pas
à
pas

Rapport de l'évaluation externe

le cadre de l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations de votre établissement

La Mesnie

Rue des peupliers
14 170 Saint Pierre sur Dive

MAPAD
EHPAD

Les évaluateurs :

Elisabeth Gasparoux
- 45A avenue de Saint Médard
33320 Eysines
☎ : 06 11 15 74 90
@ e.gasparoux@pasapas-conseil.com

Pierre Marie Varachaud
- 19, rue des chênes
64 160 Maucor
☎ : 06 64 09 63 94

Historique des mises à jour :

Version1-1	Janvier 2015	finalisation du pré rapport
Version 2	Janvier 2015	Procédure contradictoire
Version 1D	Janvier 2015	Version définitive

Table des matières

Chapitre 1 : Eléments de cadrage 6
1.1. Présentation de l'établissement 6
1.1.1. Identification de l'établissement 6
1.1.2. Activité de l'établissement ou du service 6
1.2. Descriptif de la procédure d'évaluation externe 7
1.2.1. Cadre général de référence de l'évaluation 7
1.3. cadre spécifique de référence à l'établissement 8

Chapitre 2 : Développements informatifs et analyse détaillée 16
2.1. Management et gestion des activités 16
2.1.1. Le Projet d'établissement 16
2.2. Organisation – fonctionnement 22
2.2.1. Définition et connaissance des niveaux de responsabilités pour garantir le fonctionnement opérationnel de l'établissement 22
2.2.2. Implication des instances internes dans la mise en œuvre des projets 22
2.2.3. Mise en œuvre de la communication interne et externe 24
2.3. l'accueil de la personne dans le respect de ses droits 25
2.3.1. Diffusion d'une information claire au public et aux professionnels externes 25
2.3.2. Organisation de l'accueil des usagers et/ou de leur famille et / ou entourage 26
2.3.3. Réalisation de l'admission conformément aux besoins identifiés 28
2.3.4. Réalisation du projet personnalisé avec la participation de la personne accueillie 29
2.3.5. Maîtrise des prestations 30
2.3.6. Sécurisation de l'accueil et de la prise en soins conformément aux exigences réglementaires et bonnes pratiques en vigueur 32
2.3.7. Réflexion et actions de la part des professionnels sur le respect des droits 33
2.3.8. Organisation de l'écoute de la personne accueillie et prise en compte de ses besoins et attentes 34
2.4. La gestion des ressources 34
2.4.1. Management des ressources humaines 34

2.5. management des ressources financières & immobilières 38
2.5.1. Maîtrise des ressources budgétaires 38
2.5.2. Maîtrise des ressources financières 39
2.5.3. Planification de la réalisation et du financement des investissements de façon pluri annuelle 39
2.6. La gestion du système d'information 39
2.7. La Gestion des achats et des approvisionnements 40
2.7.1. Définition et mise en œuvre de la politique d'achat conformément aux objectifs du projet d'établissement 40
2.8. La gestion des ressources logistiques 41
2.8.1. Sécurisation et maintien du cadre de vie 41
2.8.2. Adaptation des lieux de vie aux objectifs du projet d'établissement 42
2.8.3. Prise en compte lors de la restauration, des besoins nutritionnels des personnes accueillies 42
2.8.4. La gestion du linge est maîtrisée conformément aux exigences de qualité et d'hygiène 43
2.8.5. Adaptation et sécurisation du transport 43
2.8.6. Organisation du tri et du circuit des déchets 43
2.9. évaluation interne et dynamique d'amélioration continue 44
2.9.1. Gestion des projets conformément aux bonnes pratiques dans le respect des objectifs du projet d'établissement 44
2.9.2. Mise en œuvre d'un système de management de la qualité 44
2.10. Organisation d'un système de veille règlementaire et juridique 45

Chapitre 3 : SYNTHESE 46
3.1. introduction 46
3.1.1. La démarche d'évaluation interne mise en œuvre par l'EHPAD : 46
3.1.2. Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM par l'EHPAD 46
3.2. les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement (PE) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers 47
3.2.1. Le projet d'établissement : actualisation, pertinence au regard des missions de l'EHPAD, déclinaison de l'objectif. 47
3.2.2. L'adaptation entre l'objectif central de l'EHPAD et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention 48
3.2.3. L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels 48
3.2.4. Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions 49
3.2.5. Les dispositifs de prévention des risques psycho sociaux mis en œuvre dans l'EHPAD et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines 49
3.2.6. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'EHPAD permettant de caractériser le profil de la population accompagnée ; 50
3.2.7. La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'EHPAD ; 50
3.3. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique 51
3.3.1. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) 51
3.3.2. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'EHPAD ; 51
3.3.3. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'EHPAD autour du projet de chaque personne. 52

3.3.4. Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments permettant de développer le caractère accueillant de l'EHPAD 52
3.4. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers 53
3.4.1. Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'EHPAD d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire ;....53
3.4.2. 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....53
3.4.3. 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 ; 54
3.4.4. Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant....54
3.4.5. La prise en compte de la perception de l'EHPAD et de ses missions par les usagers....54
3.4.6. 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 ; 55
3.5. la garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques....55
3.5.1. Les modes d'organisation de l'EHPAD pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité....55
3.5.2. Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables 56
3.5.3. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'EHPAD....56

Chapitre 4 : Propositions & préconisations 57
4.1. Sur le plan stratégique 57
4.2. Sur le plan opérationnel 57

Chapitre 5 : Abrégé du rapport....58
5.1. Suites réservées à l'évaluation interne....58
5.1.1. Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne :58
5.1.2. Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration :....58
5.1.3. Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu :....59
5.1.4. Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique :....59
5.1.5. Apprécier la dynamique générale de la Démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations : 59
5.2. La démarche d'évaluation interne....60
5.3. la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'anesm relatives à l'EHPAD. 61
5.4. 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. 62
5.5. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique....63
5.6. Personnalisation de l'accompagnement....64
5.7. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers 65
5.8. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques 66
5.9. Appréciation globale de l'évaluateur externe 68
5.10. Commentaires de l'EHPAD sur l'évaluation externe....69

Annexe 1 – Cadre réglementaire de référence
Annexe 2 – Projet évaluatif
Annexe 3 – Planning d'intervention

Chapitre 1 : Eléments de cadrage

1.1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont des maisons de retraite qui peuvent accueillir des personnes dépendantes. Les établissements doivent alors justifier d'équipements adaptés et de personnels spécialisés qui dépendent du nombre de places de l'établissement.

Les établissements médicalisés qui peuvent accueillir des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans doivent, quel que soit leur statut juridique actuel ou leur appellation, respecter les règles qui régissent le fonctionnement des EHPAD. Ces règles sont fixées par le Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Plusieurs lois concernent les EHPAD :

- Loi du 24 janvier 1997,
- Décrets d'avril 1999,
- Décrets de mai 2001,
- Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003,
- Loi de 2002 de rénovation de l'action sociale, notamment.

1.1.1. Identification de l'établissement

L'EHPAD et la MAPAD de la Mesnie sont situés à Saint Pierre sur Dives dans le département du Calvados (Région de la Basse Normandie)

N° FINESS de l'EHPAD & MAPAD unifié 14 000 241 1

Statut juridique de l'EHPAD : privé à but non lucratif. Il est rattaché à l'Association Loi 1901 non reconnue d'utilité publique l'A.L.A.P.A (Association pour le Logement et l'Aide aux Personnes Agées dépendantes) présidée par Madame Danot.

Statut juridique de la MAPAD : privé à but non lucratif. Il est rattaché à l'Association Loi 1901 non reconnue d'utilité publique l'A.L.A.P.A (Association pour le Logement et l'Aide aux Personnes Agées dépendantes) présidée par Madame Danot.

Raison sociale : EHPAD la Mesnie & La MAPAD établissement de l'association A.L.A.P.A.

L'établissement par convention du 22 janvier 2006 est habilité à l'aide sociale.

1.1.2. Activité de l'établissement ou du service

L'EHPAD et la MAPAD de la Mesnie assurent l'accueil et la prise en charge à long terme de personnes âgées dépendantes dans le respect de la charte des droits et libertés de la personne accueillie, en suivant un principe qu'il inscrit dans son projet d'établissement « accueillir les personnes de plus de soixante ans en leur proposant un accompagnement personnalisé afin de les ***aider à vivre selon leur volonté***, en prenant en compte leurs ressources physiques, familiales, sociale... » L'EHPAD et la

MAPAD de la Mesnie accompagne le résident jusqu'à sa fin de vie, quelle que soit sa situation de dépendance ou sa pathologie, en préservant son autonomie et en assurant son confort et son bien-être.

L'évaluation interne a été réalisée au 3ème trimestre 2013.

La MAPAD est identifié comme une unité spécialisée recevant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée pour 48 lits par arrêté de la préfecture du Calvados (DDASS du calvados) en date du 22 Janvier 2006.

Nous constaterons lors de cette évaluation externe le niveau de réalisation des objectifs qui y figurent.

1.2. DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE

La démarche, les sources d'information, les choix opérés et les difficultés rencontrées sont rappelés. En annexe, on trouvera la convention de prestation d'évaluation externe, le projet évaluatif et le calendrier de réalisation.

1.2.1. Cadre général de référence de l'évaluation

La réforme de l'action sociale, initiée 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 CASF procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

Les évaluations menées sont de deux types :

1) Les évaluations internes, réalisées par l'établissement ou le service.
2) Les évaluations externes, réalisées selon le cahier des charges établi par le décret 2007-975 par un organisme habilité par l'ANESM.

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

Ces évaluations se font 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 réglementaires :
  - ✓ Code de l'action sociale et des familles
  - ✓ Lois
  - ✓ Décrets
  - ✓ Arrêtés
  - ✓ Circulaires
- Les orientations des autorités compétentes
  - ✓ Les schémas, programmes et plans nationaux, régionaux et départementaux
  - ✓ Les dispositifs spécifiques, par exemple pour le handicap
  - ✓ Les guides et chartes publiées par la direction des affaires sanitaires et sociales
- Les recommandations publiées par l'ANESM

Selon le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes (décret 2007-975), l'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Cette évaluation doit permettre de porter une

appréciation qui s'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique.

L'évaluation tient compte des résultats des démarches d'amélioration continue de la qualité que peuvent réaliser les établissements et services.

L'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficience, en considération du contexte observé.

Elle implique un diagnostic partagé, la construction d'un cadre de référence spécifique d'évaluation, le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés. Elle repose sur la mobilisation des partenaires concernés aux différentes étapes de la démarche évaluative.

L'évaluation contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques.

Les objectifs de l'évaluation externe sont de :

- Porter une appréciation globale sur l'activité et la qualité des prestations de l'établissement ou du service au regard des droits des usagers et au regard de son ouverture sur son environnement
- Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne menée par l'établissement ou le service
- Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques
- Elaborer des propositions et / ou préconisations

1.3. CADRE SPECIFIQUE DE REFERENCE A L'ETABLISSEMENT

Ce cadre est défini notamment au regard de la stratégie, les objectifs de l'Etablissement ou du service et les missions confiées sur un territoire géographique donné, dans le cadre des procédures d'autorisation.

Cadre réglementaire de référence

Le cadre réglementaire de référence mentionné chapitre 2 de la partie « Éléments de cadrage », est détaillé dans le projet évaluatif validé par la direction de l'établissement (annexe 2) :

- Références législatives et réglementaires majeures (CASF, Lois, Décrets, Circulaires, Arrêtés)
- Textes législatifs et réglementaires complémentaires (articles des CASF, Code de la Santé Publique, Code du Travail, Code de la construction et de l'habitation, Lois, Décrets, Arrêtés, Circulaires)
- Orientations des autorités compétentes (schémas régionaux et départementaux, PRIAC…).

Le nouveau schéma départemental en faveur des personnes âgées est composé de **trois orientations :**

- Intervenir au domicile de la personne âgée
- Développer l'aide aux aidants
- Accompagner les personnes âgées en établissement

1. Orientation N°1 : Intervenir au domicile de la personne âgée

- Action n°1 : Structurer le travail en réseau afin de coordonner les interventions à domicile

- ***Action n°2 : Homogénéiser les pratiques dans le département pour proposer un soutien à domicile de qualité***

2. Orientation n°2 : Développer l'aide aux aidants

- ***Action n°3 : Favoriser le développement des groupes de soutien et des échanges***

➔ Bénéfices attendus de l'action :

- Préserver la santé et l'autonomie des aidants et des aidés

- Maintenir la bientraitance de la personne aidée

- Recréer du lien social et rompre l'isolement

- ***Action n°4 : Développer et diversifier les solutions de répit pour les aidants***

➔ Bénéfices attendus de l'action :

- Soulager les aidants

- Favoriser le maintien à domicile

- Respecter le choix de vie de la personne

- Permettre, le cas échéant, de préparer l'entrée en institution

➔ Modalités de mise en œuvre :

- <u>Développer et adapter les hébergements alternatifs :</u>
  - Augmenter la capacité départementale en termes d'accueils de jour et d'hébergements temporaire en réponse aux besoins identifies en étant attentif à favoriser un accueil de proximité
  - S'assurer que ces types d'accueil disposent de projet de service spécifique (animation, personnel dédié, horaires adaptés)
  - Autoriser une offre d'accueil à la journée pour d'autres types de pathologies que l'Alzheimer et troubles apparentés
- <u>Etudier l'opportunité d'un accueil temporaire en famille d'accueil :</u>
  - Procéder au recrutement de nouvelles familles d'accueil, éventuellement en les rattachant à des ESMS
  - Les spécialiser sur de l'hébergement temporaire

Dans l'ensemble de ces nouvelles pratiques, comme au sein des pratiques existantes, le Département examinera les actions innovantes visant à proposer un accompagnement spécifique aux aidants qui irait au-delà du soutien psychologique

- Favoriser le développement des ateliers de mobilisation cognitive sur le territoire
- Sensibiliser et préparer les aidants familiaux à l'évolution de la maladie et de la prise en charge de l'aidé : intégrer cette dimension au sein des projets de service et assurer un temps formation aux intervenants à domicile à cet effet afin de proposer un accompagnement psychologique de l'aidant.

3. Orientation n°3 : Accompagner les personnes âgées en établissement

- Action n°6 : Favoriser les échanges inter-établissements afin d'enrichir les pratiques professionnelles

➔ Bénéfices attendus de l'action :

- Favoriser la montée en compétence des professionnels des EHPAD par le partage de bonnes pratiques

- Fluidifier la communication entre les établissements et favoriser ainsi l'émergence d'actions communes et les mutualisations

➔ Modalités de mise en œuvre :

- Organiser, sous l'égide du département, des rencontres entre les directeurs d'EHPAD dont le rôle serait :

- De structurer les échanges inter-établissements, à une échelle pertinente en fonction du sujet (tantôt des réunions thématiques au niveau départemental, tantôt des réunions par territoire autour du CLIC par exemple)
- D'encourager l'utilisation des nouvelles technologies pour les échanges de bonnes pratiques.
- De convier des personnes ressources pour aborder des sujets techniques (veille juridique sur l'évolution de la réglementation, diffusion de pratiques innovantes, etc.)

- Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles à travers des partenariats entre EHPAD :

- Favoriser des démarches de formation communes entre établissements, et communiquer auprès des établissements sur les possibilités de financement par les OPCA, le Conseil régional
- Définir des modalités de « stages croisés » dans d'autres types d'établissement (y compris sanitaires) pour les professionnels, et prévoir des « stages de rupture » dans des établissements et services différents (lutte contre l'usure professionnelle, échange de savoirs)
- Favoriser le développement d'analyses de pratiques et de temps de supervision pour les professionnels

- Améliorer le suivi de la mise en œuvre des conventions pluriannuelles tripartites et de la démarche qualité dans les établissements :

- Réunions de synthèse à mi-parcours en présence du CG, de l'ARS et de l'établissement
- Exploitation des résultats des évaluations internes et externes

Organiser des points réguliers en « plénière » (CG, ARS, ensemble des EHPAD) sur les plans gouvernementaux, les axes stratégiques départementaux, et les outils de la loi 2002-2 : calendrier et modalités des évaluations interne et externe; restitutions d'enquêtes et de questionnaires auxquels participent les établissements...

Action n°7 : Préserver le lien social des résidents en établissement

➔ Bénéfices attendus de l'action :

- Permettre une prise en charge individualisée du résident

- Favoriser un échange entre les résidents des établissements et les habitants des quartiers et communes voisines, facteur de lien social

➔ Modalités de mise en œuvre :

- Poursuivre le développement des animations :

- Diversifier les activités sociales et les animations : **implication des familles** dans l'accompagnement des sorties et des animations, **recours au bénévolat** (travail en lien avec les visiteurs en milieu hospitalier par exemple), ouverture vers l'extérieur (travail en lien avec les collectivités locales, **information sur la vie de l'établissement**), travail en réseau entre établissements et avec l'extérieur (recours à des prestataires communs), mutualisation des véhicules et du matériel entre EHPAD

- Accroître la consultation des résidents sur les animations (**commissions spécifiques** au sein des établissements, en fonction bien sûr du GMP)

- Déterminer une **norme minimale en termes d'animation (ETP/résident**), permettant d'affirmer le rôle moteur et central de l'animateur au sein de l'établissement. Inciter à la mutualisation de ce poste dont la mission principale doit être d'organiser la mise en place d'un projet d'animation.

- Privilégier le **recrutement d'animateurs spécialises en gérontologie**, ou encourager la formation des animateurs aux spécificités de l'accompagnement des personnes argées

- S'assurer de l'existence de personnel formé aux nouvelles technologies

Inscrire les établissements dans leur environnement :

- Afficher les établissements comme un **lieu d'accueil et de convivialité**

- Poursuivre la **communication des EHPAD en direction des SAAD** (via les CLIC et directement) : connaissance des accueils de jour; accueil de personnes vivant à domicile lors d'animations, de sorties à l'extérieur

- Développer les liens avec les **établissements scolaires, les clubs du troisième âge**...

- Organiser **des journées portes ouvertes** dans les établissements (en lien avec un événement, une conférence, qui peut constituer une animation pour les résidents)

- Travailler en **partenariat avec les médias locaux** et définir une éventuelle contribution du Conseil général en matière de communication

- ***Action n°8 : Adapter l'accueil et l'accompagnement en établissement aux personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés***

➔ Bénéfices attendus de l'action :

- Mettre en place des réponses adaptées aux besoins spécifiques des personnes - Garantir la qualité des réponses, tant pour le résident que pour sa famille

- Reconnaître la spécialisation des professionnels concernés

➔ Modalités de mise en œuvre :

- **Développer des unités spécialisées** au sein des établissements

- Définir des **exigences de qualité** au sein de ces unités : notamment par l'adaptation du projet architectural et du projet de vie

- Développer **les activités** occupationnelles et de stimulation

- Former les professionnels (connaissance des typologies de la maladie d'Alzheimer et formation relationnelle, gestuelle, ...)

- Organiser un groupe de travail visant à mettre en place **un coordonnateur au sein des établissements, garant de l'accompagnement**

- ***Action n°9 : Structurer l'offre des établissements de moins de 60 lits***

➔ Bénéfices attendus de l'action :

- Assurer un accompagnement de qualité avec du personnel formé et en nombre suffisant

- Fiabiliser financièrement les structures

➔ Modalités de mise en œuvre :

Ces établissements (dont les capacités sont inferieures à 60 lits – ce ratio étant susceptible d'évoluer en fonction des réglementations) pourraient fonctionner :

– Soit par de nouvelles autorisations leur permettant d'atteindre leur seuil de rentabilité (sous réserve de besoins identifiés sur le secteur).

– Soit par mutualisation (personnel, animation, transport, fonctions support)

– Soit par GIE lorsqu'ils appartiennent à une même organisation

– Soit par regroupement entre structures indépendantes afin d'offrir un établissement présentant une surface suffisante pour assurer une qualité de prise en charge tout en restant robuste financièrement

Dans le cas où un EHPAD de petite taille serait localisé sur un territoire sur-doté, il devra faire l'objet d'un redéploiement.

Toutefois, outre ces différentes évolutions, il pourra sembler opportun dans le cadre des deux schémas (personnes âgées et personnes handicapées) de spécialiser quelques structures sur un public spécifique: soit l'accueil de personnes présentant une maladie neuro dégénératives, soit des personnes handicapées vieillissantes, soit tout autre public vieillissant et demandant un projet de soin particulier, soit, encore, sur de l'accueil de jour, de nuit, ou de l'accueil temporaire. Des projets, s'appuyant sur des études de besoin étayées, pourront être présentées aux autorités de tarification.

Enfin, des pôles gérontologiques pourraient être expérimentés, regroupant au sein d'une même organisation et sur un même territoire : un EHPAD et/ou un EHPA, un SAAD, un SSIAD...

- ***Action n°10 : Structurer le dispositif des EHPA***

➔ Bénéfices attendus de l'action :

- Permettre une alternative entre le domicile et l'EHPAD

- Favoriser le maintien de la personne âgée dans son environnement

- Adapter l'accompagnement en EHPA aux évolutions des publics - résidents

➔ Modalités de mise en œuvre :

- Structurer le parcours des personnes entre les EHPA et les EHPAD en inscrivant cette trajectoire à la fois au sein du règlement intérieur mais également dans le contrat de séjour

- Mutualiser les moyens entre les EHPAD et les EHPA. A titre d'illustration, peuvent faire l'objet d'une mutualisation : la démarche qualité, la formation, les ateliers de prévention, les personnels (administratif, restauration, blanchisserie, transport, animation)

- Si ces mutualisations peuvent se faire entre des établissements appartenant à une même association ou organisation, il peut être également opportun de réfléchir à des rapprochements entre EHPA et EHPAD indépendants, allant éventuellement jusqu'à la fusion des deux structures.

- Mener une étude sur les parcours entre le domicile, les EHPA et les EHPAD. Il s'agirait d'identifier s'il existe une linéarité des trajectoires et notamment si les personnes aujourd'hui en EHPA ont bénéficié d'une aide à domicile.

- Travailler sur le lien social à partir des EHPA en proposant des activités communes au sein des salles municipales.

Le schéma gérontologique 2011-2015 comprend un volet concernant la programmation de créations de lits d'EHPAD pour les cinq prochaines années. L'effort de programmation réalisé lors du précédent schéma fait que le Calvados est relativement bien équipé dans ce domaine. Le Département entend cependant poursuivre cet effort en maintenant un taux d'équipement de **12,2 % de la population des plus de 75 ans**. Cet objectif cible entraînera la création **de 467 lits supplémentaires**. Le nombre de lits

habilités à l'aide sociale est globalement suffisant sur le territoire départemental mais leur répartition reste perfectible. C'est pourquoi le Conseil Général intégrera cette variable dans les appels à projet qu'il lancera en lien avec l'ARS.

- Guides méthodologiques et chartes publiés par la DGAS
- Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM
- Références au décret n° 2007-975 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des EHPAD
- Textes et documents de référence mis en œuvre dans l'établissement communiqué

Les documents recueillis sont répertoriés selon 3 critères :

- Les pièces techniques définies par l'annexe 3.10 du CASF susvisée, relatives au cahier des charges de l'évaluation externe,
- Des documents complémentaires qui ont permis de proposer un projet évaluatif adapté aux particularités du service,
- Des documents remis et consultés par les évaluateurs lors des journées d'évaluation sur site.

Pièces prévues par l'annexe 3.10 du CASF susvisée communiquées par l'établissement :

- Identification du gestionnaire,
- Copies de l'autorisation et des arrêtés successifs,
- Projet d'établissement
- Livret d'accueil,
- Règlement de fonctionnement,
- Documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité,
- Rapport et résultats de l'évaluation interne.

Principaux autres documents remis :

- Organigramme
- Composition et PV du Conseil d'Administration
- Convention tripartite,
- CR CVS
- Rapports d'activité,
- Trame du projet personnalisé,
- Plan formation,
- Compte rendu d'activité médicale, RAMA
- DARI

Documents remis et consultés par les évaluateurs lors des journées d'évaluation sur site :

- Relevé de conclusion commission de coordination gériatrique (CCG)
- Planning et roulement de la Mesnie
- Plaquette d'accueil de la Mesnie
- Fiche navette préparation éléments de salaires
- Bilan initial financier
- Stratégie suite à l'audit réalisé par le cabinet CRP
- Stratégie de Communication
- Stratégie Financière
- Stratégie Ressources Humaines
- Document administratif remis à l'entrée d'un résident
- Décision de demande d'admission

- Rapports vérifications périodiques réglementaires APAVE (appareil de levage et ascenseur, appareil de cuisson, installation électrique, installation gaz, portes automatiques, système de sécurité incendie SSI)
- Projet d'animation 2013
- Commission d'animation
- Liste des conventions passées avec le secteur sanitaire
- Taux de cotisation avec l'opérateur SHAM sur le contrat de prévoyance

Tous les documents réclamés dans le cadre de l'analyse documentaire ont été adressés aux évaluateurs, rendant la tâche d'analyse préalable aidante pour s'approprier les spécificités de l'EHPAD.

1.3.1.1. Description de la stratégie de l'établissement

L'EHPAD la Mesnie a choisi de privilégier, à la suite de son évaluation interne, sa démarche vers la Bientraitance des personnes âgées accueillies en :

- Optimisant la prise en charge des résidents
- Réorganisant le travail
- Professionnalisant les équipes notamment celle du soin
- Développant la pluridisciplinarité des projets

L'établissement est habilité à l'aide sociale à 100%

1.3.1.2. Description des objectifs de l'établissement

- **D'adapter ses prestations aux besoins évolutifs, exprimés ou non, de la population accueillie**
  - ✓ Une réorganisation du travail autour du résident
  - ✓ La rédaction des projets de vie et de soin
  - ✓ Améliorer la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer
  - ✓ Rédaction des projets de vie personnalisés
- **De développer l'harmonisation des pratiques professionnelles et la professionnalisation**
  - ✓ La rédaction de fiches de poste
  - ✓ Améliorer la technicité des soins par la formation VAE
  - ✓ Recruter une psychologue
- **D'entourer la fin de vie**
- **En mettant en oeuvre une politique de rattachement et de réseau**

1.3.1.3. Description des missions confiées sur le territoire géographique, dans le cadre de la procédure d'autorisation

L'EHPAD La Mesnie et la MAPAD sont habilités à recevoir des personnes âgées dépendantes pour une capacité de 80 lits plus 48 lits identifiés comme hébergement spécifique pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

L'hébergement est dit permanent. L'établissement n'est pas identifié pour l'accueil temporaire ou l'accueil de jour ou de nuit.

Il est entièrement habilité à l'aide sociale.

Le tarif est partiel sans PUI.

Le GMP validé est de 711 et le PMP unifié est de 267 (validé par les autorités tarifaire).

1.3.1.4. Choix opérés et difficultés rencontrées lors de l'évaluation

Les documents transmis, au regard des attentes du Décret n° 2007-975 fixant le Cahier des Charges pour l'Evaluation des activités et de la Qualité des prestations des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux et annexes, en amont de l'Evaluation Externe sur site, ont permis une bonne appropriation à priori du fonctionnement et de l'organisation de la structure par les évaluateurs.

A posteriori, le plan d'évaluation construit en concertation avec la Direction a été respecté : toute l'Equipe a fait preuve d'une grande coopération durant les trois jours d'observation sur site, ce qui a permis de réaliser cette mission dans les meilleures conditions.

La rencontre des usagers et des professionnels avait été organisée dans le cadre de leurs activités régulières pour une plus grande richesse des échanges et des observations, leur participation a été très active.

Plusieurs résidents, familles, bénévoles et les représentants du CVS ont pu se rendre disponibles et participer aux entretiens programmés.

Aucune problématique n'a été rencontrée lors de l'Evaluation Externe, les rencontres ayant eu lieu dans une grande qualité d'écoute et de participation de tous, résidents, professionnels et représentants des familles.

Les rencontres sur site ont concerné chaque catégorie de personnel :

1) Le directeur
2) L'adjoint de direction
3) Les secrétaires et responsables de cellule (administration, médicale, cellule sociale, logistique et qualité, hébergement, cuisine)
4) Les médecins coordinateurs
5) Le kinésithérapeute
6) Le pharmacien référent
7) L'infirmière coordinatrice
8) Les infirmières
9) La psychologue
10) Des résidents
11) La vice présidente du CVS
12) Les animatrices
13) Des AS de jour et de nuit
14) Des ASL de jour et de nuit
15) Le Chef de cuisine, et cuisinières
16) L'agent technique de maintenance
17) Des résidents avec leur famille
18) Des intervenants extérieurs professionnels et bénévoles

Ces rencontres ont duré de 40 minutes à 2 heures.

Elles ont été complétées par :

La consultation de dossiers d'usagers (partie administrative et partie médicale), de diagrammes de soins, et de projets personnalisés. Il en a été de même pour les dossiers des professionnels.

Les affichages, conventions, procédures et protocoles ont été consultés et vérifiés ainsi que les classeurs développant les stratégies de l'établissement.

Des temps d'animation, de repas, de gestion du linge et de sécurisation du circuit du médicament (ainsi que leur distribution) ont pu être vérifiés.

Le logiciel Médicor et son utilisation ont pu être vérifiés ainsi que les modes de fonctionnement des transmissions.

Nous pouvons noter que nous avons eu accès à tous les espaces de l'établissement ainsi qu'aux documents demandés, que le personnel présent a participé aux entretiens et que notre démarche d'évaluation a pu s'inscrire dans une démarche permanente d'amélioration.

(Confère planning d'évaluation sur site, liste des rencontres non exhaustive)

Les évaluateurs tiennent à remercier le directeur Monsieur Anfry, son adjoint Monsieur Le Douget, l'infirmière coordinatrice Madame Couturier et les médecins coordonnateurs ainsi que toute son équipe et les résidents, pour leur disponibilité, leur participation, leur bienveillance, leur implication et leur engagement dans la démarche d'Evaluation Externe.

Chapitre 2 : Développements informatifs et analyse détaillée

2.1. MANAGEMENT ET GESTION DES ACTIVITES

2.1.1.Le Projet d'établissement

Constats

Le projet d'établissement a été écrit en 2011- 2015.

Il décrit :

- Les données de cadrage démographiques et sanitaires nationales et départementales et cantonales
- Les axes des politiques nationales et régionales en matière gérontologique
- L'historique et l'environnement institutionnel
- La méthodologie employée
- Le projet institutionnel et d'établissement
  - Le projet managérial et architectural
  - Le projet d'accueil et d'intégration
  - Le projet de vie
  - Le projet de soins
  - Le projet qualité et gestion des risques
  - Le projet social et RH

Le projet d'établissement à donner lieu à des réunions de travail inter et pluri disciplinaire selon les thématiques abordées (2010).

L'écriture du projet d'établissement c'est appuyé sur les constats faits à partir de l'outil Angélique. Ainsi à chaque projet est adjoint un plan d'action temporisé mais non hiérarchisé.

Il a été réévalué en 2013 avec la production d'un projet d'animation et en 2014 avec un nouveau projet de soin de soin.

Le projet reprend les thématiques fondatrices du projet : les valeurs, l'état de lieux, la gestion des risques, la politique de prévention.

Il n'a pas été constaté de plan d'action propre au projet de soin.

Analyse

Le projet d'établissement est actualisé (projet d'animation et projet de soin) et validé par l'équipe de direction à la suite d'un travail concerté avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. En cela la résidence de la Mesnie apparaît comme un véritable lieu de vie au sein duquel le projet d'établissement positionne le résident au cœur des préoccupations quotidiennes de l'équipe.

Si une réflexion systémique a présidé à l'écriture du projet de soin et que les modalités de mise en œuvre sont explicitées, il devra se poursuivre par un plan d'action planifié, hiérarchisé, où la responsabilité individuelle (pilote et ressources à mobilier) devra être explicité pour être parfaitement fonctionnel. En cela la réévaluation annuelle pourra en être facilitée (actions et document mis en œuvre, actions soldées, etc.).

Lors de la réévaluation du projet d'établissement un lien pourrait être fait avec le projet associatif.

Bien que les pratiques professionnelles en sont empreintes, il est fait peu référence aux RBPP publiées par l'ANESM (ou HAS, ANAP). Leur évocation dans le projet d'établissement et le projet de soin permettrait une appropriation de celles ci par le personnel et la quantification des objectifs (indicateurs de performance ou de réalisation) concrétiserait le niveau de progression.

Documents constatés

- *Le projet d'établissement*
- *Le projet d'animation 2013*
- *Le projet de soin 2014*
- *Plan d'amélioration de la qualité de l'établissement*
- *Rapport de l'évaluation interne*

Actions proposées

- *Intégrer une liste d'indicateurs liés aux objectifs stratégiques développés dans le projet d'établissement (Bientraitance - prévention, etc..) et fonctionnels (contention, nutrition, etc…avec pour exemple les indicateurs de l'ANESM, HAS.*
- *Elaborer un plan d'action propre aux éléments prospectifs du projet de soin en hiérarchisant les objectifs et en les planifiant.*
- *Utiliser les suites (orientations stratégiques, résultats obtenus et planning hiérarchisé, programmé) de l'évaluation interne et de l'évaluation externe dans le projet d'établissement lors de sa réévaluation sur les thématique hors soin (nombre de projets personnalisés formalisés et fonctionnels, etc.)*
- *Rédiger une synthèse du projet d'établissement après sa réactualisation et sa validation par les instances représentatives et la diffuser aux salariés (version informatique possible), aux intervenants extérieurs, aux autorités tarifaires et aux familles.*

Effets attendus

- *Disposer d'un projet d'établissement global, fonctionnel, ayant une dimension managériale et prospective quantifiées,*

↗ *Affirmer et communiquer les axes stratégiques et fonctionnels de travail de l'équipe auprès de tous les usagers.*

Faisabilité	Facile☐	Courante ☒	Difficile ☐
Compétences requises	Faibles ☐	Normales ☐	Elevées ☒
Délai de mise en oeuvre	Dans l'année ☐	et d'ici 2-3 ans ☒	d'ici 4-5 ans ☐
Référence	RBPP ☒	Document loi 2002-2 ☒	Texte de loi ☐
	Règles éthiques ☐	Convention Collective ☐	

2.1.1.1. Ouverture de l'établissement sur l'extérieur, favorisant les partenariats et travail en réseau

Constats

Plusieurs conventions et coopérations médicales (seulement deux médecins traitants non pas signés de conventions) et hospitalières sont inscrites dans le fonctionnement de l'établissement. Elles prennent en compte le respect des habitudes et rythme des résidents.

La dimension préventive est aussi représentée dans la construction de ce réseau avec entre autre une convention avec le réseau régional douleur de Basse Normandie, un pharmacien référent (sécurisation du circuit du médicament et la prévention iatrogénique).

Plusieurs bénévoles (familles et associations) interviennent dans l'établissement et viennent en appuis de l'animation, de l'aide aux résidents (soin palliatifs)

Une relation forte existe avec JALMALV (Jusqu'a La Mort Accompagné La Vie) qui propose aux familles ou à l'équipe une intervention de bénévoles accompagnant les résidents en fin de vie.

Un collaboration avec le CLIC de Lisieux inscrit l'établissement dans le réseau des offres d'hébergement du territoire d'intervention.

Des pédicures et deux coiffeuses interviennent dans l'établissement à la demande des résidents ou des familles. Le choix du prestataire par le résident est respecté.

L'organisation de manifestations au sein de l'établissement avec le relais de l'association « Les aînés de St Pierre sur Dives » marque une volonté de communication externe et de coopération avec ses partenaires extérieurs. (chien visiteurs, l'orchestre…)

Les modalités d'échange d'informations autour de la personne âgées sont prévues dans les cas de départ dans l'urgence sous forme d'un DLU (Document de Liaison d'Urgence).

Le rattachement de l'établissement à la fédération professionnelle FEHAP conduit M.ANFRY à participer aux différentes instances afin de représenter la Mesnie.

Analyse

La structure apparaît depuis quatre ans comme un acteur incontournable du territoire relayée par une volonté d'ouverture et animée par un personnel maîtrisant bien l'organisation de l'institution.

Une gouvernance collégiale associant une pluralité d'acteurs permet à l'établissement, dans un contexte assez concurrentiel, de rester toujours ouvert sur l'extérieur en favorisant les synergies avec les autres structures associatives du territoire du pays d'Auge.

Certains dispositifs mis en place au sein de l'établissement ne sont pas encore totalement formalisés (Ex : conventions de partenariat avec les acteurs du territoire : Saint Joseph, l'association vie et partage, groupe de gospel, l'école, le collège…).

L'ouverture est basée sur la transparence et la coopération de l'ensemble des acteurs avec des bénéfices réciproques. Il s'en suit une implication réelle et sérieuse des acteurs bénévoles. Un contrat de bénévolat devrait être passé avec ceux ci afin que soit objectivé l'adhésion aux valeurs et au fonctionnement de l'établissement.

L'établissement bénéficie d'un bon ancrage au sein du territoire rural de St Pierre sur Dives. La Mesnie est engagée dans une politique générale d'ouverture à l'extérieur avec entre autre le CLIC, le CCLIN Normandie ou le réseau régional douleur.

Les conventions formalisées avec les hôpitaux et équipes mobiles sont fonctionnelles. Les encadrants et le personnel les jugent efficaces et utiles (soins palliatifs pour exemple).

Les animations diversifiés participent grandement au maintien de la vie sociale des résidents.

Le DLU pourrait reprendre quelques éléments du projet personnalisé notamment pour les personnes désorientées (caractéristiques spécifiques : j'aime, j'aime pas) pour améliorer les transferts et les séjours hors de la structure (hospitalisations, consultations, etc.)

2.1.1.2. Adaptation des moyens humains mis en œuvre aux objectifs fixés

Constats

La refonte de l'organisation médico sociale a préfiguré l'adaptation des moyens aux objectifs que s'est fixés l'établissement. Trois filières émergent : soins, hébergement et administratif.

La direction de l'établissement est assurée par monsieur Olivier Anfry, secondé par monsieur Le Douget, qui coordonnent la gestion globale de l'établissement.

A l'intérieur de chacune de ces filières les moyens sont définis (organigramme par filière).

Pour l'administratif

Un responsable de cellule

Une secrétaire

Un comptable

Le cadre administratif chargé de la cellule économique et sociale soutien les familles dans leur démarches économiques et sociales (aide financière, orientation, plan d'aide de court à long terme, etc.) et assure une coordination des différents acteurs.

Pour l'hébergement

Un responsables de cellule logistique et qualité qui assure l'animation et le suivi de la démarche continue de la qualité, organise les prestations hôtelières et assure le suivi d'une parties des achats (économat)

Le contremaître entretien assure la maintenance du bâtiment.

Les ASL assurent l'hygiène et la désinfection des locaux, participent à améliorer le quotidien des résidents.

Un responsable de cellule restauration (chef cuisinier) qui gère l'approvisionnement en denrées, la fabrication des plats et le respect des normes d'hygiène.

Le second de cuisine assiste le chef cuisinier.

Agents de service logistique polyvalent (ASL) restauration accueillent et servent les résidents, elle sont responsables de l'hygiène de la salle de restauration et de la vaisselle.

Pour les soins

Une secrétaire médicale secrétaire médicale a pour fonction de coordonner les rendez vous médicaux et informer les professionnels et les usagers, c'est l'interface entre les professionnels et entre les professionnels et les usagers

Deux médecins coordonnateurs (0,60 et 0,18) assurent leurs fonctions et travaillent en partenariat avec l'infirmière cadre. Chacun de médecins coordonnateurs à une affectation plus ciblée pour l'un l'EHPAD et l'autre la MAPAD. Ils ont en charge l'évolution de la prise en charge médicale des résidents avec en appui les projets définies dans le projet de soins.

L'infirmière cadre décline la politique de soin de l'établissement en mettant en œuvre le projet de soin avec l'équipe para médicale.

Le pharmacien référent veille à la sécurisation du circuit du médicament.

Le kinésithérapeute (0,75) participe à l'évaluation standard des résidents et à leur prise en charge , gére le dossier kiné assure la formation du personnel sur l'accompagnement des résidents (aide et entretien à et de la marche, atelier gym douce, etc.).

Une psychologue coordonne et formalise les projets personnalisés, participe à l'accueil des familles, à la formation du personnel, à l'animation thérapeutique et soutien le personnel.

Les équipes d'AS contribuent aux soins de nursing et aux projets personnalisés.

Les ASL soins participent aux aides à la vie courante des résidents légèrement ou moyennement dépendants.

Les animatrices définissent le planning des animations en correspondance avec le public accueilli, son évolution et ses caractéristiques.

L'équipe de nuit (ASL et AS) travaille en binôme. Elle est épaulé par les ASL lingère lors des rondes.

Plusieurs commissions de coordination et comité de travail (animation, comité d'étude des événements indésirables, etc.) permettent de mener à bien les projets transversaux (interdisciplinaire)

Analyse

Les moyens humains disponibles et l'organisation définis, permettent la mise en œuvre des projets initiés et en devenir, en interdisciplinarité. Il faudra cependant bien définir, les ressources à mobiliser ainsi que les indicateurs de performance et de progression.

L'établissement répondant aux sollicitations des résidents du foyer de vie en particulier le week end le planning laisse apparaître une carence en infirmière.

Les équipes fortement réactives devront accepter une planification ambitieuse mais réaliste et raisonnable pour ne pas s'essouffler.

Les connaissances théoriques et pratiques (de l'équipe de nuit) devront régulièrement être évaluées en interne afin de rester opérationnelles. Le suivi de ses évaluations et des formations internes s'y rattachant devra faire l'objet d'un écrit (formation par le médecin coordonnateur déjà initiée).

2.1.1.3. Adaptation des moyens financiers mis en œuvre aux objectifs fixés

Constats

L'établissement a dû faire face à une crise financière, laissant les finances de l'établissement exsangues. De plus l'établissement s'est vu confronter à une perte de confiance de la part des autorités tarifaires principales ressources budgétaires.

L'arrivée d'un nouveau directeur a permis d'assainir les finances en reconstruisant notamment l'image de l'établissement auprès des autorités et en entamant une procédure auprès de son bailleur.

Les moyens financiers alloués sont discutés à partir des besoins identifiés par la direction et validés (au dessus de 10 000 €) par le conseil d'administration.

Le pouvoir de proposition de la direction est réel, les demandes sont généralement suivi par le conseil d'administration et la Présidente.

Les responsables de cellule ont eux aussi une autonomie financière qui cependant est soumise à validation par la direction.

L'établissement est habilité à 100% à l'aide sociale, et la majorité des résidents peuvent y prétendre.

Analyse

La stratégie financière a clairement été identifiée et les objectifs ont été suivis jusqu'au redressement de la situation.

Les moyens financiers aujourd'hui assainis permettent de mettre des moyens en face des projets.

Ils semblent généralement correspondre aux objectifs opérationnels présentés. Ces moyens sont à rapprocher du plan d'investissement pluriannuel s'y afférent.

2.1.1.4. Déploiement et évaluation du projet d'établissement

Constats

Le projet d'établissement a fait l'objet d'une réévaluation par le biais de la réécriture complète du projet de soin.

Un management raisonnée et attentif contribue à une appropriation satisfaisante du projet d'établissement et du projet de soin par l'équipe pluridisciplinaire.

Analyse

Des évolutions significatives avec le renouveau de l'équipe de direction ont largement favorisé l'information et la communication entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Le reste du projet reste à réactualiser à partir des pratiques et de la réflexion autour de l'usager déjà entamé avec le projet de soin et la réorganisation médico sociale.

L'actualisation du projet d'établissement se devra d'être représentatif de cette évolution dans les stratégies d'accompagnement et de prise en charge, avec un développement des axes majeurs. il devra prendre en compte les résultats de l'évaluation interne et externe comme de l'évolution des pratiques professionnelles.

Les objectifs et les moyens de mise en œuvre ainsi formalisés pourront être hiérarchisés et planifiés (plan d'action) par le comité directeur. Le plan d'action devra lui aussi comporter des indicateurs de performance et de progression.

2.2. ORGANISATION – FONCTIONNEMENT

2.2.1.Définition et connaissance des niveaux de responsabilités pour garantir le fonctionnement opérationnel de l'établissement

Constats

Le directeur est responsable de la gestion de l'établissement. Une articulation claire apparaît entre Mme Danot en sa qualité de présidente de l'ALAPA et M.Anfry formalisée dans un Document Unique de Délégation (DUD) qui précise les responsabilités en la matière.

L'ensemble, des procédures de fonctionnement et de gestion ,des commissions et comités de travail, ainsi que les fiches de poste ont été retravaillés sur plusieurs mois.

Les procédures précisent, le qui, le quoi, le comment et le quand (le pourquoi et le pour qui interviendront avec le temps).

Les fiches de poste exposent synthétiquement, le poste puis la dimension du poste, les conditions d'exercice du poste, les activités principales, les compétences requises (savoir, savoir faire, savoir être. Ces fiches de poste sont remises lors de l'embauche des salariés.

Les « fiches » commissions indiquent l'objet, l'objectif, la fréquence de réunion, les membres de droit et les membres invités. Un planning annuel est adjoint en fin de présentation.

Un organigramme et trois sous organigrammes par filière expliquent les liens hiérarchiques .

Tous ces éléments sont réunis dans un document intitulé organisation médico-administrative (2013)

La restauration est assurée par une « chef cuisinier » responsable de cellule, et un second de cuisine qui produisent les repas sur place. L'ensemble de l'équipe a été formée à la méthode HACCP et le plan d'hygiène est en place. L'équipe est sous l'autorité direct du responsable qualité et Hébergement. Le service est par les ASL restauration. Une diététicienne intervient une fois par semaine.

Le linge plat est externalisé. Le linge des résidents est internalisé. Il est traité par des ASL lingerie dans un local respectant la marche en avant.

Analyse

Le document intitulé organisation médico-administrative permet d'appréhender à la fois les responsabilités liées à chaque poste et l'organisation générale. Les responsabilités de chacun y sont clairement exposé dans l'environnement organisationnel.

Les personnes ayant un poste à responsabilité sont diplômés et compétentes.

L'organigramme tel que défini correspond à la stricte représentation des liens hiérarchiques et des responsabilité s'y afférent. Un organigramme fonctionnel et synthétique pourrait être mis à la disposition des résidents et familles.

2.2.2.Implication des instances internes dans la mise en œuvre des projets

Constats

Le conseil (comité) de la vie sociale est actif avec quatre réunions par an.

Les Co Présidentes sont issues du collège des familles. Les réunions sont informatives et les propositions sont entendues. Il apparaît à la lecture des comptes rendus que les familles s'y expriment et que leur questionnement appelle systématiquement à une réponse.

Une enquête annuelle de la satisfaction perçue est menée auprès des résidents et des familles. En 2013 les résidents et les proches se disent globalement très satisfait et satisfait (96%) en impression générale. Quelques commentaires apparaissent en fin d'enquête sur des demandes spécifiques auxquels l'établissement est en cours de réponse (projet personnalisé).

Les réunions avec les représentants du personnel sont mensuelles, des PV de carence sont établis si aucune question n'est à l'ordre du jour.

Le comité d'entreprise CE se réunit régulièrement une fois par mois et souhaite définir une politique sociale.

Plusieurs commissions, sont en place :

- Commission de coordination animation
- Commission des menus

Les familles et/ou les résidents peuvent y participer sur la base du volontariat.

Analyse

Le conseil de la vie sociale est en place avec une réunion par trimestre allant au delà des obligations réglementaire. Le protocole électoral est respecté. Les deux co-présidentes sont des représentantes des familles. L'établissement pourrait porter à l'ordre du jour du prochain conseil de la vie sociale que le protocole électoral n'a pas permis l'élection d'un résident au poste de président et dresser un PV de carence dans ce sens. Son fonctionnement est conforme à la réglementation. Les ordres du jour sont clairs ainsi que les relevés de conclusion.

La parole de l'usager est valorisée et les demandes du conseil de la vie sociale sont suivies d'effets.

Le comité d'éthique (comité de vigilance et lutte contre la maltraitance) pourrait devenir paritaire et statutaire. La rédaction d'un règlement de fonctionnement (membres, motifs de déclenchement des réunions hors celles trisannuelles, ordre du jour, etc..) pourrait la rendre statutaire. La commission serait paritaire en y invitant des résidents et/ou famille et /ou des personnes représentatives de la vie civile (Maire de la commune pour exemple) selon une fréquence à déterminer. La politique de bientraitance de l'établissement pourrait y être valorisée.

Les instances représentatives du personnel sont en place et actives.

Les enquêtes font ressortir une satisfaction globale des résidents et des familles. Le support d'enquête laisse la place aux suggestions et propositions qui sont par la suite analysées.

Documents constatés :

- *Enquête de satisfaction*
- *Comptes rendus des commissions menus*
- *Comptes rendus des commissions restauration*
- *Comptes rendus du CVS, CE, CHSCT*

Action proposée :

- *Rendre statutaire et paritaire la commission éthique*
- *Evoquer lors de CVS la notion de Bientraitance développée par la direction et les équipes*

- ↗ *Intégrer dans le plan d'action les demandes du conseil de la vie sociale, de l'enquête qualité et des commissions*

Effets attendus :

- ↗ *Communiquer et valoriser les bonnes pratiques professionnelles de l'équipe auprès des usagers*
- ↗ *Tracer le déploiement de la RBBP cadre et son appropriation*
- ↗ *Objectiver et analyser les dysfonctionnements et la satisfaction*

Faisabilité facile☒ difficile ☐

Compétences requises élevées☒ pour l'éthique normales ☒ faibles ☐

Délai de mise en oeuvre dans l'année ☒ d'ici 2-3 ans ☒ pour commission éthique

d'ici 4-5 ans ☐

Référence RBPP ☒ document loi 2002-2 ☐ texte de loi ☐

règle éthique ☒ convention collective ☐

2.2.3. Mise en œuvre de la communication interne et externe

Constats

Un site internet est accessible dans le cadre d'une communication vers le grand public.

Une secrétaire médicale permet de centraliser et rediriger l'information. Les rendez vous sont pris et signaler avec des rappels possibles.

Trois temps de transmissions sont identifiés (relèves d'équipe). Le personnel peut exposer les problématiques d'accompagnement rencontrées, l'état du résident (psychologique et physique), les soins de nursing apportés, les résultats des observations. L'ensemble est piloté et dirigé par l'infirmière cadre.

Les transmissions sont en extemporanés avec l'utilisation de « zapette » (TITAN). Le personnel maîtrise aujourd'hui son utilisation.

L'outil permet des messages ciblés vers les professionnels (psychologue, kinésithérapeute).

Une cellule économie sociale et familiale, véritable guichet unique, est à la disposition des familles et des personnes âgées qui sont en demande de renseignements ou d'aides.

Le planning des animations de la semaine est affiché.

Les réunions et commissions (ou comités) entre encadrants sont régulières dans le cadre d'un fonctionnement voulu participatif et transparent.

L'information passe aussi par des notes d'information, des affichages.

Analyse

L'organisation de la communication est un des points fort de l'établissement avec un secrétariat médical qui coordonne les informations médicales venant de l'intérieur et de l'extérieur de l'établissement.

Le site internet est informatif, de nombreux documents sont téléchargeables dont, le projet d'établissement 2011-2015 et le projet de soin 2014, ainsi que les comptes rendus du conseil de la vie sociale.

Apicrypt messagerie médicale sécurisée est largement utilisée rendant sûres, sécurisées et rapides les informations sur le résident/patient.

La cellule économie sociale et familiale est une aide importante pour les personnes, en livrant les informations sur les recours et aides possibles.

Le projet d'établissement et le projet de soins restent aujourd'hui sous utilisé en matière de communication. Une synthèse pourrait être mise à la disposition des usagers et des salariés (transmissions des valeurs de l'établissement).

Les commissions et comités livrent les informations et prospectives aux professionnels et aux usagers.

L'information auprès des professionnels (en interne et en externe), des usagers, du public est efficace.

Un guichet unique propose une cellule d'économie sociale et familiale générant une plus value importante pour les résidents et leurs familles, marque inventive d'une relation de qualité.

Autre dispositif novateur la présence d'une secrétaire médical concoure à une relation de qualité avec l'ensemble des médecins généraliste intervenant dans la structure.

Cette organisation de la communication permet une prise en charge administrative globale de l'ensemble du suivi médical des résidents.

2.3. L'ACCUEIL DE LA PERSONNE DANS LE RESPECT DE SES DROITS

2.3.1. Diffusion d'une information claire au public et aux professionnels externes

Constats

Les outils de communication et d'information définis par la loi 2002 sont formalisés et diffusés. Les documents institutionnels sont remis. Ils ont fait l'objet d'une réécriture totale depuis 2010.

Ils sont réactualisés en conformité avec la réglementation du CASF.

Le secrétariat d'accueil administratif et médical est ouvert du lundi au vendredi.

L'information sur la participation au CVS des usagers est répertoriée le site internet.

La diffusion d'informations se fait aussi par le canal des réunions du conseil de la vie sociale, des commissions.

Les tarifs de l'établissement sont affichés à l'accueil. L'affichage obligatoire sur les tarifs des prestataires extérieurs n'est pas en place.

Un dossier administratif est ouvert pour chaque résident. Les dossiers consultés contenaient notamment les contrats de séjour signés.

Les familles rencontrées se disent satisfaites des informations qui leurs sont communiquées.

Le secrétariat médical est un relais d'informations pour les intervenants médicaux.

Analyse

La stratégie de communication a été travaillée et déclinée pour des résultats probants.

L'établissement veillera à respecter le règlement départemental d'aide social en matière de rédaction du contrat de séjour, en effet celui ci fait apparaître la facturation d'une caution. Au regard de l'habilitation totale de la Mesnie à recevoir des bénéficiaires de l'aide social cette pratique devra être étudiée en parallèle aux droits des résidents bénéficiant réellement de l'aide sociale.

L'établissement devra se conformer à l'affichage obligatoire des tarifs actualisés, chaque année, des prestataires extérieurs (coiffeur-manucure-pédicure..).

Se sont souvent les familles qui se présentent pour les admissions le consentement éclairé du futur résident devrait être accompagné dans le temps par la psychologue de l'établissement.

Les informations sont dispensées aux publics soit par voie d'affichage, par téléphone et lors des rencontres. Les informations sont données et sont compréhensibles. L'information utile est bien fournie aux personnes.

Documents constatés

- *Dossier d'admission*
- *Les documents mis à la disposition des intervenants extérieurs*
- *Affichages*

Action proposée

- *Remettre dés l'admission une fiche informative sur le fonctionnement et le rôle du CVS incitant à la participation*
- *Développer la communication des projets individuels vers les intervenants (fiche de synthèse)*
- *Remettre aux résidents et/ou aux familles une note explicative sur le rôle particulier des référents*

Effets attendus

- *Accroître le partenariat et la communication ciblée avec les intervenants extérieurs dans le suivi du projet personnalisé de leurs patients*
- *Développer l'information sur les aspects de vie citoyenne de l'EHPAD*
- *Donner des repères aux futurs résidents*

Faisabilité facile ☒ courantes ☐ difficile ☐

Compétences requises élevées☐ normales ☒ faibles ☐

Délai de mise en oeuvre dans l'année ☒ et d'ici 2-3 ans ☐ d'ici 4-5 ans ☐

Référence RBPP ☒ document loi 2002-2 ☐ texte de loi ☐

Règle éthique ☒ convention collective ☐

2.3.2.Organisation de l'accueil des usagers et/ou de leur famille et / ou entourage

Constats

Toutes les procédures de pré admission et admission sont formalisés.

L'établissement dispose d'une signalétique extérieure adaptée permettant un repérage satisfaisant pour l'environnement.

La signalétique intérieure qui a fait l'objet de travaux important permet un très bon repérage à une population en perte d'autonomie

Le dossier de demande d'admission comprend :

- ✓ Le dossier administratif (contrat & règlement de fonctionnement)
- ✓ Livret d'accueil
- ✓ La charte des droits et libertés
- ✓ Dossier médical.

Le dossier administratif est validé par la secrétaire qui transmet le dossier médical sécurisé à la secrétaire médical.

La commission de pré admission et l'un des médecin coordonnateur statut sur la recevabilité du dossier en fonction de l'adéquation entre les possibilités d'accueil de l'établissement et l'état de santé du futur résident.

L'acceptation ou le refus sont notifiés aux demandeurs. Le suivi des demandes est formalisé.

La liste d'attente prend en considération l'urgence sociale et l'origine géographique. Les habitants de la commune et du canton étant prioritaires

Un dossier administratif pris au hasard a été évalué, l'ensemble des documents institutionnels réglementaires y figure.

Le registre des entrées et sorties est tenu, il est conforme.

Une visite de la résidence est systématiquement proposée à la personne âgée ou son représentant et/ou sa famille. Une visite de pré admission est prévue.

La cellule économie sociale et familiale peut être un recours pour gérer le temps d'attente entre le dépôt du dossier et l'admission.

Analyse

L'établissement pourrait au travers d'une délibération du conseil de la vie sociale solliciter un avis afin d'obtenir une autorisation formelle sur l'affichage des noms des résidents.

Les dossiers de demande d'admission sont traités de façon immédiate par l'équipe de l'accueil appuyée par la cadre de santé et le médecin coordonnateur.

L'organisation de l'accueil concoure à une bonne admission des usagers, les différentes structures sont adaptées.

Une réactualisation régulière de la liste d'attente serait plus en accord avec la réalité de la persistance des demandes. Il pourrait aussi être mis en place une liste d'attente active et une liste d'attente passive. Dans la liste d'attente active les demandeurs (futurs résidents) prêt à l'institutionnalisation et dans la liste d'attente passive les demandes dite « de sécurité », se serait là une première approche du consentement éclairé et une participation des demandeurs à la priorisation des admissions.

2.3.3. Réalisation de l'admission conformément aux besoins identifiés

Constats

L'établissement répond à un important besoin de proximité et propose une offre diversifiée d'accueil représentant une plate forme gérontologique allant du foyer de vie à une structure spécifiquement adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées. Les projets à venir compléteront l'offre avec un accueil de jour.

Le(s) médecin(s) coordinateur(s) étudie(nt) systématiquement l'adéquation entre l'état de santé du résident et les possibilités de prise en charge de l'établissement.

Les documents se rattachant à l'admission visitent en partie les besoins et attentes du résident et de sa famille (recueil des habitudes de vie : livret de vie).

Le dossier administratif du résident, élaboré lors de l'admission, est complet. Le dossier médical est constitué. Une rencontre entre le résident et l'équipe de soins est prévue.

Le contrat de séjour est signé dans les jours qui suivent l'admission.

Pour chaque résident un référent est désigné.

Le règlement intérieur est donné en même temps que le livret d'accueil.

Analyse

L'accueil est organisé et formalisé.

L'établissement au travers de son équipe administrative d'accueil et de direction fait apparaître une grande disponibilité face aux sollicitations des résidents et leur famille. La fréquentation reste élevée malgré les difficultés liées aux travaux réalisés en site occupé.

L'organisation de l'admission permet une première approche des besoins du résident.

Il serait important d'explorer et/ou recueillir systématiquement le consentement éclairé du résident et de faire état de sa progression, ceci dans le contexte particuliers où se sont généralement les familles qui font les démarches de pré admission et admission.

Documents constatés :

- *Dossier d'admission et toutes ses composantes*
- *Dossiers administratifs du résident*

Action proposée :

- *Planifier une pré visite sur le lieu de vie ou dans l'établissement de santé où séjourne le futur résident et évaluer ses premiers besoins (si le résident ne peut pas se déplacer)*
- *Explorer, recueillir et accompagner le consentement éclairé du résident lors de son admission*
- *Accompagner dans le temps la rédaction des directives anticipées et la désignation de la personne de confiance*

Effets attendus :

- *Anticiper la bonne intégration du résident dans sa vie institutionnelle*
- *S'assurer de la connaissance et l'acceptation, des éléments contractuels et des règles de vie communautaires, propres à l'établissement*

↗ *Respecter et faire respecter en toute légalité les décisions thérapeutiques et la trajectoire de vie du résident*

Faisabilité	Facile☒	Courante ☐	Difficile ☐
Compétences requises	Faibles ☐	Normales ☒	Elevées☐
Délai de mise en oeuvre	Dans l'année ☒	d'ici 2-3 ans ☐	d'ici 4-5 ans ☐
Référence	RBPP ☒	Document loi 2002-2 ☒	Texte de loi ☐
	Règles éthiques ☐	Convention Collective ☐	

2.3.4.Réalisation du projet personnalisé avec la participation de la personne accueillie

Constats

La rédaction du projet personnalisé (projet de vie individualisé) est organisée, elle a fait l'objet d'une procédure.

Les projets personnalisés sont partiellement formalisés. Priorité a été donné aux résidents entrants. Ils sont coordonnés par la psychologue de l'établissement avec l'appui de l'équipe pluridisciplinaire et du référent.

Les documents associés lors de sa formalisation sont dans le livret de vie.

La première étape consiste à planifier un rendez vous entre le résident et l'équipe de soins afin de remplir le livret de vie. Le livret de vie est complet avec des annexes portant sur la prévention (nutrition, état bucco dentaire, intervention kinésithérapeute).

L'élaboration du projet personnalisé est accompagnée par la famille.

La rédaction du projet personnalisé suit la réunion de travail sur le livret de vie puis est validé par la signature de l'association.

La rédaction des directives anticipées et la nomination de la personne de confiance sont prévues.

Analyse

Le projet personnalisé est très complet, toutefois les moyens à mobiliser devraient être développés (animations ludiques, thérapeutiques, conseil en hygiène, accompagnement des phase d'endormissement, etc..) en face des objectifs (maintenir, améliorer, stabiliser, etc…) rendant ainsi le projet personnalisé plus fonctionnelle. L'appropriation de l'outil par les équipes est en cours.

Si la présence et la participation du résident sont conformes la signature de la synthèse du projet personnalisé par le résident (ou son représentant légal) devra être prévu sans qu'il y ait substitution par la famille. Néanmoins en cas de refus ou impossibilités de signature par le résident (état cognitif du résident) celui ci devra être motivé par des éléments probants validés par l'équipe, l'un des médecins coordonnateurs, le chef d'établissement (résultat de test, incapacité, etc).

Au travers de la rédaction du projet personnalisé l'équipe travaille conjointement pour trouver des solutions au maintien de l'autonomie et de la santé du résident.

Le projet personnalisé devra faire l'objet d'un avenant au contrat.

Documents constatés

- *Transmissions*
- *Livret de vie*
- *Projet personnalisé*

Action proposée

- *Tracer rigoureusement la présentation du projet personnalisé du résident au résident (ou à son représentant légal) et/ou de sa famille (en accord avec le résident et sa famille) ainsi que le recueil de son avis éclairé*
- *Développer en parallèle les objectifs et les moyens dans le projet personnalisé*

Effets attendus

-
- *Développer les moyens face aux objectifs*

Faisabilité	facile☐	courantes ☒	difficile ☒
Compétences requises	élevées☐	normales ☒	faibles ☐
Délai de mise en oeuvre	dans l'année ☒	d'ici 2-3 ans ☐	d'ici 4-5 ans ☐
Référence	RBPP ☒	document loi 2002-2 ☒	texte de loi ☐
	Règle éthique ☒	convention collective ☐	

2.3.5.Maîtrise des prestations

Constats

Les RBPP sont connus des encadrants (Bientraitance, etc..), qui s'en inspire pour former le personnel et guider les pratiques. Les RBPP se retrouvent dans les pratiques professionnelles.

La création et/ou révision des protocoles sont effectives. Ils ont été revisités lors de la réorganisation médico sociale.

La restauration est assurée par deux personnes en cuisine. La démarche HACCP et le Plan de Maîtrise Sanitaire sont en place sur la zone de production. Elle dispose d'espaces de préparation et de réserves. Les matériels de cuisson, et les aménagements sont conformes. Les relevés des températures journalières sont effectifs puis consigné dans le carnet sanitaire se trouvant à l'accueil.

De nombreux protocoles d'hygiène sont validés. Leur mise en œuvre est inscrite dans la base documentaire « organisation médico-administrative ».

Les menus sont encadrés par une diététicienne qui intervient chaque semaine.

L'affichage des menus du jour est quotidien.

L'atmosphère, et l'ambiance constatées lors des repas sont agréables et conviviales. Une « boîte » permettant aux résidents de mentionner leur appréciation est disponible dans la salle à manger. .

Un pharmacien référent est investi dans sa mission, il collabore avec l'établissement pour sécuriser le circuit du médicament et examiner la iatrogénie.

Les médicaments sous forme sèche sont délivrés en piluliers multilatéraux indépendants nominatifs spécifiques à une prise (système Oréus). Un coffre à toxiques est présent. Il existe un stock tampon de médicaments dont l'usage est réservé aux situations d'urgence.

Le linge des résidents des résidents est internalisé. Les locaux sont conformes à la marche en avant.

Le linge plat est externalisé.

Analyse

Le système de préparation des médicaments en dose à administrée (PDA) donne satisfaction aux infirmière et sécurise l'administration des médicaments (photo, N° de lot, etc.).

La restauration apparaît comme perfectible notamment avec une augmentation de la proportion de fabrication maison et des manifestations autour de l'assiette. L'établissement gagnerait en qualité en produisant plus de repas maison et en organisant très régulièrement des repas à thème en partenariat avec l'animatrice.

Le retour à la fabrication du café de façon traditionnelle avec un percolateur serait mieux perçu par les résidents et générerait des économies importantes (coût matière, location entretien machines)

Le fonctionnement de la cuisine est confronté à ses limites générées par la relation difficile avec le maître d'ouvrage (réserve sèche sous sol, locaux de stockage, porte à changer, carreaux, plafonds). L'établissement devra prévoir le remplacement des éléments défectueux (poignée congélateur, cale en bois, meuble rouillé, congélateur rouillé, carrelage sol local poubelle, parois maçonnées réserve sèche sous sol) afin de ne pas avoir de non-conformité majeure dans le cadre de futur contrôle DDCSPP (Direction Départementale de la Cohésion Sociale et Protection des Populations) et respecter la réglementation HACCP. Ainsi il pourra prioriser dans la négociation de la prochaine convention tripartite l'acquisition de matériel complémentaire pour favoriser les conditions de travail des agents.

La provenance des viandes n'est pas toujours mentionnée sur un support fixe inaltérable. L'établissement devra se conformer à la réglementation en mentionnant la provenance des viandes dans la salle de restaurant.

L'appropriation des RBPP par l'ensemble du personnel pourrait passer par des mini-formations (présentation de cas clinique) lors de temps identifiés (après les transmissions). Ces temps pourraient faire l'objet d'une planification et d'un tracé des présences.

Certaines RBPP dans leur version synthétique (ou essentiels) devraient être mise à la disposition des salariés dans un lieu identifié.

Documents constatés

- *Conventions de partenariat*
- *Menus*
- *Planifications des animations*

Action proposée

- *Mettre les synthèses des RBPP à la disposition du personnel*
- *Augmenter les préparations maison*

Effets attendus

- *Utilisation des RBPP comme référence aux pratiques professionnels*
- *Augmenter la satisfaction des résidents (textures modifiées)*

Faisabilité	facile☐	courantes ☒	difficile ☐
Compétences requises	élevées☒	normales ☐	faibles ☐
Délai de mise en oeuvre	dans l'année ☒	d'ici 2-3 ans ☐	d'ici 4-5 ans ☐
Référence	RBPP ☒	Document loi 2002-2 ☐	Texte de loi ☒
	Règle éthique ☒	convention collective ☐	

2.3.6.Sécurisation de l'accueil et de la prise en soins conformément aux exigences réglementaires et bonnes pratiques en vigueur

Constats

La politique de soin est définie conjointement par les médecins coordonnateurs et l'infirmière cadre avec la collaboration de l'équipe pluridisciplinaire. Elle est formalisée dans le projet de soin.

L'infirmière cadre supervise le travail des IDE et des AS/AMP.

Les dossiers papiers du résident (soin et médicaux) sont physiquement stockés dans une armoire dans l'infirmerie.

Les tests de référence (évaluation gérontologique standard, bilan kiné, évaluation de la douleur, bilan nutritionnel, bilan vaccinal, bilan cognitif, etc..) sont programmés dans les trois semaines après l'arrivé du résident.

La politique de prévention est définie avec l'identification de référente thématique (incontinence, douleur, etc.).

Les plans de soin et diagramme de soins sont actualisés en équipe sur l'outil informatiques.

Le personnel de nuit a été formé aux transmissions des données biologiques et bilans au médecin régulateur du 15.

Analyse

Un important travail de l'équipe a permis de décliner les actions et les valeurs autour desquels l'équipe souhaite travailler. La politique de prévention décrite dans le projet de soin est complète et visite toutes les thématiques. Un plan d'action priorisé et raisonnable pourrait lui être adjoint afin de rendre cette politique effective dans le temps.

Le libre choix thérapeutique et chirurgical du résident est respecté sans être toujours entouré par les dispositifs légaux mis à disposition. La rédaction des directives anticipées et la désignation de la personne de confiance devront être accompagné par un professionnel formé (psychologue par exemple) dans l'esprit de la loi.

2.3.7.Réflexion et actions de la part des professionnels sur le respect des droits

Constats

La politique en matière du respect des droits du résident est énoncée dans le projet d'établissement, dans le projet de soins et dans le projet institutionnel.

L'équipe de direction et le directeur de l'établissement sont porteurs d'une dynamique de réflexion autour de la liberté de choix, du maintien de l'autonomie tant psychique que physique.

L'évaluation interne a permis un questionnement de l'équipe sur leurs pratiques avec la participation des usagers.

L'intégrité de la correspondance privée est respectée. Le courrier n'est pas ouvert sans l'accord du résident.

Une commission « éthique » est en place, elle se réunie 3 fois par an.

Les chartes des droits et libertés de la personne âgée dépendante, des droits et libertés de la personne accueillie sont diffusées.

La liberté d'aller et venir dans le périmètre intérieur et extérieur de l'établissement a été constatée.

L'unité réservée aux résidents atteints de troubles cognitifs sévères (maladie d'Alzheimer, etc.) reste pour des raisons de sécurité évidentes sous surveillance.

La participation des résidents au conseil de la vie sociale et aux comités est régulièrement sollicitée.

Le contrat de séjour, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement sont systématiquement délivrés.

Analyse

Le respect des droits est abordé régulièrement dans les documents cadres et dans les objectif des commissions.

Les dispositifs mis en place et la communication portant sur le respect sont existants et concrets.

Néanmoins dans la réflexion éthique le droit aux risques et le droit à ne pas être informé de son état de santé pourrait être abordé (situations concrètes où entrent en contradiction des valeurs ou principes d'intervention d'égale légitimité).

Il faudra rester vigilant sur la non substitution du résident par sa famille dans les décisions le concernant.

L'établissement affiche une volonté de respecter les droits fondamentaux des résidents (droit à l'information, à la dignité, etc.).

Documents constatés

- *Transmissions*
- *Projet d'établissement, projet de soins, projet institutionnel*
- *Projet personnalisé*
- *Organisation médico administrative*

Action proposée

- *Accompagner, rechercher et inscrire les choix et les limites de la prise de risque consentis par les résidents*

Effets attendus

↗ *Objectivation du libre choix du résident*

Faisabilité facile ☒ courantes ☒ difficile ☐

Compétences requises élevées☐ normales ☒ faibles ☐

Délai de mise en oeuvre dans l'année ☒ et d'ici 2-3 ans ☒ d'ici 4-5 ans ☐

Référence RBPP ☒ document loi 2002-2 ☐ texte de loi ☒

Règle éthique ☒ convention collective ☐

2.3.8.Organisation de l'écoute de la personne accueillie et prise en compte de ses besoins et attentes

Constats

Le Conseil de Vie Sociale (CVS) se réunit quatre fois par an.

Il existe plusieurs commissions et comités où les résidents et/ou les familles sont invités ou membres de droit.

Une enquête de satisfaction perçue est réalisée tous les ans, une analyse en est faite, les résultats sont présentés aux résidents et aux familles.

Les diagrammes de soins retracent les besoins de chaque résident.

Les projets personnalisés sont en cours de formalisation.

Analyse

Le repérage des attentes et besoins des résidents est organisé et font partie des priorités de l'équipe de direction. Le déploiement des outils y concourant sont en cours ou effectifs.

2.4. LA GESTION DES RESSOURCES

2.4.1.Management des ressources humaines

2.4.1.1. Cohérence de la politique des ressources humaines avec le projet d'établissement

Constats

La direction de l'établissement est assurée par un directeur épaulé par un adjoint de direction.

L'équipe est complète et diplômée.

La convention 51 est la convention collective de l'association.

Les plannings sont réalisés dans l'établissement.

Les entretiens professionnels sont en cours de déploiement sur la totalité des salariés (un tiers en 2014, avec un objectif de 100% en 2015).

Les fiches de poste et l'organigramme situent chaque fonction dans l'organisation générale.

Analyse

La cohérence entre le projet d'établissement, l'organisation médico sociale et les ressources humaines est respectée.

L'organisation du travail et les plannings sont en cohérence avec les objectifs et les valeurs inscrites dans le projet d'établissement.

2.4.1.2. Mise en œuvre de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Constats

Les fiches de poste comprennent les modalités d'accès à l'emploi et la description « des savoirs » à avoir ou à acquérir. Elles sont remises aux salariés.

Les recrutements sont ciblés sur l'acquisition de compétences par voie de VAE et de recrutement spécifique d'une infirmière pour sécuriser les soins le dimanche.

Analyse

L'architecture de l'établissement, n'est pas propice à une rationalisation des effectifs : un établissement sur deux sites distincts, des espaces étendus, etc.

Le personnel en particulier médical, répond aux besoins des résidents du foyer de vie sans ressource humaine identifié et valorisé. Le foyer de vie répond pourtant à des besoins identifiés de logement des personnes âgées du territoire d'intervention de l'EHPAD.

2.4.1.3. Maîtrise du processus de recrutement

Constats

Les recrutements ont fait l'objet d'une procédure

Les recrutements sont réalisés par le directeur adjoint avec le responsable de cellule concerné après validation de la direction.

La rémunération est décidée sur la base de la Convention 51.

Analyse

Les recrutements sont encadrés et maîtrisé.

2.4.1.4. L'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants

Constats

L'intégration des nouveaux venus est formalisée.

Un livret d'accueil des salariés ou des stagiaires sont remis lors de la prise de poste ou lors du début du stage. Ce livret est complet et aborde des thématiques pratiques.

Un doublage du poste est programmé ainsi qu'un « tutorat » sur quinze jours.

Analyse

L'intégration des salariés est structuré et maîtrisé. Un parcourt formalisé d'intégration serait un plus pour les remplacements de longue durée (participation à l'évaluation de l'intégration des nouveaux salariés).

Documents constatés

- *Fiches de poste*
- *Dossiers des salariés*

Action proposée

- *Mettre en œuvre les entretiens professionnels pour l'ensemble de l'équipe (en cours)*
- *Formaliser un outil d'aide au recrutement*

Effets attendus

- *Transmettre les valeurs l'établissement*
- *S'appuyer sur un document technique d'aide à la décision*

Faisabilité	facile☐	courantes ☒	difficile ☐
Compétences requises	élevées☒	normales ☐	faibles ☐
Délai de mise en oeuvre	dans l'année ☐	d'ici 2-3 ans ☒	d'ici 4-5 ans ☐
Référence	RBPP ☒	Document loi 2002-2 ☐	Texte de loi ☒
	Règle éthique ☐	Convention collective ☐	

2.4.1.5. Maîtrise du processus de formation continue

Constats

Le plan de formation (BFA) est en place au sein de l'établissement et prend en considération l'aspect pluridisciplinaire pour le choix des différentes formations tout au long de l'année.

Il est à jour et révisé annuellement. Il est élaboré à partir des stratégies d'accompagnement de l'établissement (douleur), et des demandes des salariés (entretien professionnel).

Des formations en internes (médecin coordonnateur, fournisseurs, psychologue) viennent compléter le cursus de formation des salariés au plus prés du terrain.

Analyse

Les formations sont en cohérence avec le public accueilli et permettent d'initier une réflexion sur le prise en charge (Bientraitance, etc..).

Le directeur utilise pleinement les outils et moyens financiers du plan de formation. Les formations sont en rapport avec l'évolution du public accueillie (fin de vie, etc..), sur la sécurité des salariés et des résidents.

2.4.1.6. Organisation de l'évaluation des professionnels

Constats

Les entretiens professionnels ne sont pas à ce jour généralisés (1/3 du personnel a pu en bénéficier sur 2014). L'objectif de la direction est de les généraliser à partir de 2015.

Analyse

Les nombreux chantiers entrepris, dont le réaménagement total des services, n'ont pas permis d'organiser la totalité des entretiens. Les entretiens professionnels seront à planifiés annuellement pour tout le personnel à partir de 2015.

Documents constatés

- ↗ *Dossier des salariés*
- ↗ *Comptes rendus du CE et du CHST*

Action proposée

- ↗ *Formaliser un document support à la préparation et la tenue des entretiens professionnels*
- ↗ *Organiser à minima un entretien professionnel tous les deux ans de l'intégralité des salariés*

Effets attendus

- ↗ *Entretenir le dialogue social*
- ↗ *Respecter la législation*

Faisabilité	facile☐	difficile ☒	
Compétences requises	élevées☒	normales ☐	faibles ☐
Délai de mise en oeuvre	dans l'année ☒	d'ici 2-3 ans ☒	d'ici 4-5 ans ☐
Référence	RBPP ☒	document loi 2002-2 ☐	texte de loi ☒
	règle éthique ☐	convention collective ☐	

2.4.1.7. Le dialogue social

Constats

L'arrivée d'une nouvelle direction et la réorganisation, structurée et formalisé, des services ont permis de rétablir un bilan RH déplorable avec un climat social délétère.

Des délégués du personnel sont en place et les réunions sont régulières, leurs comptes rendus sont disponibles pour l'ensemble du personnel. Néanmoins la DUP (Délégation Unique du Personnel) ne respecte pas toujours le rythme de réunion imposé par la réglementation

L'évaluation de l'ambiance de travail n'est pas formalisée actuellement dans le cadre de la gestion des compétences

Le CHSCT et le CE sont actifs.

Analyse

La définition d'une politique RH a permis de rétablir un climat social serein où la notion de projet partagée est devenue envisageable.

L'évaluation de l'ambiance de travail n'est pas formalisée actuellement dans le cadre de la gestion des compétences

En cas d'absence de réunion de la DUP l'établissement établira un PV de carence conformément à la réglementation du code du travail.

2.4.1.8. Gestion administrative des dossiers du personnel permettant la confidentialité, l'intégrité et la sécurité des données personnelles

Constats

Les dossiers du personnel sont classés dans le bureau de la direction. Le bureau est fermé en l'absence de la direction.

Analyse

Pas de commentaire spécifique.

2.4.1.9. Evaluation des processus de gestion des ressources humaines

Constats

La coprésidente du CVS et les familles interrogés attestent d'une amélioration des relations avec le personnel.

L'équipe de direction est perçue comme attentive aux résidents et aux familles.

Les intervenants extérieurs se disent informés.

Analyse

L'enquête de satisfaction fait apparaître une satisfaction globale des usagers. Un item spécifique pourrait être envisagé lors de la prochaine enquête de satisfaction.

2.5. MANAGEMENT DES RESSOURCES FINANCIERES & IMMOBILIERES

2.5.1. Maîtrise des ressources budgétaires

Constats

Le cadre réglementaire est scrupuleusement respecté en fonction des filières métiers avec un reporting régulier auprès des autorités de tarification (masse salariale à l'ARS, fiabilisation des comptes, logiciel TITAN…)

Analyse

Le GMP et le PMP devront être régulièrement estimés et travaillés (éléments preuves) pour être validé par les autorité conformément à ceux évalués par l'établissement afin d'obtenir des ressources complémentaires.

L'arrivée de la nouvelle direction en 2010 et la réalisation de l'audit ont largement contribué à rétablir une relation de confiance pérenne avec les autorités de tarification et les partenaires institutionnels de l'établissement.

2.5.2. Maîtrise des ressources financières

Constats

Les comptes administratifs sont réalisés selon les règles budgétaires en vigueur.

La facturation est établie sur place ainsi que la comptabilité.

L'établissement est à 100% habilité à l'aide sociale.

L'établissement réalise des taux de remplissage proche de 100%.

Analyse

L'assainissement des ressources financières permet aujourd'hui de définir des projets.

2.5.3. Planification de la réalisation et du financement des investissements de façon pluri annuelle

Constats

Les plans d'investissement sont réalisés à partir des besoins identifiés par directeur et validé par le conseil d'administration.

Le plan d'investissement se rapporte aujourd'hui au développement de l'offre d'acceul de l'établissement (accueil de jour) et l'amélioration de prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (espace multi sensoriel et bien être) .

Analyse

Les investissement aujourd'hui possibles se portent sur une amélioration de la prise ne charge des résidents et une diversification des modes d'accueil répondant à un besoin identifié.

2.6. LA GESTION DU SYSTEME D'INFORMATION

2.6.1.1. Définition de la politique du système d'information conformément aux orientations stratégiques

Constats

Les professionnels disposent d'outils et logiciels diversifiés.

Le système d'exploitation TITAN est employé par les professionnels de l'EHPAD pour les transmissions, les comptes rendus, etc…

Analyse

L'arborescence TITAN est aujourd'hui en place, toutefois le système de sauvegarde expose l'établissement à des risques dans le cadre d'une restauration des données à la suite d'un éventuel sinistre (feu-inondation-dégradation volontaire, etc.).

L'établissement pourra mener une réflexion sur la simplification de ses sauvegardes ainsi que sur l'utilisation d'un logiciel métier unique.

L'établissement pourrait réfléchir à l'implantation d'un coffre ignifugé résistant aux sinistres ou la mise en œuvre d'une sauvegarde déportée.

2.6.1.2. Accessibilité des données nécessaires à la prise en charge de la personne accueillie et à la coordination entre les différents professionnels

Constats

La secrétaire médicale coordonne les données et les rendez-vous.

Le système TITAN permet des transmissions fiables et complètes. Les transmissions orales permettent d'évoquer les points sensibles de la prise en charge.

Le dossier du résident est accessible pour le personnel soignant.

Les projets personnalisés sont accessibles à tout le personnel et aux intervenants extérieurs s'ils le désirent.

Les plans de soins sont disponibles pour le personnel en poste.

Les transmissions se font en présence d'une infirmière et/ou de l'infirmière cadre.

Analyse

Globalement les échanges oraux et écrits permettent une bonne prise de connaissance des informations concernant les résidents par les différents acteurs de la prise en charge. Les outils mis en place sont connus et utilisés.

Le dossier du résident comprend le dossier de soin et le dossier médical. Ils devront être séparés (respect du secret médical). Le dossier médical devra être mis sous la seule responsabilité des médecins coordonnateurs.

2.7. LA GESTION DES ACHATS ET DES APPROVISIONNEMENTS

2.7.1. Définition et mise en œuvre de la politique d'achat conformément aux objectifs du projet d'établissement

Constats

Une procédure formalisée décrit la gestion des achats en matériel ou leur réparation.

Analyse

La politique des achats est décrite et définie selon les délégations décrites. Il n'existe pas de contradiction majeure avec les objectifs du projet d'établissement.

Les niveaux de délégation et de contrôle sont définis.

2.8. LA GESTION DES RESSOURCES LOGISTIQUES

2.8.1. Sécurisation et maintien du cadre de vie

Constats

Constats

L'établissement bénéficie globalement de locaux de qualité satisfaisante faisant ressentir un sentiment de sécurité.

Le diagnostic accessibilité a été réalisé par l'organisme habilité conformément à la réglementation des établissements Recevant du Public (ERP). Des non conformités d'ordre réglementaire apparaissent dans le rapport.

Les différents documents et vérifications :

Les rapports des différents bureaux de contrôle sont effectués de façon périodique en conformité avec la réglementation des ERP type J.

Certains rapports du bureau de contrôle APAVE font apparaître des observations (ascenseurs, SSI : système de sécurité incendie, installation électrique)

Incendie :

L'établissement dispose d'un avis favorable de la commission de sécurité à la poursuite d'exploitation en date du 29 octobre 2013.

La formation des personnels est régulièrement recyclée par l'agent technique présent sur site.

Certain panneaux de classe de feu sont absents

Cuisine

Le fonctionnement de la cuisine est confronté à ses limites générées par la relation difficile avec le maître d'ouvrage (réserve sèche sous sol, locaux de stockage, porte à changer, carreaux, plafond, etc.).

Les déchets infectieux

Le DASRI et la collecte des déchets infectieux sont conformes.

Le personnel et les usagers

Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels a été réévalué en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire assistée des Instances représentatives du personnel.

Analyse

Les résidents comme les professionnels se sentent en sécurité dans l'établissement.

L'établissement veillera à lever les différentes observations du bureau de contrôle formulées dans le cadre des visites périodiques. Si des doutes persistent sur les observations récurrentes, l'établissement se rapprochera du bureau de contrôle compétent.

Veiller à repositionner les panneaux de classe de feu correspondant aux extincteurs implantés dans l'établissement

Intégrer au projet architectural de l'établissement en sollicitant le maître d'ouvrage, le respect de la réglementation à compter du 01 janvier 2015 sur l'accessibilité des Etablissements Recevant du Public (ERP) pour les personnes à mobilité réduite en levant les différentes observations du rapport de l'organisme habilité (escaliers, ascenseurs...)

Procéder aux remplacements des éléments défectueux en cuisine (poignée congélateur, cale en bois, meuble rouillé, congélateur rouillé, carrelage du sol local poubelle extérieur, parois maçonnées réserve sèche sous sol…) afin de ne pas avoir de non-conformité majeure dans le cadre de futur contrôle DDCSPP (Direction Départementale de la Cohésion Sociale et Protection des Populations) et respecter la réglementation HACCP

2.8.2.Adaptation des lieux de vie aux objectifs du projet d'établissement

Dans l'ensemble, l'offre architecturale est agréable et adaptée au public accueilli.

La surface des chambres sont conformes et permettent un aménagement personnalisé.

Les pôles d'information sont accessibles (secrétariat administratif et médical), la cellule économique et sociale l'est moins.

La disposition des bureaux administratifs à l'entrée principale, facilite l'accès aux informations.

Les salons d'activités sont répartis sur l'ensemble de la structure, ils sont aménagés pour être conviviaux et repérables (couleur, décoration murale, etc..).

Une salle d'animation de grande taille permet de réunir les résidents et leurs invités (animation intergénérationnelles, etc.).

La visite des logements n'a pas pu être exhaustive. Les chambres visitées sont agréables, entretenues et permettant l'intimité. Les moyens de communications sont disponible (téléphone, télévision, etc..).

L'organisation architecturale de la MAPAD en plateau de trois ailes permet une vie en petites unités de prise en charge. Un grand salon au rez-de-chaussée permet de réunir les résidents pour des activités plus collectives.

Analyse

Les lieux de vie satisfont les usagers et sont conforme aux besoins exprimés (confère enquête qualité).

L'établissement bénéficie globalement de locaux de qualité.

Les projets de réaménagement de certains locaux de la MAPAD amélioreront significativement les possibilités de prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentées.

Les investissements consentis au niveau de l'amélioration des structures produisent leurs effets en améliorant amplement les conditions de vie des résidents.

2.8.3.Prise en compte lors de la restauration, des besoins nutritionnels des personnes accueillies

Constats

Le restaurant est spacieux et lumineux. Une séparation virtuelle permet de placer les personne nécessitant une aide au repas d'un coté du restaurant afin qu'ils puissent manger à leur rythme.

Une politique de surveillance de la prise alimentaire et de prévention de la dénutrition est en place avec l'appui d'une diététicienne.

Les régimes et les textures sont suivis et appropriés.

Les goûts et dégoûts des résidents sont connus et respectés. Des plats de remplacements sont possibles.

Il existe une commission « menus ». Un compte rendu est systématiquement produit.

Les proportions et les grammages semblent conformes aux exigences en vigueur. Des compléments nutritionnels sont donnés aux personnes le nécessitant après prescription médicale et un suivi biologique.

Analyse

L'acquisition de matériel permettrait de faire du « fait maison » pour fabriquer les textures modifiées et les enrichir naturellement.

2.8.4. La gestion du linge est maîtrisée conformément aux exigences de qualité et d'hygiène

Constats

Le tri du linge dans des chariots à plusieurs bacs permet de préparer des sacs de linge selon leur nature et leur destination.

Le local est approprié à la fonction et permet une marche en avant.

Les lessives sont désinfectantes.

Analyse

L'établissement devra surveiller la mise à disposition permanente de sac rouge hydrosoluble.

2.8.5.Adaptation et sécurisation du transport

Constats

L'acheminement des résidents vers les structures sanitaires ou vers les consultations se fait par un réseau d'ambulances ou de véhicules adaptés.

L'établissement dispose de deux véhicules en propre pour le transport des résidents.

Analyse

La présence de deux véhicules permet une ouverture de l'établissement vers l'extérieur et l'organisation de sorties.

2.8.6.Organisation du tri et du circuit des déchets

Constats

L'établissement utilise des containers sécurisés pour les aiguilles et les déchets d'ordre médical. Ils sont utilisés spontanément dans la pratique courante.

Les autres déchets sont dans des containers « classiques » stockés à l'extérieur de l'établissement.

Analyse

Le nettoyage et la désinfection régulières des DASRI et des containers doivent systématiquement être suivis et tracés.

2.9. EVALUATION INTERNE ET DYNAMIQUE D'AMELIORATION CONTINUE

2.9.1.Gestion des projets conformément aux bonnes pratiques dans le respect des objectifs du projet d'établissement

Constats

L'évaluation interne a donné lieu à un plan d'action quinquennal. La déclinaison des objectifs est effectuée en lien avec les missions de l'établissement et le projet d'établissement.

Les projets sont gérés en équipe pluridisciplinaire sur la base d'une rencontre mensuel entre professionnels.

Le comité assure le suivi des actions.

Analyse

Les pratiques sont globalement conformes aux objectifs exposés.

L'établissement met en œuvre les actions d'amélioration qui sont décrites dans les différents projets.

La composition du comité de suivi témoigne d'une participation de tous les acteurs conformément aux recommandations de bonnes pratiques.

2.9.2.Mise en œuvre d'un système de management de la qualité

2.9.2.1. Evaluation Interne

Constats

Pour mener son évaluation interne, la direction a choisi l'outil angélique.

L'évaluation interne, a donné lieu à un compte rendu. Le rapport d'évaluation interne a été adressé aux autorités.

Ce rapport d'évaluation a permis d'identifier les forces, faiblesses, menaces et opportunités, de manière exhaustive. La participation à l'évaluation interne a été pluridisciplinaire. Les résidents, les familles, les personnels y ont participé selon leur niveau d'implication.

Les actions à mettre en œuvre ont été identifiées et ont été regroupées dans un plan d'action sur cinq ans.

La priorisation du plan d'actions est opérationnelle sur l'établissement en ce qui concerne son suivi et son évolution. La configuration du PAQ permet une individualisation de la responsabilité dans la réalisation des axes d'amélioration (les pilotes sont identifiés).

Analyse

Il existe une réelle volonté de structurer professionnellement l'organisation de la démarche qualité.

2.9.2.2. Qualité et prévention des risques

Constats

La politique qualité de l'établissement est soutenue par la direction et son équipe ainsi que par une cellule propre à la qualité.

Le projet de soin prend en considération toutes les facettes de prise en charge et accompagnement des préventions (chutes, douleur, dénutrition, etc..).

Des commissions de travail dont la commission d'éthique assure un travail de fond.

Un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est en place. Le document d'organisation médico sociale permet au salariés de se situer dans la hiérarchie et dans le qui fait quoi ? (prévention des risques psycho sociaux).

Les formations incendie sont réalisées chaque année.

Une procédure en mode dégradée est formalisée.

Analyse

La réflexion sur la qualité d'accompagnement est constante dans l'établissement et les relais (encadrants) sont actifs.

La politique de prévention des risques liée aux vulnérabilités des résidents est prise en compte (vie et santé).

Le planning des formations incendie devra suivre conformément à la réglementation.

2.10. ORGANISATION D'UN SYSTEME DE VEILLE REGLEMENTAIRE ET JURIDIQUE

Constats

La veille réglementaire et juridique est documentée par la FEHAP, le MEDEF, l'avocat de l'association et son commissaire aux comptes.

Analyse

La veille est assurée.

Chapitre 3 : SYNTHESE

Extrait du décret 2007-975 du 15 mai 2007

Elle est menée au regard des objectifs énoncés : Les objectifs de l'évaluation externe sont de :
- Porter une appréciation globale sur l'activité et la qualité des prestations de l'établissement ou du service au regard des droits des usagers et au regard de son ouverture sur son environnement
- Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne menée par l'établissement ou le service
- Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques
- Elaborer des propositions et / ou préconisations

La synthèse a pour objectif d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de l'établissement ou du service en tenant compte de son environnement.

Cette synthèse reprend les constats opérés par l'évaluateur externe qui permettront de déterminer les tendances (points forts/points d'améliorations).

3.1. INTRODUCTION

3.1.1.La démarche d'évaluation interne mise en œuvre par l'EHPAD :

Points Forts :

Le support de l'évaluation (outil angélique) est reconnu dans le secteur.

La démarche a été participative dans son déploiement.

La méthode est conforme aux RBPP de l'ANESM.

Le plan d'action associé et son suivi sont réguliers avec le comité de pilotage devenu le comité de suivi.

Le plan d'action est lisible par l'usager (site internet),

Le plan d'action est réactualisé en fonction des avancées.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Le plan d'action devra intégrer une priorisation des actions selon les valeurs et projets privilégiés de l'établissement, les orientations et préconisations des services instructeurs.

Le plan d'action devrait comporter la source de l'action à mettre en œuvre : issu du plan d'action de évaluation interne, du projet d'établissement, de l'enquête qualité, des demandes du conseil de la vie sociale, etc..

La mise en œuvre des actions (plan d'action annuel) devrait se faire sur un mode projet : responsable de l'action, ressources à mobiliser, résultat attendus, date de début et date de fin, priorité, indicateurs.

3.1.2.Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM par l'EHPAD

Points Forts :

Une commission éthique (comité de vigilance et de lutte contre la maltraitance) se réunit 3 fois par mois ou en cas de nécessité..

Le livret d'accueil des salariés et des stagiaires faits référence à la Bientraitance (chartes, rappels)

Les recommandations sont prises en compte dans le projet d'établissement et dans les pratiques professionnelles.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Au vu du travail de formation interne effectué par l'établissement les valisettes Mobiqual devraient être utilisé par les professionnels comme base de formation. Une convention avec la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) serait un plus.

Si les recommandations ne font pas toujours échos au niveau du personnel en tant que tel, leurs principes sont respectés. Lors des transmissions sur la base de cas concret le rappel de leur existence permettrait une prise de connaissance de celles ci et leur utilisation comme base de recherche de solution (confère « les essentiels et les résumés » ainsi que les questionnaires d'appropriation des RBPP).

Certaines (RBPP cadre), devrait faire l'objet d'une communication auprès des familles et des professionnels extérieurs lors d'un conseil de la vie sociale par exemple.

3.2. LES CONDITIONS D'ELABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT (PE) ET L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE OU DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

3.2.1.Le projet d'établissement : actualisation, pertinence au regard des missions de l'EHPAD, déclinaison de l'objectif.

Points Forts :

Le projet d'établissement a été écrit en pluridisciplinarité avec une participation effective des personnels.

Le projet de soins a été entièrement revisité en 2014.

Le projet d'animation a été formalisé en 2013.

Les droits fondamentaux de la personne âgée sont en filigrane du projet d'établissement.

La culture de bienveillance de l'établissement est intégrée sur l'ensemble des processus.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Un plan d'action propre au projet d'établissement devra être construit afin de planifier, prioriser, etc. sa mise œuvre fonctionnelle. Ce plan d'action pourra rejoindre le plan d'action global de la qualité de l'établissement (P.A.Q).

La réévaluation du projet d'établissement devra intégrer les actions concrètes mise en œuvre depuis son écriture et faire ressortir les axes stratégiques de progression de sa politique, partie prospective (objectifs, moyens, calendrier, résultats déjà obtenus, résultats attendus, etc) et ainsi servir sa fonction managériale.

Une réactualisation annuelle du projet d'établissement devra être planifiée. L'évolution du plan d'action pourrait en être un des supports.

3.2.2.L'adaptation entre l'objectif central de l'EHPAD et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention

Points Forts :

Les profils rencontrés sont en correspondance avec le public accueilli.

Les ressources financières sont gérées avec rigueur.

Les conventions médico chirurgical et partenariats sont opérants.

L'animation est un paramètre de maintien de la vie sociale et de maintien de l'autonomie.

Les partenariats avec les bénévoles souscrivent à l'approche bientraitance de l'établissement.

Les familles sont présentes dans l'établissement et participe à son fonctionnement.

L'architecture de l'établissement est adaptée au public accueilli et rendue conviviale.

Le plan de formation et la planification des formations internes sont en rapport avec la population accueillie et les objectifs visés par l'équipe de direction au regard des besoins identifiés..

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

L'établissement devra formaliser ses partenariats en transformant ses partenariats en conventions. Une convention avec la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) serait à envisager (Mobiqual).

Le projet d'animation et de soins devra intégrer le projet d'établissement.

3.2.3.L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels

Points Forts :

Le personnel est formé en externe et en interne selon les besoins identifiés des résidents et des familles.

Des formations internes issues des besoins du terrain sont en relation avec la stratégie de l'établissement (douleur, bientraitance, etc.).

Les formations externes sont en relation avec le public accueilli et les demandes des salariés.

Les fiches de poste sont formalisées.

Le personnel est diplômé ou en voie de l'être, stable et semble investi.

Les remplacements sont effectués grâce à des heures complémentaires et un pool de remplaçantes.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Les formations internes (RBPP pour exemple, valisette Mobiqual) devront être planifiés à l'année selon les besoins du terrain.

3.2.4.Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions

Points Forts :

Les guidances managériales et médicales sont des points de repère pour les équipes.

Les livrets d'accueil des salariés et des stagiaires sont informatifs. Une partie est consacrée au respect des résidents (chartes, comportement)

Le plan de formation est actualisé annuellement.

Des protocoles et des procédures sont à la disposition du personnel.

Des temps de transmissions sont identifiés trois fois par jour. Elles sont sécurisées par la présence d'une infirmière, de l'infirmière coordinatrice.

Le déploiement de l'outil TITAN est effectif.

Le projet d'établissement est disponible pou l'ensemble des salariés (sur le site @).

Les diagrammes de soin sont en place.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Poursuivre la démarche.

Faire une synthèse du projet d'établissement pour la diffuser auprès des nouveaux arrivants.

3.2.5.Les dispositifs de prévention des risques psycho sociaux mis en œuvre dans l'EHPAD et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines

Points Forts :

Le management est fort, compris et participatif.

L'organisation est clairement identifiable.

Le climat social a été assaini, le dialogue rétabli.

L'accompagnement des salariés dans leur mission est effectif.

La charge de travail est répartie et les valeurs affichés.

Un travail spécifique est en cours.

Axes d'amélioration :

Poursuivre la démarche engagée.

3.2.6.Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'EHPAD permettant de caractériser le profil de la population accompagnée ;

(de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers)

Points Forts :

Un secrétariat médical.

Les transmissions sont orales et écrites.

Les projets personnalisés sont disponibles.

Des référentes thématiques.

Un important travail d'évaluation en première intention et de suivi de la part des médecins coordinateurs et de l'équipe, permet et permettra une cartographie précise de la population en termes de besoins.

L'adaptation de l'accompagnement est régulièrement travaillée en pluridisciplinarité.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Séparer les dossiers du résident en dossier de soins et dossiers médical.

L'équipe d'encadrement soin pourrait faire des tableaux synthétiques thématiques (douleur, dénutrition, etc.) pour que les résidents sous surveillance particulière soit identifiés par l'ensemble de l'équipe.

3.2.7.La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'EHPAD ;

Points Forts :

Les projets personnalisés sont en cours de formalisation.

La construction des projet personnalisé est pluridisciplinaire.

Le projet personnalisé se fait avec la participation du résident (documents de recueil d'information) et une validation lui est proposée.

L'information aux familles est prévue.

Les documents préparatoires à la construction du projet personnalisé sont cohérents.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Planifier rigoureusement la formalisation des projets personnalisés restant à réaliser selon une priorisation à définir par l'établissement (MAPAD).

Développer parallèlement les objectifs (maintenir, stabiliser, prévenir, améliorer, etc.) et les moyens à mobiliser (participation aux animations, accompagnement de la phase d'endormissement) dans chaque projet personnalisé. Le personnel de nuit devra être impliqué.

Une rubrique « faire et ne pas faire » en corrélation avec le projet personnalisé devrait systématiquement intégrer le DLU pour les personne désorientées.

Les informations contenues dans le projet personnalisé doivent être présentées aux familles que si le résident l'a sollicité ou approuvé.

Définir les modalités de révisions des projets personnalisés (changement de différents paramètres : état de santé, changement des attentes, mutisme, etc…) et planifier sa révision.

Une contractualisation des objectifs et des moyens du projet personnalisé est à planifier annuellement.

3.3. L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE

3.3.1. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire)

(Niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'EHPAD à l'évolution de son environnement)

Points Forts :

La mise à disposition par l'établissement d'un secrétariat médical et d'une cellule sociale vers les professionnels et le public.

Des conventions mises en place avec les partenaires médicaux et hospitaliers qui sont cohérentes avec les besoins de l'EHPAD.

Des partenariats forts avec des associations et des bénévoles qui participent à l'accompagnement des résidents.

Les partenariats avec les écoles et collèges qui contribuent à l'activité intergénérationnelle de l'établissement.

Des familles qui sont investies dans le fonctionnement de l'établissement.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Poursuivre la formalisation des partenariats.

Les réévaluations et actualisations régulières des différents partenariats sont à faire à partir des besoins de l'EHPAD et des résidents.

Certaines RBPP de l'ANESM et publications de l'HAS ou leurs synthèses sont à mettre à la disposition des intervenants extérieurs dans un lieu identifiable par eux.

3.3.2. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'EHPAD ;

Points Forts :

Un image restaurée auprès du public et des autorités tarifaires.

Le taux d'occupation de l'EHPAD est un des signes significatif de l'image positive de l'établissement.

La lecture des résultats de l'enquête satisfaction annuelle présente un taux de satisfaction important des familles et des résidents.

Les échanges avec les familles sont fluides et répondent à leurs demandes.

Un conseil de la vie sociale participatif qui se réunit tous les trimestres (4/an).

Les intervenants extérieurs qui se disent satisfaits.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

La mise en place de la nouvelle direction en 2010 contribue à un rayonnement vers l'extérieur.

L'établissement pourrait mettre à disposition un cahier de relation avec les usagers (satisfaction, suggestion, demandes, etc.) qui unifierait les modes de communication et permettrait de tracer les actions et réponses mises en œuvre par l'établissement.

3.3.3.Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'EHPAD autour du projet de chaque personne.

(Informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler leurs interventions)

Points Forts :

Les transmissions à l'oral et à l'écrit sont régulières et sécurisées.

Les dossiers médicaux « papier » et informatiques sont tenus, complets et accessibles aux intervenants.

Un secrétariat médical qui coordonne les rendez-vous et les transports.

La désignation de la personne de confiance et la rédaction des directives anticipées sont prévues.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

La désignation de la personne de confiance devrait être accompagnée par un professionnel en tenant compte de la capacité cognitive du résident.

De même le recueil des directives anticipées du résident, devrait être systématiquement abordées et accompagnées. il serait une aide dans le cadre de décisions à prendre en urgence. Les directives anticipées (questions ouvertes) sont l'assurance que les décisions thérapeutiques seront prises en accord avec l'histoire de vie du résident (sous réserve que le résident soit en capacité d'exprimer explicitement sa volonté). L'entourage si le résident le souhaite peut être associé à cette réflexion.

3.3.4.Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments permettant de développer le caractère accueillant de l'EHPAD

Points Forts :

Les locaux ont été rendus accueillants et permettent les visites de la famille élargie du résident.

L'ouverture de l'établissement aux classes et collège est une approche intéressante dans le cadre d'échanges inter générationnels réussis et appréciés (confection d'objets).

La communication du programme des animations est systématique et partagée.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Redémarrer le journal de l'établissement en lien avec les événements de la commune et des établissement scolaires (prix littéraire intergénérationnel pour exemple). Le journal pourrait régulièrement être mis à disposition des familles éloignées via le site internet.

L'établissement pourrait utiliser la salle de cinéma comme lieu de rencontre culturel (séance de cinéma avec ouverture aux personnes âgées de la commune) ou faire un test.

Développer des projet en partenariat avec la mairie portant sur des animations thématiques (semaine du goût, semaine bleue, fête des voisins, kermesse, etc…).

3.4. PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS

3.4.1.Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'EHPAD d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire ;

Points Forts :

Les projets personnalisés sont partiellement formalisés.

La dimension préventive du projet de soins.

Le livret de vie à remplir par le résident avec l'aide possible de sa famille ou d'un professionnel

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Les objectifs et les moyens, des projets personnalisés, devront être développés parallèlement et être identifiables pour tous les acteurs (animation, soin, cuisine). Les ressources à mobiliser (internes et externes) seraient aussi à identifier en interdisciplinarité (famille, bénévoles, etc.).

Pour faciliter les réévaluations des projet personnalisés un document de suivi devrait être crées et être remplis par les référents selon une fréquence à déterminer (actualité mensuel du résident pour exemple).

Les causes de réévaluation des projets personnalisés sont à définir, en dehors de la réévaluation planifié.

3.4.2.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

(Modes de prise en compte des besoins et attentes, des capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication ; le mode de consultation pour toute décision les concernant.)

Points Forts :

Le process de construction des projets personnalisés est formalisé.

La participation du résident (ou de son représentant légal) est prévu et effective au travers de plusieurs documents préparatoires.

Les familles sont informées.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

L'établissement veillera à ce que la famille ne se substitue pas au résident

Au vu de la population accueillie (résidents ayant des troubles cognitifs sévère), le réel consentement éclairé doit être exploré par un professionnel (psychologue/observations des effets attendus).

Les projets présentés devront être contractualisés annuellement.

3.4.3.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 ;

Points Forts :

L'actualisation des projets personnalisés est en cours de déploiement.

La réactualisation des projets personnalisés est planifié à six mois en systématique.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Les modalités de réactualisation devront être définies (événements déclencheurs d'une réactualisation) et connus de l'ensemble du personnel (vigilance de toute l'équipe).

3.4.4.Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant

Points Forts :

Les dossiers médicaux sont dans l'infirmerie protégés par une porte fermant à clef.

Les dossiers administratifs sont dans l'espace d'accueil.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Les modalités de consultation des dossiers administratifs et médicaux (légiféré) par le résident, ou ses ayants droits et sa famille devront être précisées.

3.4.5.La prise en compte de la perception de l'EHPAD et de ses missions par les usagers

Points Forts :

Les résidents et leur famille consultée lors de l'évaluation externe ont formulé leur satisfaction.

Les intervenants extérieurs sollicités se disent satisfaits de l'accompagnement et de la prise en charge des résidents.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Une enquête qualité auprès des intervenants extérieurs et des fournisseurs serait à organiser à moyen terme pour objectiver cette satisfaction manifestée.

3.4.6.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 ;

Points Forts :

Le conseil de la vie sociale assure pleinement sa fonction.

Plusieurs commissions et comités sont en place et se réunissent régulièrement.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Poursuivre cette politique de participation.

Au vu du travail fait par les équipes sous l'impulsion de l'équipe de direction un item Bientraitance pourrait être mis à l'ordre du jour d'un conseil de la vie sociale.

Le président du conseil de la vie sociale devrait être un représentant des résidents, s'entourer des règles légales s'y afférent (PV de carence motivant l'élection de deux représentants des familles au poste de coprésident).

Le P.A.Q pourrait intégrer une source d'action : demandes des usagers.

3.5. LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

3.5.1.Les modes d'organisation de l'EHPAD pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité

Points Forts :

Le respect des droits est présent dans le projet d'établissement et le projet de soin.

Les toilettes sont accomplies dans la discrétion.

Les chambres sont personnalisables.

Les locaux sont entretenus et sont rendus accueillants.

Des formations autour de la Bientraitance sont dispensées.

Une référente Bientraitance est identifié.

Les documents obligatoires sont réalisés, remis et/ou affichés et utilisés : livret d'accueil, charte des droits, règlement de fonctionnement, contrat de séjour.

Il est laissé au libre choix du résident l'intervention des intervenants médicaux et des prestataires extérieurs .

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Une fiche récapitulative des choix des résidents de leur intervenant extérieurs serait à mettre en place.

3.5.2.Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables

(Dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise… : modalités permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance)

Points Forts :

Les fiches de déclaration des événements indésirables sont à la disposition des usagers et des professionnels.

Un comité d'étude des événements indésirables et de leurs traitements est en place et se réunit régulièrement (1/mois et réunions exceptionnelles)

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Poursuivre la démarche.

3.5.3.La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'EHPAD

(dispositions mises en place : formation des professionnels, modes de concertation utilisés avec les usagers dans le respect de l'autonomie et des droits de l'usager ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels pour prévenir ces risques)

Points Forts :

Les locaux comprennent des pièces de regroupement rafraîchies.

La prévention est un axe développé par les professionnels .

Les registres sécurités et hygiène sont à jour.

Le circuit du médicament est sécurisé en différents points.

L'établissement a un groupe électrogène entretenu sur place.

Une procédure formalisée d'activité en mode dégradée

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Planifier la mise en œuvre du projet de soins selon les axes prioritaires.

Chapitre 4 : Propositions & préconisations

Extrait du décret 2007-975 du 15 mai 2007

Dans la perspective de l'amélioration continue de la qualité des activités et prestations délivrées par l'établissement ou le service, l'évaluateur formule, outre les propositions et / ou préconisations ci-dessus mentionnées, toute observation utile à l'aide à la décision du commanditaire concernant l'adaptation des modalités d'accueil et d'accompagnement, au regard de l'évolution des besoins des usagers et en tenant compte des ressources.

4.1. SUR LE PLAN STRATEGIQUE

Réactualiser le projet d'établissement sur la base des axes forts déjà mis en oeuvre et développer l'aspect prospectif.

Communiquer largement sur les actions mise en œuvre et les résultats obtenus (politique de prévention sur les résidents).

Valoriser (temps mobilisant le personnel de l'EHPAD et coût) les services rendus aux personnes âgées dans le foyer logement de l'ALAPA.

Evaluer régulièrement le GMP et le PMP (ressources budgétaires).

4.2. SUR LE PLAN OPERATIONNEL

Utiliser le projet d'établissement comme outil de pilotage en joignant, après réactualisation, un plan d'action qui viendra abonder le plan d'amélioration de la qualité .

Finaliser la formalisation des projets personnalisés.

Intégrer dans le projet d'établissement des indicateurs de performance et des indicateurs de progression pour chaque objectif.

Evaluer l'appropriation des RBPP par le personnel.

Poursuivre le déploiement des évaluations preuves (mobilisation du personnel), diagnostic et bilans (Kinésithérapie, etc.).

Chapitre 5 : Abrégé du rapport

Cet abrégé a pour objectif de traduire la dynamique de l'évaluation externe. A cet effet, l'abrégé présente les items contenus dans la synthèse de l'évaluation externe retenus comme force et/ou faiblesse et pour lesquels il est fait des propositions ou préconisations dans le rapport d'évaluation externe.

5.1. SUITES RESERVEES A L'EVALUATION INTERNE

5.1.1. Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne :

L'évaluation interne conduite par le comité de pilotage a été réalisée sur la base d'un référentiel adapté par l'organe gestionnaire commun à l'ensemble des deux sites pour personnes âgées (MAPAD Mesnie) de l'établissement.

Ce choix stratégique se justifie par la volonté forte de l'ALAPA (Association pour le Logement et l'Aide aux Personnes Agées) de mettre en avant les pratiques de prise en charge des personnes âgées soulignant la dimension de l'accompagnement plaçant l'usager et ses proches au cœur du dispositif.

5.1.2. Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration :

La restitution des résultats de l'évaluation interne est intervenue de façon formalisée au travers d'un comité de pilotage (COPIL). Chaque membre du COPIL a réceptionné un exemplaire personnel du plan d'Amélioration Qualité (PAQ) concernant ses actions propres.

Les grands axes d'améliorations sont dégagés et déclinés en 40 actions répartis autour de 12 thèmes :

L'établissement pourra s'appuyer sur l'évaluation externe pour formaliser à la fois la dynamique impulsée ainsi que la mise en œuvre des résultats concrets du PAQ de l'évaluation interne.

5.1.3. Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu :

Le périmètre du référentiel de l'évaluation interne s'articule autour de 12 axes qui déterminent les mesures d'amélioration et le calendrier prévisionnel :

- Droits et liberté
- Restauration
- Vie sociale
- Maintien de l'autonomie
- Organisation des soins
- Aide et soins spécifiques
- Hôtellerie
- Personnel
- Ouverture vers l'extérieure
- Sécurité et maintenance
- Projet institutionnel
- Démarche qualité

5.1.4.Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique :

Les modalités de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité sont formalisées par un calendrier. L'évaluation externe avec la remise du rapport permettra à l'établissement la poursuite de son inscription dans une démarche qualité déjà bien ancrée.

Une des suites prégnantes à réserver à cette évaluation interne passera par la reconnaissance de projets innovants tels que l'espace multi sensoriel, l'accueil de jour et la spécificité architecturale de la structure avec deux sites différents (IDE seule WE) dans le cadre des futures relations avec les autorités de tarification ou le renouvellement de la convention tripartite en 2016.

5.1.5.Apprécier la dynamique générale de la Démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations :

Les points forts de la démarche d'amélioration s'appuient sur un établissement structuré où la prise en charge s'articule autour de deux axes fondamentaux : un engagement considérable de l'équipe de direction et une volonté des professionnels de participer à l'amélioration de la prise en charge et de la personnalisation de l'accompagnement du résident.

Cette dynamique est apparue d'autant plus forte à l'équipe d'évaluation quand celle ci a pu prendre la pleine mesure des difficultés, significatives, que l'établissement a traversé en 2010 avant l'arrivée de la direction actuelle. L'établissement était en crise : financière, sociale, architecturale avec une perte de confiance de la part des autorités de tarification et une image dégradée auprès du public.

5.2. LA DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations (formulées par l'évaluateur externe)
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	L'appropriation du process par l'établissement à partir des préconisations de la RBPP. Un comité de pilotage		Poursuivre la démarche
Participation des personnels et des usagers à la démarche d'évaluation interne	Participation active du personnel selon ses qualifications. La communication du plan d'action.		Maintenir cette démarche participative.
Contribution de la démarche d'évaluation interne à la dynamique de la qualité de l'accompagnement	L'évaluation a fait émerger des axes d'amélioration. Un plan d'action effectif et suivi. Des comités et commissions de travail effectifs.	Le projet d'établissement ne reprend pas les axes travaillés	Lors des réévaluations du projet d'établissement mettre en lien l'avancé des résultats de l'évaluation interne.
Mise en œuvre des actions pour faire vivre la démarche qualité dans l'établissement (sensibilisation et information des usagers et appropriation par les professionnels	Les axes d'amélioration issus de l'évaluation interne sont identifiés et connus.	Pas d'identification des sources (demandes/ projet d'établissement /évaluation interne)	Identifier les sources des actions dans un P.A.Q. global. Hiérarchiser les actions en fonction de leur importance et les planifier dans ce sens.
Suivi des résultats de l'évaluation interne	Un plan d'action structuré et complet en lien avec l'outil		Poursuivre la démarche

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations (formulées par l'évaluateur externe)
	ANGELIQUE. Un suivi mensuel par le comité de suivi		

5.3. LA PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES PUBLIEES PAR L'ANESM RELATIVES A L'EHPAD.

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations (formulées par l'évaluateur externe)
Efficacité de l'appropriation des recommandations par tous les acteurs ou professionnels de l'établissement	Les RBPP sont connus des encadrants. Le projet d'établissement y fait référence.	Les RBPP ne sont pas toujours identifiées en tant que tel par l'ensemble du personnel.	Poursuivre l'appropriation des RBPP par l'ensemble du personnel. Mettre à dispositions des salariés, des intervenants extérieurs les RBPP et recommandations les concernant, dans leur version abrégée.
Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités	Les RBPP ont et sont utilisés pour certaines thématique.	Utilisation à approfondir	Faire référence aux RBPP lors d'étude de cas durant les transmissions, les réunions, etc…
La bientraitance	Axe du plan de formation de l'établissement. Une référente est en place. Culture de l'établissement. Existence d'un Comité d'éthique Fiche de signalement d'un acte soupçonné de maltraitance	Pas de communication spécifique. Pas de procédure en cas de suspicion de maltraitance (RH).	Mettre à l'ordre du jour la thématique Bientraitance dans un (à minima) conseil de la vie sociale. Rédiger une procédure et en informer l'ensemble des usagers et salariés .

5.4. LES CONDITIONS D'ELABORATION, DE MISE EN ŒUVRE ET D'ACTUALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT ET L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE OU DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS.

tems	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée	Des documents de recueil d'information pertinent . Un diagramme de soin personnalisé		Poursuivre le suivi des effets attendus. (projet personnalisé, etc.)
Développement des compétences et de la stabilité du personnel (plan de formation, dialogue social et gestion prévisionnelle des emplois et des compétences)	Les formations internes et externes adaptées. Un climat social assaini. Existence d'un CE et CHSCT	Tous les entretiens professionnels n'ont pas été organisés (en cours).	Planifier tous les entretiens professionnels de tous les salariés (en cours). Utiliser les valisettes Mobiqual et les RBPP lors de formations internes.
Caractérisation de la population accompagnée	Le personnel connaît les résidents.		Poursuivre la politique d'admission (pré visite).
Elaboration et révision du projet d'établissement en cohérence avec les objectifs de l'établissement et les besoins/attentes des usagers	Un projet d'établissement porteur de valeur et participatif.	Peu d'indicateurs dans le projet d'établissement	Intégrer à chaque thématique des objectifs mesurables (indicateurs d'objectifs et de performance par thématique : ANESM, les outils utilisés, les résultats attendus et ceux déjà obtenus)

5.5. L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires	L'image véhiculée par l'EHPAD est positive.		Communiquer sur l'ensemble des axes de travail en cours et à venir (projet de soin, projet architectural)
Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'usager	Des partenariats et des sous-traitance formalisés. De nombreux partenariats efficaces. Les CCG sont effectives.	Tous les partenariats ne sont pas formalisés en convention.	Poursuivre la formalisation des partenariats.
Collaboration, formations et conventions avec les différents acteurs du secteur	Un secrétariat médical Des conventions établies.		Poursuivre les conventions (Ex : partenariat avec la SGF).
Vie culturelle de l'établissement	Un projet d'animation formalisé. Des fiches animations organisées. Une commission de coordination animation. Des initiatives intergénérationnelles appréciées	Tous les espaces d'animation ne sont pas utilisés également.	Utiliser le potentiel de la salle de cinéma.

5.6. PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Capacité de l'établissement à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne	Les supports de recueil d'information y font référence dés l'admission. Une cellule économie sociale et familiale en place. Des visites préalables à l'admission planifiées dans la procédure d'admission. Les familles sont accueillies dans l'établissement et épaulées.	Le livret de vie n'est pas toujours remis complété.	Inciter les futurs résidents et les familles à remplir le document.
Elaboration, rédaction, actualisation du projet personnalisé (volet associatif, pédagogique, soins, autonomie…)	Les projets personnalisés sont en cours de formalisation.	Les projets personnalisés ne sont pas tous formalisés. Les modalités de réévaluation ne sont pas formalisées Les objectifs et les moyens ne sont pas en corrélation directs dans les écrits.	Planifier la rédaction des projets personnalisés de tous les résidents selon un ordre prioritaire. Les observations de tout le personnel pourrait être reprises dans un document unique de suivi. Objectifs et moyens devraient être définis parallèlement (un objectif/des moyens). Les objectifs de l'accompagnement doivent être suivis et analysés pour pouvoir les réévaluer efficacement. **Les projets personnalisés doivent être contractualisés annuellement.**
Conditions dans lesquelles est	Les projets de vie sont élaborés en pluridisciplinarité avec les	Les équipes de nuit sont	Solliciter les équipe de nuit.

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
élaboré le projet personnalisé	résidents, les familles et utilisés.	sollicitées	Développer et accompagner la désignation de la personne de confiance et la rédaction des directives anticipées.
Entrée dans l'établissement, liens entre les usagers et relation avec le personnel	Un référent est désigné pour tous les résidents. Une équipe proche des résidents et des familles		Définir le rôle des référents dans la durée.

5.7. 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	Plusieurs commissions sont en place		Développer les commissions animation et Bientraitance, éthique à moyen terme.
Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	Le CVS est actif et se réunit régulièrement. Des enquêtes qualités Des Coprésidentes du conseil de la vie sociale concernées.	Les Coprésidentes du CVS sont des représentant des familles	Dresser un procès verbal de carence justifiant l'élection de représentants des familles au poste de coprésidents. Mettre la thématique Bientraitance à l'ordre du jour d'un ou plusieurs conseil de la vie sociale.
Recueil et traitement des	Une commission éthique en place	Diversités des supports	Unifier certains documents

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations (formulées par l'évaluateur externe)
plaintes et des réclamations	qui se réunit régulièrement. Des documents et des dispositifs à disposition des usagers et des professionnels		(cahier de relation avec les usagers)

5.8. LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'EHPAD	Un projet de soins complet. Des évaluations en cours et suivies		Poursuivre dans cette démarche Une cartographie synthétique des risques par thématique serait à mettre en place.
Modes de concertation, traitement des faits de maltraitance	Des formations Bientraitance. Une commission éthique en place. Une procédure dans le cadre de fait de maltraitance soupçonnée.		Donner une valeur statutaire et paritaire à la commission éthique.

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Respect de la vie privée, liberté d'aller et venir	Personnel respectueux. Des Fondamentaux qui sont inscrits dans le projet d'établissement.		Visiter le droit aux risques dans le projet personnalisé des résidents.

5.9. APPRECIATION GLOBALE DE L'EVALUATEUR EXTERNE

La Mesnie apparaît comme un EHPAD en constante évolution sur le plan architecturale et organisationnelle ce qui traduit une dynamique appréciable pour la prise en charge des aînés dans le canton.

L'établissement bénéficie de locaux de qualité et demain de structures complémentaires (espace multi sensoriel -Accueil de jour) qui produiront pleinement leurs effets tant au niveau des résidents, des familles et des personnels.

La sérénité dégagée par l'équipe pluridisciplinaire conjuguée à un management raisonné se traduit par un bien être perceptible et communicatif de la part des résidents ainsi que des professionnels.

Il vous reste encore quelques chantiers importants dont celui du passage à la culture de l'écrit pour tendre vers une prise en charge optimisée.

L'analyse détaillée fera apparaître des points secondaires à prendre en considération.

Fort de ce que vous avez déjà entrepris et des souffrances traversées à tous les niveaux, nous sommes particulièrement confiants de votre succès sur vos défis à venir.

5.10. COMMENTAIRES DE L'EHPAD SUR L'EVALUATION EXTERNE

Commentaires de l'EHPAD	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
L'évaluation externe s'est déroulée dans un contexte très professionnel et très formalisée permettant, ainsi de facto de pouvoir appréhender l'audit. La grande qualité des évaluateurs a permis d'emblée de les légitimer aux regards des professionnels de la structure. Les évaluateurs ont, au préalable, pris le temps nécessaire d'expliquer le principe ainsi que les modalités techniques à l'encadrement réuni.	L'évaluation a constitué une véritable photo à l'instant T de notre association au regard de la législation en vigueur permettant ainsi de synthétiser nos points forts ainsi que les différentes voies à suivre pour les prochaines années. L'évaluation externe va permettre de fédérer les équipes autour du travail colossal qui a été accompli (et retranscrit dans l'évaluation) mais aussi de capitaliser cette énergie pour gravir les dernières marches.