives d'investissement notamment pour contenants de transfert.

Le tri du linge sale se fait dans la partie dédiée au tri du linge sale uniquement. Le linge propre qui sort des machines est déposé dans des contenants propres.

Le tri du linge se fait avec une tenue adaptée : tablier, gants et manchettes. La lingerie est équipée de chariots à fond mobile.

Ces chariots sont clairement repérés selon qu'ils servent au linge propre ou au linge sale.
Les espaces sont différenciés : tri du linge au sale, traitement du linge au propre : zone repassage, zone séchage, zone couture, zone mise sur échelle de distribution.

La lingerie est bien équipée avec trois laves linge alimentés par une centrale de dilution, deux sèche-linges, une centrale de repassage, une calandreuse, deux presses de marquage, une machine à coudre, des chariots de distribution.

La lingère a à sa disposition un classeur regroupant les fiches techniques des différents produits lessiviels qu'elle utilise.

Les nettoyages quotidiens de la lingerie et de son matériel (chariots, panières, filtres séchoir ...) sont planifiés. Ils ne sont pas tracés.

Le nettoyage à fond de la lingerie se fait le vendredi, il n'est pas tracé.

- **Analyse et appréciation**

Les espaces collectifs sont assez bien aménagés et sont agréables. En revanche, l'établissement comprend un nombre élevé de chambres doubles et certaines chambres ne comportent pas de douche, ce qui ne facilite pas le respect de la dignité et le droit à l'intimité pour chaque résident.

Le classeur regroupant les fiches techniques des produits ménagers est à mettre à disposition des ASH et une formation sur le nettoyage des locaux est à organiser.

Une amélioration est à apporter sur la planification et la traçabilité du nettoyage des chambres à fond.

Concernant le circuit du linge sale et propre une réflexion est à mener sur les horaires afin d'éviter les croisements dans l'ascenseur. La procédure relative à la gestion du linge contaminé est à diffuser en lingerie.

91,50/100

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.

Les tables sont recouvertes de nappes les jours fériés.

Les assiettes pour le service de midi semblent dépareillées, car elles présentent 3 sortes de décoration différentes (blanche, à fleurs ou à bordure rouge).

Il s'agit en fait d'un code couleur pour distinguer les différents régimes alimentaires (mixés total, mixé viande, ou régime normal). Pour le repas du soir, les assiettes sont toutes identiques, et les différents régimes ne sont donc pas repérés.

Le personnel porte un tablier de service en plastique lors des repas. Le service des repas est assuré par le personnel de cuisine, assisté par des soignants dans la salle à manger du 1er étage et au second étage par des soignants.

Les résidents disposent de verre à pied, le vin est servi au verre et non en carafe.

Il existe 2 salles à manger : une est située au premier étage pour les résidents autonomes ou peu dépendants. A cet étage, un coin-repas est également aménagé dans la « salle du parquet » (salon pour les résidents où se font parfois des animations ou des réunions) le midi et le soir pour 6 à 8 résidents très autonomes et en capacité de se servir tout seul.

Une salle à manger réservée aux résidents très dépendants nécessitant une aide partielle ou totale pour la prise des repas est située au deuxième étage. Cette salle à manger ne bénéficie pas d'une climatisation. Le personnel aide les résidents à la prise des repas lorsque c'est nécessaire. Les résidents ne disposent pas de matériel ergonomique adapté : couvert, rebord d'assiette, verre ergonomique...

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

Le service est réalisé à l'assiette et la présentation est agréable. Le cuisinier joue sur les couleurs, les textures, le positionnement dans l'assiette. Cela est également valable pour les plats mixés.

Une formation commune a été réalisée en 2014 incluant le personnel de soins et le personnel de cuisine afin d'harmoniser les règles de services dans l'ensemble des salles à manger.

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

Les résidents et les familles interrogés soulignent tous la qualité et la variété des repas.

La durée des repas respecte les exigences du GEMRCN. Le temps consacré aux repas : 30min au petit-déjeuner, 1h pour le déjeuner, 45 min au dîner. L'espacement entre les prises alimentaires est de 3 heures. Le petit déjeuner est servi entre 7h30 et 9h. Le repas de midi est servi de 12h à 13h. Le repas du soir est servi de 18h30 à 19h30.
L'amplitude des horaires de repas respecte les recommandations nutrition 2007, une réflexion a été menée dans l'établissement afin de modifier les horaires de repas du soir et de prise du petit déjeuner et ainsi limiter le jeûne nocturne.
La procédure de service des repas en chambre n'est pas formalisée.

La restauration est associée au programme d'animation par l'élaboration de repas festifs et gastronomiques (épluchage de légumes et fruits, après-midi crêpes, repas à thème, anniversaires...).

Les anniversaires sont fêtés une fois par mois par l'animatrice qui anime des ateliers cuisine : confection de soupes, pâtisseries, confitures avec les recettes des résidents.
L'animatrice et la diététicienne ont animé un atelier goûts en commun.

Une fois par an, au mois d'août, un barbecue géant est organisé. Tous les deux mois, un menu à thème est réalisé.

A

- **L'équilibre alimentaire et la qualité des menus**

Le personnel de cuisine travaille en collaboration avec le personnel soignant pour préparer des repas adaptés aux résidents. Les différents types de textures à préparer sont connus : normaux, mixés, adéquation (viandes hachées et légumes entiers) et de régimes normaux, sans sel, sans résidus ...

Un plan de table est affiché dans la salle de restaurant avec un code couleur pour les différentes textures : mixé viande, mixé total, ou consistance normale.

Le personnel est formé à l'élaboration des repas enrichis.

Un travail important est mené avec la cuisine 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.
Une diététicienne intervient dans la structure deux journées par mois. Elle participe à la commission menus et établit les menus pour trois semaines. Des fiches de régimes sont en cours d'élaboration (sans résidus, diabétique …).

La qualité et quantité des plats ont pu être appréciées.

Les résidents interrogés lors de l'évaluation sur site sont satisfaits de la restauration.

A

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

Les goûts et habitudes alimentaires des résidents sont recueillis

Il existe une liste de plats qui peuvent être remplacés et un légume est automatiquement préparé en remplacement suivant les goûts des résidents.

Tout le personnel de cuisine a aussi reçu une formation sur "Prendre soin à travers le moment du repas".

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.

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 et tracé.

Les plats témoins sont systématiquement prélevés à chaque repas et conservés pendant 7 jours et les inscriptions sont lisibles.

La température des frigos est relevée et tracée systématiquement deux fois par jour. La température des plats chauds et froids est prise systématiquement au départ de la cuisine.

Pour la salle à manger du 2e étage, la température des plats chauds et froids est reprise systématiquement à l'arrivée en salle, et régulièrement tracée.

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.

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 de 2014, des formations annuelles assurées par la société Réactiv sont en place, le classeur PMS est à disposition des laboratoires vétérinaires en cas de contrôle.

Une analyse micro biologique de produits est réalisée régulièrement. Des prélèvements de surface devront être réalisés.

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

- **Analyse et appréciation**

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 le recours aux compléments alimentaires ce qui est un point fort.

La diététicienne réalise, si besoin, des bilans nutritionnels, établit les menus et anime la commission menus.

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

88,67/100

1. La garantie des droits

A

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

L'ensemble des outils de la loi du 2 janvier 2002-2 est mis en place dans l'établissement (contrat de séjour ; règlement de fonctionnement ; livret d'accueil). Ces documents ont été actualisés à plusieurs reprises.

Un règlement de fonctionnement très ancien a été actualisé en juillet 2013 et de nouveau actualisé et simplifié en 2014. Il n'est pas à disposition pour consultation.

Le règlement actualisé a été présenté aux membres du CVS lors de la réunion du 30 avril 2014.

Le contrat de séjour, dont la base datait de 2007, a fait l'objet d'une actualisation totale et d'une simplification en 2014. Des annexes ont été rajoutées au contrat de séjour :

- La désignation de la personne de confiance
- L'acte de cautionnement solidaire
- Le droit à l'image
- La feuille de libre choix sur les praticiens : kiné, pédicure, médecin, ambulances ou VSL.
- L'état des lieux
- La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante
- La Charte du personnel

Le Livret d'accueil datant de 2007 actualisé chaque année au sujet du tarif a été modifié et simplifié suite à l'évaluation interne en 2014. Il est désormais sous la forme d'une plaquette.

La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et la charte du personnel sont remises et affichées.

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.

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.

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 (rappelant les principes de la loi informatique et liberté).

B

- **La recherche du consentement**

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 (le médecin coordonnateur ou la cadre IDE appelle la famille et l'hôpital afin de savoir si le résident consent à l'entrée).

Si l'hôpital répond que le résident refuse, alors l'établissement refuse l'entrée.

La cadre se déplace éventuellement lorsque le consentement n'est pas acquis.

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.

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

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.

Environ la moitié des résidents a visité l'établissement avant l'admission en 2014.

B

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

La traçabilité des sorties est assurée, le support utilisé est le dossier patient informatisé, l'agenda du service de soins et le registre matricule des hospitalisés recense les entrées / sorties suivi par le secrétariat.

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 sur la bientraitance, autour de l'ouvrage Papé et sa maison de retraite, de la formalisation d'une charte des valeurs du personnel et d'une formation sur les droits des résidents en 2012,
- d'actions de sensibilisation conduites en 2014 par la cadre de santé et la psychologue sur la base de la mallette Mobiqual, relayé dans le cadre de l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels (livret d'accueil),
- du processus d'élaboration des projets de vie personnalisés,
- d'une enquête sur la pratique soignante diffusée à toute l'équipe de soins, dont les résultats ont été présentés et ont fait l'objet d'un débat entre les professionnels.

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… Ces sensibilisations doivent être régulièrement rappelées pour assurer le confort du résident et son accessibilité aux moyens de communication (sonnettes).

Le respect des habitudes en termes d'habillement est assuré par le personnel, sensibilisé à cet aspect et son intérêt en termes de repères.

L'intimité est respectée au moment des actes de nursing, avec l'utilisation de paravents dans les chambres doubles.

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 le soir de façon automatique à 21H.

Le choix de l'établissement est de ne pas être un établissement fermé afin de permettre aux résidents le souhaitant de pouvoir bénéficier des avantages du centre bourg.

L'établissement équipe d'un GPS, les résidents qui ont des risques de se perdre (boîtier à la ceinture) : 5 résidents en sont actuellement munis sur prescription médicale. La décision de mettre en place ce dispositif est déterminée en réunion avec le résident, la famille, le médecin et le représentant légal et l'analyse du bénéfice risque est formalisée. Certains ont également un GPS la nuit. Un périmètre est défini et si les résidents en sortent, l'établissement est contacté.

Lorsque cette option technique n'est plus suffisante, une réunion pluridisciplinaire avec le médecin et la cadre de santé est organisée, une nouvelle analyse bénéfice risque est effectuée.

A l'issue de la réunion, une rencontre avec la famille est organisée par la cadre de santé, et le médecin coordonnateur afin d'évoquer les solutions alternatives possibles parmi lesquelles une réorientation dans un établissement plus adapté.

Une procédure concernant la fugue est élaborée.

A

- **La réflexion sur l'éthique**

Lorsqu'une problématique éthique se présente, des échanges ont lieu entre la directrice, la psychologue, la cadre de santé et le médecin coordonnateur et le médecin traitant, suivis le plus souvent par un entretien organisé avec la famille et le résident ou le représentant légal.

La problématique est examinée en établissant un rapport-bénéfice/prise de risque dans le 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 une note est rédigée par la directrice dans le dossier administratif papier.

L'établissement est également appuyé par les équipes mobiles (soins palliatifs, gérontopsychiatrie) : 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 : 16 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**

Pour les élections, une note d'informations est affichée.

Des ateliers autour de la thématique des élections ont été organisés lors des élections présidentielles.

La cadre de santé se déplace auprès de chaque usager afin de savoir qui souhaite faire une procuration.

Deux résidents ont été accompagnés par l'établissement jusqu'au bureau de vote.

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.

La Charte sur les valeurs de l'établissement permet de communiquer à chaque nouvel agent, les valeurs à respecter.

L'établissement comprend beaucoup de chambres doubles ce qui rend difficile le respect du droit à l'intimité.

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. Les documents de la loi 2002-2 sont actualisés.

Lorsque l'établissement ne peut recueillir le consentement éclairé du futur résident, il croise l'ensemble des sources afin de s'assurer du consentement de la personne. Les différentes actions sont tracées dans le dossier d'admission.
Dans la mesure du possible, l'établissement veillera à rechercher le consentement directement auprès du résident.

62,90/100 2. La participation et l'expression individuelle et collective

C

- **Le Conseil de la Vie Sociale**

Un CVS est mis en place depuis mai 2013 avec une réunion en 2013 et une en 2014 avec des appels à candidatures les deux années. Il n'y a pas eu d'élections organisées pour la mise en place du CVS.

Le nombre de représentants des usagers est supérieur ou égal au nombre total de participants.

La composition du CVS est la suivante :

- 2 représentants des résidents (un titulaire, un suppléant)
- 2 représentants des familles (un titulaire, un suppléant)
- 1 représentant du personnel

Une présidente est nommée et elle représente les résidents au CA.
L'ordre du jour du CVS est élaboré par la directrice.

Pour la dernière réunion, l'animatrice a demandé aux résidents lors d'un groupe de parole ce qu'ils souhaitaient voir à l'ordre du jour.
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 …).

Le compte rendu de la dernière réunion n'est pas élaboré. Un CR de 2013 est affiché.

La réunion du CVS ne débute pas par la validation du dernier CVS.

Il n'existe pas de règlement intérieur du CVS.

B

- **Les autres formes de participation**

Il y a une commission menus qui se réunit tous les trois mois.

Participent à la commission menus : la diététicienne, le responsable cuisine, la cadre de santé, des soignants, une quinzaine de résidents : goûts des résidents menus à thème, choix des repas festifs (noël…).

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),
- les informations diverses (animations, repas à thème….).

Les comptes rendus sont élaborés, mais non affichés.

Une commission animation n'est pas encore mise en place.

Un groupe de parole était organisé par la psychologue et l'animatrice, ainsi qu'un atelier sensoriel (média sensoriel), une fois par mois en alternance.

Mais l'animatrice étant en arrêt de travail, ces groupes ne sont plus organisés.

C

- **L'évaluation de la satisfaction des résidents et des familles**

Il n'y a pas eu d'enquête de satisfaction réalisée depuis 2011.

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.

Les familles sont invitées aux vœux avec les usagers (au moins une vingtaine de familles y participe).

C'est l'occasion que la directrice fasse le point sur des projets : CT, PE…

- **Analyse et appréciation**

L'EHPAD favorise la participation et les moyens d'expression des résidents et de leurs proches. 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.

La communication avec les familles sur la prise en charge des résidents et sur la vie de l'établissement est à développer.

89,70/100

3. La prévention et la gestion des risques

B

- **La maintenance et la sécurité des bâtiments**

L'équipe du service maintenance est composée de deux ETP (un maître ouvrier et un ouvrier professionnel qualifié).

Les demandes de travaux sont formulées par le personnel à l'oral ou par le biais de mots.

Un cahier de demandes des travaux n'est pas mis en place.

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 : deux ou trois chambres par an sont rénovées.

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…).

Les contrôles réglementaires sont suivis et réalisés.

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 qui est actualisé tous les ans.

Une réunion commune avec l'EHPAD de Régny est organisée pour le présenter aux équipes.

Des pièces communes sont climatisées. Un financement est demandé pour climatiser la salle à manger du 2e étage.

A

- **Les risques de défaillance d'énergie**

Un groupe électrogène est mis en place.

Des tests de mise en route de contrôle de batterie et de tension sont effectués tous les mois par le personnel du service technique.

Une maintenance est effectuée une fois par an par une entreprise extérieure.

A

- **La sécurité incendie**

La commission de sécurité a eu lieu au mois de janvier 2012. Cette commission a donné lieu à un avis favorable avec des prescriptions.

Les agents sont formés tous les ans à la sécurité incendie par le Centre Hospitalier de Roanne : deux listes de quinze agents chaque année. La dernière formation a eu lieu au mois de septembre 2014.

Les deux agents d'entretien ont passé la formation et obtenu le titre d'habilitation électrique par l'APAVE en 2013 et en 2014.

Les prescriptions ont été levées par l'établissement, une réponse a été adressée par la directrice à ce sujet à la section sécurité de la sous-préfecture de Roanne (bureau des libertés et de la sécurité publique).

A

- **La gestion de la qualité de l'eau**

Un carnet de suivi sanitaire est mis en place. Des contrôles sont effectués par le laboratoire CERES deux fois par an (potabilité, contrôle bactériologique et légionnelle)

L'établissement a rencontré un problème, au mois de novembre 2013, lors du contrôle d'analyse de l'eau par le laboratoire CERES.

Des mesures ont été prises immédiatement par l'établissement : contact avec une IDE hygiéniste de Régny, signalement ARS et mesure de protection aux accès des points d'eau collectifs : pose de filtres,

choc thermique réalisé le 26 novembre 2013 et analyses effectuées après le choc thermique (02/12/2013), réalisation d'un audit technique du circuit et sollicitation de propositions techniques.

Le circuit d'eau a été mis en conformité. Par ailleurs, toutes les robinetteries ont été changées pour les passer en mitigeurs.

Les derniers contrôles du laboratoire CERES datent de 14 octobre 2014.

Les différents relevés sont tracés.

Des relevés de température sont effectués toutes les semaines au départ et au retour de boucle, sur les points à risque : 10 points (pièces moins fréquemment utilisées, réserves ; chambres de personnes hospitalisées).

A

- **La prévention de la maltraitance**

Les professionnels sont formés et informés des risques de maltraitance, travail important réalisé entre 2011 et 2012 sur la base du travail sur l'ouvrage papé complété sur formation assurée par société extérieure sur les droits de résidents .

Ils ont élaboré ensemble la Charte sur les valeurs du personnel dans le prendre soin.

La Bientraitance a été également abordée dans le cadre de la formation sur l'élaboration des projets de vie personnalisés.

La cadre de santé et la psychologue ont également organisé des formations au mois de septembre et octobre 2014 à partir de l'outil MOBIQUAL :

- trois séances (de deux heures et demie chacune) au cours desquels tous les soignants ont été formés : passage des séquences du film et ensuite échanges de ressenti sur le film.

Un questionnaire d'auto-évaluation de la pratique soignante (anonyme) a été diffusé à l'ensemble des soignants en mars 2014, par la cadre de santé à sa prise de poste.

Il y a eu une restitution des résultats en réunion plénière.

Depuis février 2014, dans le cadre du plan d'action sur les risques psycho sociaux, sont abordés dans le livret d'accueil du personnel, les principes de bientraitance.

A

- **Le traitement des faits de maltraitance**

Un signalement est fait à l'ARS via le formulaire type.

La directrice a eu une communication auprès du personnel sur la procédure à suivre en cas de réclamation émise par un résident ou / et sa famille : cette réclamation doit donner lieu à un écrit et donnera lieu à une réponse écrite de la direction après examen de la situation, et rapport de la cadre de santé.

- **Appréciation des évaluateurs**

L'établissement a mis en place les dispositifs nécessaires pour garantir la sécurité des résidents accueillis, des agents et des bâtiments.

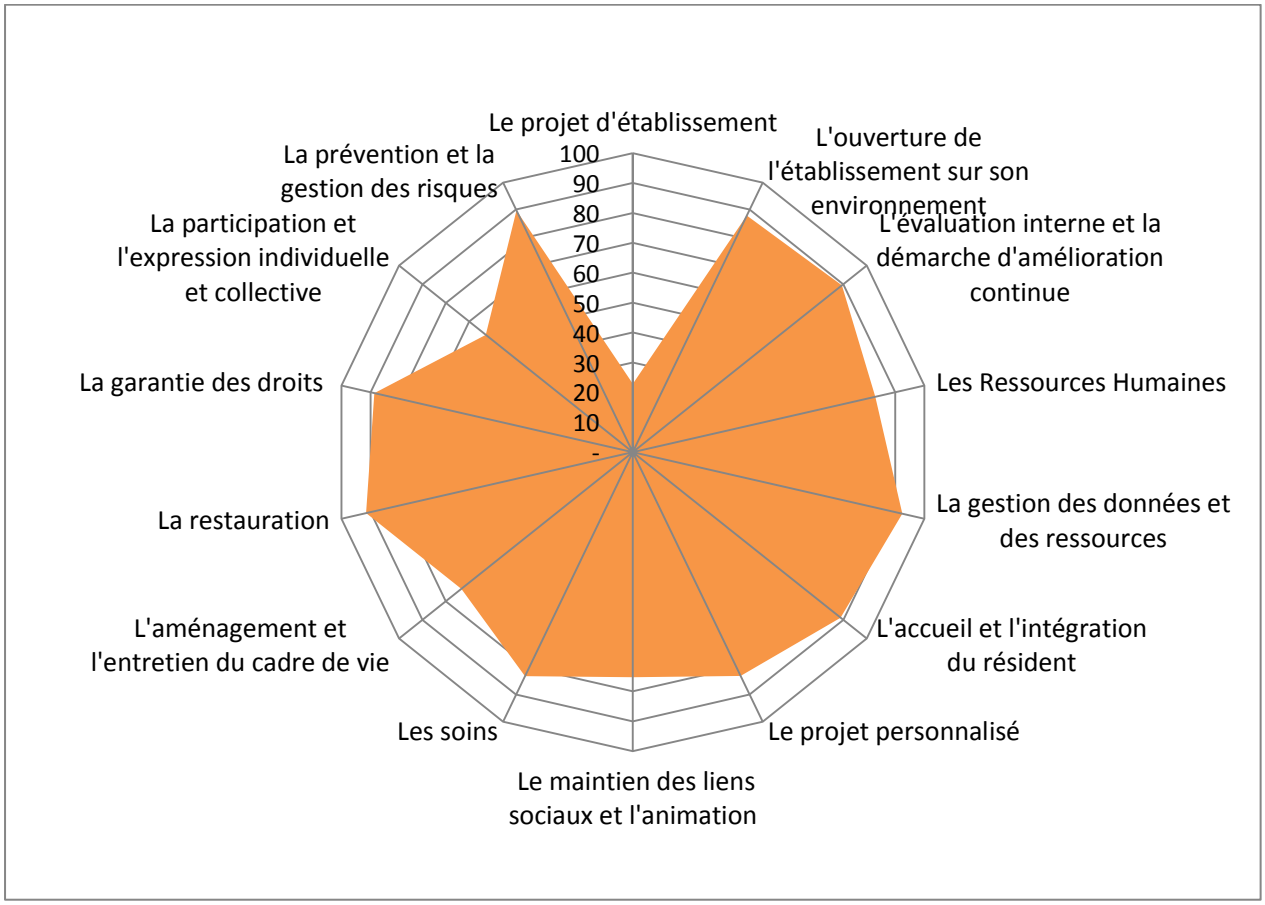
La maintenance des bâtiments est bien assurée.

L'équipe mobile d'hygiène peut être en support notamment pour le suivi de la qualité de l'eau.

La promotion de la bientraitance fait l'objet de nombreuses actions : élaboration de la Charte des valeurs du personnel, formations sur le projet personnalisé, sur la bientraitance avec l'outil MOBIQUAL, questionnaire d'auto évaluation.

Afin de pérenniser les bonnes pratiques déployées. Grâce à ces formations, l'établissement pourra mettre en place éventuellement d'un comité de suivi de la bientraitance.

2.2. REPRESENTATIONS GRAPHIQUES DES RESULTATS PAR THEMATIQUES



Thématiques	Scores
Le projet d'établissement	22,85
L'ouverture de l'établissement sur son environnement	87,82
L'évaluation interne et la démarche d'amélioration continue	89,44
Les Ressources Humaines	83,18
La gestion des données et des ressources	92,44
L'accueil et l'intégration du résident	88,83
Le projet personnalisé	83,06
Le maintien des liens sociaux et l'animation	75,26
Les soins	83,14
L'aménagement et l'entretien du cadre de vie	73,34
La restauration	91,50
La garantie des droits	88,67
La participation et l'expression individuelle et collective	62,90
La prévention et la gestion des risques	89,70
MOYENNE	**79,44**

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 à la suite de cette évaluation. Les objectifs sont déclinés en actions précises avec des délais, responsables et indicateurs de suivi permettant d'apprécier son avancement. Les évaluateurs ont d'ailleurs constaté qu'un nombre important d'actions étaient réalisées ou en-cours.

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.

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 lors de 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 Projet d'établissement de l'EHPAD Le Cloître est à élaborer sur la base des travaux issus de l'évaluation interne et externe et le travail effectué dans le cadre de l'élaboration de la Charte des valeurs du personnel.

La trame choisie et le contenu du PE devront prendre en compte la RBPP « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service ».

Afin qu'il devienne un document de partage de valeurs et de pratiques, le PE devra décrire avec précision les modalités d'organisation de l'établissement pour l'ensemble de ses 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.

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.

L'ensemble des intervenants dans l'accompagnement des résidents tracent leurs prises en charge dans le logiciel informatique à l'exception des kinésithérapeutes.

Les moyens accordés dans le cadre de la CT3 permettent à l'établissement d'assurer la prise en charge de la population accueillie dont le niveau de dépendance est en augmentation.

Conformément aux effectifs autorisés, l'établissement devra envisager l'embauche :

- d'un ergothérapeute 0,20 ETP
- pourvoir la totalité de l'ETP de médecin coordonnateur autorisé (0,50 ETP pourvu actuellement à hauteur de 0,30 ETP).

L'établissement devra engager les ASH qui effectuent des soins de nursing dans une démarche d'obtention de la qualification d'agent de service qualifié.

Le suivi des dépenses (personnel et fonctionnement) est à mettre en place.

5. L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences).

Une procédure d'accueil du nouvel agent est élaborée et de nombreux outils sont mis en place pour faciliter son intégration.

Une fiche de poste et de tâches est remise à l'embauche de chaque agent. Ces fiches sont en cours d'actualisation et un groupe de travail a été constitué sur l'accueil du nouvel agent.

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/actions sont réalisées en interne à destination de l'ensemble des agents ce qui permet d'actualiser et harmoniser les pratiques pour tout l'établissement.

Les entretiens d'évaluation annuels sont réalisés et les perspectives d'évolution étudiées. Les grilles d'entretien d'évaluation annuel sont de véritables supports de valorisation des compétences acquises

et des compétences qui restent à acquérir pour les agents. 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.

Un plan de prévention des risques psycho sociaux a été élaboré suite à un audit extérieur. Les agents soulignent que le climat s'est amélioré et la direction est à l'écoute. Néanmoins, un soutien par un psychologue extérieur sous la forme de groupes de parole ou d'atelier sur les pratiques est à remettre en place de façon régulière afin d'apporter un soutien aux professionnels, en complément d'autres actions pouvant être envisagées : transmissions entre équipe, renforcement de la notion d'équipe, formations communes.

Le document unique reste à élaborer an collaboration avec les représentants des personnels et à laisser à disposition des agents.

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 à l'exception des kinésithérapeutes. Le suivi de la participation aux animations est à réactiver.

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 personnalisé sont cohérents avec les objectifs opérationnels de l'établissement.

Les objectifs fixés ont essentiellement trait à la vie sociale du résident, la fixation d'objectifs et d'actions à réaliser sur la prise en charge globale du résident permettrait 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. .Cette orientation est un choix de l'établissement, sur la base de la RBPP « Qualité de vie en EHPAD volet 1 ».

Au vu de la population accueillie, des objectifs spécifiques pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles cognitifs sont à déterminer lors de l'élaboration des Projets personnalisés de ces personnes.

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 clairement identifié ses partenaires.

Il s'inscrit dans un réseau coordonné très favorable à la prise en charge des résidents.

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

L'animatrice de l'établissement en lien avec le comité d'animation permet aux résidents de bénéficier de nombreuses animations et sorties, ce qui est très favorable au maintien du lien social.

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, une évaluation annuelle formalisée permettant de faire un bilan du partenariat et dégager d'éventuels axes d'amélioration est à mettre en place pour tous les partenariats développés.

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'établissement.

Les partenaires et bénévoles interrogés sont très satisfaits de la collaboration développée avec l'établissement.

Les familles souhaitent être plus régulièrement informées de la prise en charge et de la vie de l'établissement.

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 libéraux qui interviennent dans l'EHPAD sont réunis, tous les ans, dans le cadre de la commission de coordination 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.

De nombreux résidents peuvent participer à de nombreuses sorties et festivités grâce à la forte implication des bénévoles, en appui de l'animatrice.

Des échanges intergénérationnels sont développés.

L'animation est assistée dans l'organisation des activités et des accompagnements à l'extérieur par l'équipe de bénévoles.

Les familles, les bénévoles et les élus locaux sont conviés à des manifestations.

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 de l'EHPAD Le Cloître, actualisées en 2014 comprennent de nombreux points forts :

-Recueil des besoins et attentes à l'entrée
-Plusieurs référents et co-référents nommés (comprenant l'ensemble du personnel soignant, administratif, logistique et technique)-
-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 PSI

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.

Le recueil des données est réalisé avec le résident ou sa famille, son actualisation est réalisée sur la base du même support de recueil de données. A ce jour, la démarche est récente et l'établissement n'a pas réalisé d'évaluation des PVP.

La fixation des objectifs en co-construction avec le résident est formalisée, le PVP n'est pas à ce jour signé par le résident, l'établissement envisage de mettre en œuvre cette action.

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.

Dans les faits, la prise en charge des résidents est modifiée à chaque modification de l'état de santé.
Du fait du démarrage récent de l'élaboration des PVP, il n'y a pas eu encore à ce jour d'évaluation réalisée.
La traçabilité des actions dans le logiciel PSI 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.

Le droit et les modalités d'accès des usagers aux informations les concernant sont clairement précisés dans le règlement de fonctionnement de l'établissement.

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.

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, mais 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. Une commission animation avec la participation des résidents est à mettre en place.

La communication avec les familles sur la prise en charge des résidents et sur la vie de l'établissement est à développer.

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.

Le personnel est bienveillant et respecte la dignité des résidents. La Charte sur les valeurs de l'établissement permet de communiquer à chaque nouvel agent, les valeurs à respecter.

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.

L'établissement comprend beaucoup de chambres doubles ce qui rend difficile le respect du droit à l'intimité.

Lorsque l'établissement ne peut recueillir le consentement éclairé du futur résident, il croise l'ensemble des sources afin de s'assurer du consentement de la personne. Les différentes actions sont tracées dans le dossier d'admission.

Dans la mesure du possible, l'établissement veillera à rechercher le consentement directement auprès du résident.

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 mis en place et diffusés. Le personnel a été formé à l'utilisation de l'outil. Cet outil récent est à déployer aux familles et aux résidents afin de recueillir l'ensemble des évènements indésirables de façon formalisée. (Pour l'instant, l'établissement privilégie la libre expression par 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.

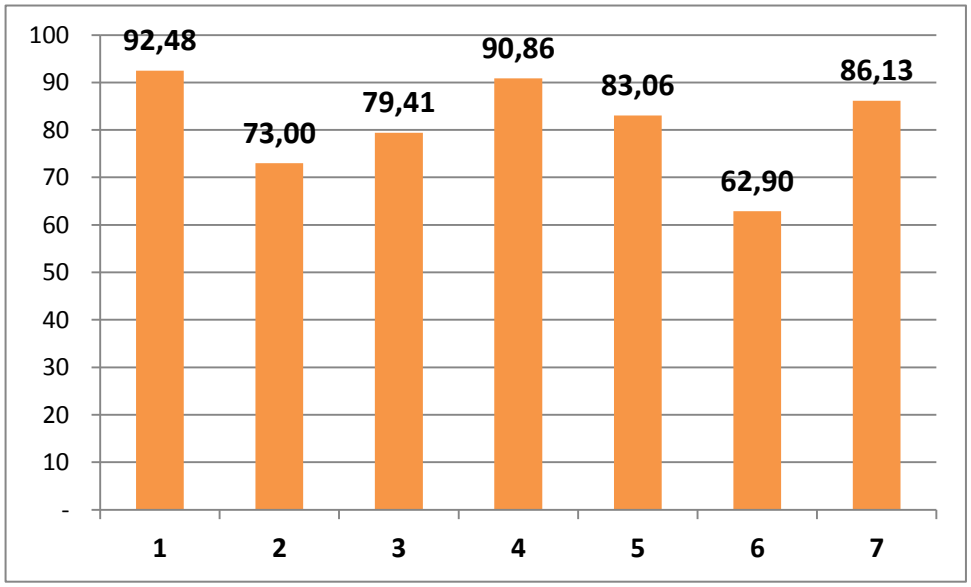
L'équipe mobile d'hygiène peut être en support sur les risques en lien avec l'hygiène et sur la formalisation des pratiques et leur évaluation.

La promotion de la bientraitance a fait l'objet de nombreuses formations à l'attention de l'ensemble du personnel.

Afin de pérenniser les bonnes pratiques déployées. Grâce à ces formations l'établissement pourra mettre en place éventuellement d'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 : 81,12

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 le Plan d'action aux membres du CVS et aux usagers. → Formaliser le suivi du plan d'action et de la démarche globale d'amélioration continue de la qualité (préciser le rôle du COPIL Qualité et planifier ses réunions sur l'année). → 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 bénévoles à la démarche. • La démarche a été présentée au CVS.	• Le plan d'action n'a pas été présenté au CVS et aux usagers.	
Elaboration du plan d'amélioration continue de la qualité	• Elaboration d'un Plan d'action. • Les actions du plan intégrées au PAQ		
Suivi des résultats	• Bilan des actions réalisées effectué au mois de novembre 2014	• Des modalités de suivi de la réalisation des actions non formalisées.	
Démarche qualité/amélioration continue	• Un établissement qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité qui est assez récente, mais qui avance : traçabilité des soins, mise en place des FEI, mise en place de la gestion	• L'analyse des FEI est à mettre en œuvre. • Absence de trame commune pour les ordres du jour et les comptes rendus	

	documentaire, élaboration de protocoles, des contrôles de sécurité et de maintenance des bâtiments ; traçabilité du ménage, très bonne participation des agents en groupe de travail • COPIL élargi	de réunions • Comptes rendus de réunion non élaborés de façon systématique • Rôle des membres du COPIL à définir de façon précise • L'établissement est dans un processus continu d'élaboration de procédures il est constaté une connaissance inégale des protocoles et procédures par les agents rencontrés. • Suivi de la participation aux animations à réactiver	→ Mettre en œuvre le suivi de la participation et les effets de la participation aux animations. → Elaborer une trame commune d'ordre du jour et de compte rendu de réunion → Systématiser l'élaboration et la diffusion des comptes rendus.

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)	• Très bonne appropriation des RBPP par le directeur et l'équipe de direction. • Elles sont imprimées pour les agents.	• Les RBPP sont encore peu connues 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	• Travail sur les valeurs et les pratiques de l'établissement de façon participative avec les agents et les résidents • Elaboration d'une Charte « Les valeurs du personnel dans le prendre soin » et sa traduction graphique, par les agents et les résidents. • Les travaux issus de l'évaluation interne, base à l'élaboration du PE prévue au premier trimestre 2015.	• Un PE non élaboré • Projet de soins et projet d'animation non élaborés.	**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) → Elaborer le PE en prenant en compte de la RBPP spécifique → Décrire précisément dans le PE les modalités de fonctionnement de l'établissement pour l'ensemble de ses missions. → Elaborer le projet de soins et le projet d'animation. → Ecrire un projet spécifique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles cognitifs (identification ; prise en charge psychologique) et développer les ateliers thérapeutiques à l'attention de ces résidents. → Diffuser le PE aux résidents, familles et partenaires ou a minima une synthèse du PE. → Optimiser l'analyse les données disponibles pour mettre en place des indicateurs de mesure des effets de l'accompagnement sur les usagers, notamment dans le cadre de l'élaboration et de l'évaluation des projets personnalisés.
Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée	• La CT3 a permis la transformation de postes ASH en postes soignants et la réorganisation des unités. • Re-basage des salaires négocié • Accueil des nouveaux agents organisé. • Formations pour l'ensemble des agents favorables à la montée en compétence de l'établissement. • Création compétences AMP • Transformation poste ASH	• Nombre de postes informatiques pour les agents à développer (exemple absence de poste informatique en cuisine) • Des ASH non-qualifiés effectuent des soins de nursing • Suivi mensuel des dépenses non mis en œuvre.	

	en AS/AMP • Mise en œuvre formation ASHQ		→ Engager les ASH qui effectuent des soins de nursing à passer la qualification d'ASHQ. → Mettre en place le suivi mensuel des dépenses → Tendre à l'embauche d'un ergothérapeute et du temps supplémentaire de médecin coordonnateur.
Mesure des effets de l'accompagnement	• Des indicateurs médicaux suivis dans le cadre du rapport médical	• Le projet personnalisé et l'évaluation du projet (effets de l'accompagnement sur l'usager) encore peu mesurés à l'aide d'indicateurs	
Accompagnement des usagers (accueil, soins, cadre de vie…)	• Les résidents sont contents de la prise en charge, notamment sur la cuisine. • Soins de nursing planifiés et tracés. • Formation commune sur règles du service du repas et enrichisse ment • • Bilan nutritionnel réalisé par la diététicienne • La présence très régulière du Comité d'animation qui comprend de nombreux bénévoles • De nombreuses sorties proposées aux résidents grâce aux bénévoles.	• Absence de procédure décrivant les étapes de l'admission • L'accompagnement spécifique des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer à développer • Traçabilité de la participation à l'animation à réactiver	

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	• Les partenariats ne sont pas évalués formellement	**Les RBPP applicables :** – Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008) → Poursuivre la signature de conventions pour pérenniser les partenariats engagés → Faire une évaluation annuelle formalisée et identifier les éventuels axes d'amélioration des principaux partenariats
Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires	• Partenariat avec de nombreux bénévoles très investis • Des manifestations organisées dans la résidence ouvertes aux 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	• Elaboration d'une procédure sur les Projets personnalisés • Formation du personnel sur l'élaboration des PP • 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 d'un référent soignant, d'un co-référent.	• Recueil des souhaits formalisé pour les animations non mis en place.	**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. → S'assurer d'intégrer le résident et sa famille dans la phase d'évaluation du projet personnalisé et son actualisation. → Développer la détermination d'objectifs en lien avec la globalité de la prise en charge. → Déterminer des objectifs spécifiques pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentées. → Systématiser la traçabilité des actions mises en œuvre
Elaboration et formalisation du projet personnalisé	• Des Projets personnalisés élaborés en réunion pluridisciplinaire • Des objectifs clairs détaillés en actions. • Le Projet expliqué au résident. • Le Projet diffusé et connu des agents du secteur du résident.	• La fixation des objectifs avec le résident et/ou sa famille non formalisée. • Des objectifs en lien surtout avec la vie sociale. Peu d'objectifs spécifiques pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles psychiatrique.	
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.	• 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	• CVS est mis en place • Une procédure relative à l'accès de l'usager aux informations le concernant.	• Le fonctionnement du CVS : - Pas d'élection des représentants du CVS - Peu de réunion : une par an - Pas de règlement intérieur -Membres du CVS interrogés regrettent le fait qu'ils ne soient pas identifiés par les résidents (absence de boîte aux lettres personne ne les connaît) ; les membres connaissent peu leur rôle et ne connaissent pas le président -Les familles rencontrées ne connaissent pas toutes l'existence du CVS (une seule) • Recherche du consentement avant ou au moment de l'admission n'est pas toujours formalisée • Absence d'explication aux résidents par l'établissement de l'ensemble des documents légaux issus de la loi 2002-2 (règlement de fonctionnement, contrat de séjour, livret d'accueil…)	**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) → Mettre en place un fonctionnement de CVS plus conforme au code de l'action sociale et des familles → Formaliser de manière systématique la recherche du consentement à l'admission → Remettre et faire signer systématiquement les documents légaux au résident s'il n'est pas sous tutelle. → Mettre en place un temps d'explication de ces documents pour le résident → Réaliser des enquêtes de satisfaction

Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	• Mise en place de la commission des menus	• Absence de commission d'animation avec les résidents. • Pas de connaissance du médecin coordonnateur	→ Présenter les résultats aux familles et aux résidents. → Développer la communication auprès des familles. → Mettre en place des commissions animations qui favorisent la participation élargie des résidents et qui permettent de prendre en compte leurs souhaits
Autres formes de participation		• Absence d'enquête de satisfaction • Peu de travail en lien avec les familles (cf. RBPP)	

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 et l'intimité des résidents respectées par les agents ;	• Nombre élevé de chambres doubles • Présence de chambres sans douche (6 sur 83) • Les directives anticipées ne sont pas recueillies systématiquement • Les sonnettes ne sont pas toujours à disposition du résident	**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) → Recueillir les directives anticipées. → Déployer un autre support de FEI aux familles et aux résidents. → Mettre en œuvre l'analyse des FEI → Planifier et tracer l'entretien de la lingerie et l'entretien des chambres à fond. → Adapter les circuits sales et propres de la lingerie pour éviter les croisements (ascenseurs) → Programmer une formation sur l'hygiène des locaux à l'attention des ASH. → Poursuivre l'élaboration des protocoles relatifs à la maîtrise du risque infectieux. → Diffuser le document unique des risques professionnels. → Elaborer une procédure relative à la promotion
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…)	• Le choix du respect de la liberté d'aller et venir hors de l'établissement a forcément un impact sur les risques liés à la sécurité, c'est l'un des paradoxes géré par l'établissement.	
Dispositions mises en place	• Les sorties de l'établissement sécurisées. • Circuit du médicament sécurisé • Plan des risques psycho-sociaux élaboré. • Mise en place de l'astreinte des directeurs.	• Les circuits sales et propres se croisent dans les ascenseurs • Document unique des risques professionnels à élaborer • Réflexion à avoir sur les médicaments écrasés • Groupe de parole ou analyse de la pratique par un psychologue	

	• Support de l'équipe mobile d'hygiène • Mise en place et utilisation des fiches d'évènement indésirable • DARI réalisé plan d'action • Groupe électrogène mis en place. • Formation bientraitance • Livret d'accueil du personnel avec mention des principes relatifs à la bientraitance • 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	extérieur à remettre en place. • ASH non formées à l'hygiène des locaux	de la bientraitance et la prévention de la maltraitance. → Organiser de nouveau des groupes de parole ou analyse de la pratique pour les agents. → Mettre en place un comité de suivi de la bientraitance afin de pérenniser les bonnes pratiques transmises au cours des formations sur la bientraitance.

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'EHPAD Le Cloître est un établissement très agréable.

L'établissement a développé de nombreux partenariats, il est ouvert sur l'extérieur.

Le conventionnement et l'évaluation des partenariats sont à poursuivre.

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.

Le personnel est bienveillant et très impliqué dans l'exercice de ses missions. Il s'implique largement dans la démarche d'amélioration continue de la qualité avec une grande réactivité.

Le climat social s'est apaisé et des actions ont été menées pour prévenir les risques psycho-sociaux.

L'appropriation des procédures reste à développer auprès des agents afin de s'assurer de leur mise en œuvre.

La prise en charge est personnalisée, les soins sont planifiés et tracés.

La procédure d'accueil reste à formaliser, les visites de préadmission et a minima les visites d'établissement par les personnes âgées avant leur entrée sont à développer.

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, et la promotion de la bientraitance. La planification et la traçabilité de l'entretien à fond des chambres restent à améliorer.

9. Méthodologie de l'évaluation externe

Items	
Implication des équipes	Nombre d'agents rencontrés : 20
Modalités d'association des usagers et partenaires	Nombre de résidents rencontrés : 3 Nombre de familles rencontrées : 2 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 : 4 et 5 décembre 2014 Date envoi pré-rapport : 22 décembre 2014 Nombre de jours d'intervention sur site : 4 jours / homme

10. Commentaires de l'EHPAD Le Cloître

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
Sentiment d'écoute et de compréhension de la part des professionnels rencontrés, ils ont appréciés les échanges. Nécessité de rappel des tranches horaires de rendez-vous d'une évaluatrice. Tendance à la confusion entre les établissements de Régny et St Symphorien de Lay avec divulgation d'informations. Nécessité d'insister pour un débriefing intermédiaire nécessaire afin de préciser certains points avant le départ d'une évaluatrice.	La réunion de clôture a permis une valorisation du travail engagé par les équipes. Incohérence dans la formalisation du fait de mélanges avec autres établissements évalués. Manque de lisibilité des constats, également au niveau des encarts d'appréciation des évaluateurs repris dans la synthèse, ne nous permettant pas de mettre en avant les actions prioritaires à mettre en œuvre. Difficulté à déterminer des actions d'amélioration claires sur la prise ne charge médicale. Appréciation de la démarche de définition des PVP en contradiction avec la méthodologie réfléchie par l'établissement et bien approprié par les agents. Manque d'éléments de comparaison par rapport aux résultats de l'évaluation interne pour pouvoir juger des progrès accomplis et de la démarche engagée par les professionnels depuis cette date. Manque de valorisation dans la cotation des items « soutien des professionnels » et « risques professionnels », des réflexions et actions menées par l'établissement.

Date de validation du pré-rapport d'évaluation externe : 05/03/2015

Signature de la Directrice de l'EHPAD Le Cloître :

4.2 LE PLANNING D'INTERVENTION

Jour 1 : 04/12/2014														
Chef de mission : Christelle MORTEMOUSQUE					**Evaluateur 1 : Evelyne DOREY**					**Evaluateur 2 : Catherine ALVAN**				
Heures	**Durée**	**Thèmes abordés**	**Personnes à rencontrer**	**Nom et Prénom à compléter**	**Heures**	**Durée**	**Thèmes abordés**	**Personnes à rencontrer**	**Nom, prénom**		**Durée**	**Thèmes abordés**	**Personnes à rencontrer**	**Nom, prénom**
9h30-10h00	**30 min**	**Réunion d'ouverture**	COPIL Lieu : salle du parquet	Ludivine GILLET, Nicole DUTHEL, Bernadette CAPITAN; Térésa XAVIER MARTINS, Marie-Madeleine DADOLLE, Brigitte RAFFIN, Colette LAURENT, Yannick BERGER, Daniel PATUREL, Alexandra HUREZ										
10h00-11h00	**1H**	**Visite de l'EHPAD** • L'aménagement des espaces collectifs • L'aménagement des espaces individuels	Directrice / Cadre de santé / Agent maintenance	L. GILLET/N. DUTHEL/D. PATUREL										
11h00-12h00	**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	Directrice Lieu : Bureau Directrice	L. GILLET	11h00-12h00	**1H**	**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	Animateur / Bénévoles Lieu : salle animation	Agnès PEILLER, Marie-Jeanne FECHE	11h00-12h30	**1h30**	**Le projet de soins** • L'organisation des soins • La prévention des risques liés à la santé du résident • La prise en charge de la maladie d'Alzheimer • L'accompagnement de la fin de vie	Médecin coordonnateur, cadre IDE Lieu : Bureau médical	B. CAPITAN, N. DUTHEL
12h00-13h00	**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	Encadrement Lieu : Bureau Directrice	L. GILLET / N. DUTHEL / B. CAPITAN / A. HUREZ	12h00-13h00	**1 H**	observation du repas de midi	salle de restaurant du 2ème et du rez-de-chaussée		12H30 - 13H00	**30 min**	**Rencontre avec le médecin coordonnateur**	med co Lieu : bureau médical	B. CAPITAN

13h00	1h	Déjeuner	Equipe d'encadrement											
					13h40		Relève			13h40		Relève		
14h30-15H30	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	Responsable des ressources humaines/ cadre de santé / directrice Lieu : Bureau Directrice	Danielle JEANPIERRE/ N.DUTHEL/ L.GILLET	14h30-15h00	30 min	**La blanchisserie**	Responsable de la blanchisserie et agents	Colette LAURENT	14h30-15h30	1H	**Les soins infirmiers** • Le circuit du médicament et la distribution du médicament	IDE Lieu : salle de soins	Aurélien CHABROLLET Tiffany RAMBEAU
					15h00-15h30	30 min	**entretien avec deux résidents**	résidents Lieu : salle du parquet	Mmes VICARD, RENARD, GUILLIN, et FRAGNE					
15H30-16H30	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	Agent de maintenance/ Qualiticienne Lieu : Atelier / Local sous-sol	Daniel PATUREL/ A.HUREZ	15h30-16h30	1H	**Accueil et admission du résident** • 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	Personne chargée de l'admission administrative, commission d'admission Lieu : Bureau Secrétariat	T. XAVIER MARTINS, N. DUTHEL, B. CAPITAN	15h30-16h30	1 h	**La réalisation des soins**	AS / ASH Lieu : salle dà manger du personnel	Aurélie CORTEY, Laurence JACQUET, Zohra AMARA
16h30-17h30	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/ Cadre de santé/Qualitici enne Lieu : Bureau DIrectrice	Ludivine GILLET, Nicole DUTHEL, A.HUREZ	16h30-17h30	1h	**La restauration** • Le plaisir et la convivialité au cours des repas • L'équilibre alimentaire et la qualité des menus • Le respect des goûts et habitudes du résident • Le respect des règles d'hygiène en cuisine	Responsable de la cuisine Lieu : cuisine	Yannick BERGER,	16h30-17h00	1H	**La prise en charge médicale**	médecins traitants Lieu : bureau médical	Anne BARRAU / Maud WIMEL
										17h00-17h30	30 min	**Rencontre sur la prise en charge nutritionnelle**	Médecin coordonnateur /IDE référente nutrition Lieu : bureau médical	B. CAPITAN, ML. BUFFIN

17h30-18h30	1H	**La participation et l'expression individuelle et collective** • Le Conseil de la Vie Sociale • Les autres formes de participation • L'évaluation de la satisfaction des résidents et des familles	Directrice/Cadre de santé/Qualiticienne Lieu : Bureau Directrice	Ludivine GILLET, Nicole DUTHEL, Alexandra HUREZ	17h30-18h00	30 min	**Les instances représentatives du personnel** • Le soutien des professionnels • Les risques professionnels • Le dialogue social	2 membres DP ou CE ou CHSCT Lieu : salle à manger du personnel	Yannick BERGER, Laurence JACQUET, Stéphanie BADOLLE	17h30-18h30	1H	**Rencontres avec des partenaires (30 min chacun)**	Pharmacien Lieu : bureau médical	Mr ALLARY
					18H-18H30	30 min	**Rencontres avec des partenaires (15 min chacun)**	Esthéticienne Lieu : salle à manger du personnel	Agnès Lathuillière					
										18h30	30 min	Observation du repas du soir		
18H30	**30 min**	Point du Chef de mission avec l'évaluateur Catherine ALVAN sur les soins								**18H30**	**30 min**	Point du Chef de mission avec l'évaluateur Catherine ALVAN sur les soins		
19H00		Débriefing du premier jour avec l'encadrement			**19h**		Debriefing avec équipe d'encadrement			**19h**		Debriefing avec équipe d'encadrement		
19h30		repas sur place												
20h30	**30 min**	Rencontre avec l'équipe de nuit et relève												

Jour 2 : 05/12/2014									
Chef de mission : Christelle MORTEMOUSQUE					**Evaluateur 1 : Evelyne DOREY**				
	Durée	**Thèmes abordés**	**Personnes à rencontrer**	**Nom, prénom**		**Durée**	**Thèmes abordés**	**Personnes à rencontrer**	**Nom, prénom**
8h30-9h00		**Rencontre avec le Président du CA**	**Maire St Symphorien de Lay** **Lieu : salle du CA**	**Mr COLOMBAT**					
9H00-10H00	**1H**	**Evaluation interne et démarche d'amélioration continue** • Le cadre de l'évaluation interne • Les modalités de réalisation de l'évaluation interne • Le rapport et les constats de l'évaluation interne • Le suivi et le plan d'action de l'évaluation interne • La communication autour de la démarche d'évaluation interne • L'organisation de la démarche d'amélioration continue • La gestion des réclamations et des évènements indésirables • La gestion des procédures et documents • Les RBPP de l'ANESM et autres organismes • Le plan d'amélioration global	COPIL Evaluation Lieu : salle du CA	Ludivine GILLET, Nicole DUTHEL, Bernadette CAPITAN; Térésa XAVIER MARTINS, Marie-Madeleine DADOLLE, Brigitte RAFFIN, Colette LAURENT, Yannick BERGER, Daniel PATUREL, Alexandra HUREZ	**9h-10h00**	**1h**	**L'aménagement et l'entretien du cadre de vie** • L'entretien et l'hygiène des locaux	Agent de maintenance / ASH Lieu : salle du parquet	Daniel PATUREL ou Pascal GALICHET / ASH à confirmer
10h00-11h30	**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	Cadre de santé / médecin co / Animatrice / référents projet personnalisé Lieu : salle du CA	N. DUTHEL, B. CAPITAN, A. PEILLER, B. RAFFIN, M. MOYZAN	**10h00-10h30**	**30 min**	**Entretien individuel avec 2 familles** **Lieu : salle du parquet**	familles	Mme RECORBET, Mme BERTHIER
					10h30-11h00	**30 min**	**Entretien avec des membres du CVS** **Lieu : salle du parquet**	2 membres du CVS	Mme Muzelle, Mme Mainand, Mme Bourg, Mme Durel

11H30-12H30	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/responsable service financier Lieu : bureau Directrice	L. GILLET / T. XAVIER MARTINS	11h00-12h00	1h	**Le suivi psychologique** des résidents (troubles de l'humeur, maladie d'alzheimer ou apparentées) Lieu : bureau médical	psychologue	Lisa CHAMBOST
					12h00-12H30	30 min	**Vérification des affichages réglementaires**		
12h30	1h	Déjeuner avec l'équipe							
13H30		Point entre évaluateurs							
14h30		Restitution équipe de Direction	équipe de direction	Lieu : salle du CA	14H30		Restitution équipe de Direction		
15h	1h	**Réunion de clôture**	plenière	Lieu : salle du parquet	15H	1h	**Réunion de clôture**	plenière	

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)