



**GRIEPS**  
Formation Conseil Santé

EHPAD du Parc  
Le Coteau

[www.grieps.fr](http://www.grieps.fr)

Les Berges du Rhône  
64, avenue Leclerc  
69007 Lyon

Tél. 04 72 66 20 30  
Fax. 04 72 66 20 44

[contact@grieps.fr](mailto:contact@grieps.fr)

# RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

Coordonnateur de visite  
Olivier MICHEL  
Evaluateur  
Annie PASCAL

Année 2013

Société anonyme coopérative  
et participative à capital variable

**SIÈGE SOCIAL**

58 à 60, avenue Leclerc, Bâtiment 64  
69007 Lyon

SIREN 414 862 672 RCS Lyon  
Centre de formation n° 82 69 05 77 869  
Code APE 8559A  
TVA/CEE FR 40 414 862 672 000 48

# SOMMAIRE

<b>PRESENTATION DE LA DEMARCHE D'EVALUATION EXTERNE</b>	<b>4</b>
Contexte	4
Dispositif et stratégie	5
Planning de visite	6
<b>PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>7</b>
<b>PARTIE 1 : DEMARCHE QUALITE ET D'EVALUATION INTERNE</b>	<b>9</b>
Historique et organisation de la démarche qualité	9
<b>PARTIE 2 : CONSTATATIONS</b>	<b>11</b>
AXE 1 : Management de l'Etablissement	11
AXE 2 : Droits des Usagers et Politique de Bienveillance	11
AXE 3 : Prise en charge de l'Usager	11
AXE 4 : Qualité et Risques	12
Management de l'Etablissement	13
Droits des usagers et politique de bienveillance	29
Prise en charge de l'Usager	42
Qualité et Risques	55
<b>PRECONISATIONS</b>	<b>61</b>
<b>SYNTHESE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE</b>	<b>62</b>
<b>PRESENTATION GRAPHIQUE :</b>	<b>65</b>
<b>ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE</b>	<b>67</b>
1.La démarche d'évaluation interne	67
2.La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM relatives à l'EHPAD	68
3.Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers	68
4.L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel	69
5.Personnalisation de l'accompagnement	70
6.L'expression et la participation individuelle et collective des usagers	70
7.La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	71
8.Appréciation globale de l'évaluateur externe	72
9.Méthodologie de l'évaluation externe	72
10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe	73
Vos interlocuteurs pour ce dossier	74

Raison sociale de l'établissement	<b>EHPAD du PARC</b>
Code SIRET	264200100600013
Code FINESS	420781817
Nombre de places	80
GMP	700
PMP	183,3
Statut ESSMS	EHPAD
Budget d'exploitation / CA	2921008
Date d'autorisation	1er juillet 2002 (1ère convention tripartite) 2ème convention juillet 2007
Adresse	63 rue Anatole France 42120 LE COTEAU
Téléphone / fax / courriel	04 77 68 19 57 / 04 77 78 12 45
Nature juridique de la structure	Etablissement public hospitalier
Président du Conseil d'Administration	Jean-Paul BURDIN
Directeur	Pierre GINET

# PRESENTATION DE LA DEMARCHE D'ÉVALUATION EXTERNE

## Contexte

« Juger est une chose, et faire est une autre » - Diderot, Œuvres, t. XIII, dans POUGENS

Le domaine de la santé, le domaine médico-social et le domaine social déploient depuis près d'un demi-siècle, des politiques pour implanter l'évaluation dans les pratiques professionnelles et organisationnelles. Il ne suffit plus de faire des bilans (bilan d'activité, bilan de la personne ...), il faut évaluer, c'est-à-dire porter un jugement et prendre des décisions pour faire évoluer les pratiques.

L'acte d'évaluer ne doit donc pas être dissocié de l'acte de faire évoluer nos activités et nos pratiques. Deming dit « il n'y a pas d'amélioration sans évaluation » mais l'inverse est également vrai.

L'évaluation interne introduite par la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est le catalyseur au développement de l'évaluation.

Cette loi a permis dans les établissements sociaux et médico-sociaux qui se sont engagés dans cette évaluation, de permettre aux professionnels qui les composent, de porter un jugement sur leurs organisations et leurs pratiques et d'insuffler, grâce à cela, une politique d'amélioration de la qualité.

Mais attention, dans un contexte où l'on manifeste de plus en plus une volonté de tout maîtriser et de tout contrôler, il est important de réinterroger le sens de l'évaluation dans l'amélioration des pratiques pour que l'évaluation ne soit pas perçue comme une menace. Le « pourquoi évaluer » et également le « pour qui » doivent être remis au cœur des démarches qualité si nous ne voulons pas que l'évaluation tombe dans des assuétudes sans sens ou pire, qu'elles deviennent vulnérantes pour les professionnels.

L'évaluation externe, qui s'inscrit dans la continuité de l'évaluation interne, doit permettre d'aider les établissements à ne pas perdre le sens de la démarche engagée et de l'objectif premier qui est d'améliorer la prise en charge ou l'accompagnement des usagers.

## Dispositif et stratégie

Notre prestation vise à « apprécier les impacts produits par les processus en référence aux finalités prioritairement définie pour l'action publique », en d'autres termes à évaluer la démarche qualité de l'institution, mais aussi à dynamiser et optimiser celle-ci au travers du bilan effectué.

La prestation a été assurée par une équipe d'évaluateurs qualifiés, tous consultants du GRIEPS :

- Olivier MICHEL, coordonnateur de visite – Ingénieur Qualité, Formateur Consultant au GRIEPS et Responsable du Domaine de l'Evaluation.
- Annie Pascal, Directrice des Soins et Directrice Qualité.

Notre démarche a été articulée autour de 3 temps forts :

- **Temps 1. Préparation de la visite** : En lien avec la direction, le coordonnateur de l'équipe d'évaluateurs du GRIEPS a organisé et structuré la démarche en :
  - Demandant les documents nécessaires à la préparation de la visite (bilan de l'évaluation interne, livret d'accueil, plan d'amélioration de la qualité, autorisation, ...),
  - Proposant un planning de visite,
  - Animant une réunion d'information de la démarche auprès de l'équipe d'encadrement et des professionnels.
    - ➔ Cette phase a eu lieu entre le 1<sup>er</sup> Octobre et le 4 Novembre 2013 avec 2 réunions d'information animées le 11 et 14 octobre 2013.
- **Temps 2. Réalisation de la visite** : L'équipe a réalisé la visite en :
  - Réalisant des entretiens individuels et/ou collectifs auprès des professionnels et auprès des usagers,
  - Etudiant des documents existants (projet d'établissement et/ou projet de service, comptes rendus de Commission Vie Sociale, procédures, dossier type de l'utilisateur, projet personnalisé ...). La structure a mis à disposition 3 dossiers et 3 projets personnalisés rendus anonymes pour garantir le secret professionnel,
  - Relevant les indicateurs utilisés (exemples : taux d'absentéisme, taux de contentions ...),
  - Réalisant des observations dans la structure.
    - ➔ Cette phase a eu lieu les 5 et 6 Novembre 2013 (avec 2 évaluateurs x 2 jours).
- **Temps 3. Clôture de la visite** : La clôture de la visite s'est effectuée en plusieurs étapes :
  - Etape 1 : L'équipe d'évaluateurs a élaboré le rapport de visite sous la responsabilité du coordonnateur,
  - Etape 2 : Un groupe de relecture au GRIEPS, indépendant de l'équipe d'évaluateurs, a porté un jugement sur le rapport élaboré,
  - Etape 3 : envoi du présent rapport. Vous avez la possibilité d'émettre des contestations. Celles-ci seront analysées par le coordonnateur et le groupe de relecture. C'est le groupe de relecture qui apportera les conclusions aux contestations,
  - Etape 4 : en attente de votre validation (1 mois au plus tard après réception),
  - Etape 5 : La prestation réalisée par le GRIEPS est systématiquement évaluée par le responsable régional du GRIEPS, 1 mois environ après la validation du rapport.

## Planning de visite

	Jour 1		Jour 2	
	Annie Pascal	Olivier MICHEL	Annie Pascal	Olivier MICHEL
8h30	Accueil initial par le Directeur et Cadre de S		Débriefing avec la direction Directeur et Cadre S	
9h00	Recontre avec la direction / EI EE		Dossier et projet de l'usager Cadre de S	Management et RH 10h à 10h30 : Representant Directeur
10h30	COFIL		Evaluation de la politique de bientraitance Cadre de S	Parcours Hygiène et Sécurité Qualiticienne, Agent de Maintenance, Directeur
	Visite générale Directeur + Cadre de S			
	Analyse des documents			
12h30	Pause		Pause	
13h30	Entretien collectif d'1h avec kiné, méd co, inf, as, cadre S, psycho, animatrice, diet	Evaluation Démarche Qualité	Synthèse entre Evalueurs	
14h30			Rencontre 3 Usagers	
15h30			Projet d'Animation	Parcours Complémentaires
	Accompagnement des usagers Secretariat/Accueil dans les étages Cadre de S	Qualiticienne + Directeur encontre représentants du CV Membres du CVS	Animatrice	en fonction des thèmes
16h30			Synthèse entre Evalueurs	
17h00	Synthèse entre Evalueurs		Restitution avec Directeur et Cadre de S	
21h00	Visite de nuit Directeur + Cadre de S			
21h30				

# PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

*Extrait du Projet d'Etablissement*

## Situation géographique et description de l'établissement

Longtemps, simple hameau dépendant de la paroisse de Parigny (entre le Forez et le Beaujolais), le Coteau doit son nom à sa situation élevée au-dessus des bords du fleuve Loire. La bourgade se développe à partir du XV<sup>ème</sup> grâce au trafic fluvial et routier. Dès le début du XVII<sup>ème</sup>, la famille COZON, s'installe sur les bords de la rivière du Rhins, leurs descendants font construire un manoir : le « château de Rhins » qui sera agrandi au fil du temps. Le véritable essor de la ville se fera après la vente du domaine de Rhins (en 1886), permettant ainsi l'urbanisation de la ville. En 1755, un vaste programme de voirie eut lieu sur le plan national: la grande route royale de Paris à Lyon (future Nationale 7) est ouverte. Cette voie va changer l'aspect du Coteau avec l'implantation de commerces et d'auberges. Le Coteau devient commune le 9 juillet 1845 par décision du roi Louis Philippe et la première équipe municipale sera élue en 1845.



L'EHPAD du PARC tire l'origine de son nom de sa situation géographique. Située au fond du Parc Municipal BECOT, à proximité immédiate du centre-ville, elle est accessible du centre-ville à pied par une voie verte qui relie les deux endroits et elle est desservie par les transports en communs (un arrêt de bus devant le parc) et offre toute possibilité à ses visiteurs et aux professionnels de s'y rendre (un parking gratuit en contrebas comprenant des places de stationnement pour les personnes en situation de handicap, un parking devant la mairie et la piscine à proximité). A l'écart du bruit, la Maison de Retraite du Parc offre à ses résidents un agréable cadre de vie, facilitant l'autonomie et les

loisirs. Tous les commerces sont à proximité, un marché se tient non loin de là chaque semaine, la mairie se dresse en face de la maison et l'église en face du parc. L'EHPAD est orientée depuis la ville par un fléchage, ce qui facilite l'orientation des visiteurs et partenaires de l'établissement.

## Histoire de l'établissement

L'établissement trouve son origine en 1932. M. BECOT, maire du Coteau de l'époque, reçoit en héritage en 1929 le Château du Rhins. Il décide alors d'ouvrir un hospice public pour accueillir 60 personnes. L'établissement le Château du Rhins ouvre ainsi en 1932. En septembre 1958, un incendie ravage les combles du Château et conduit à sa rénovation, notamment par la création d'une extension portant sur l'aile gauche du bâtiment, qui rejoint la salle de l'orangerie. A l'origine donc, l'établissement accueillait des indigents : des commis de fermes, des personnes seules et isolées ne pouvant plus rester à domicile du





fait de leur vieillissement ou de l'insalubrité de leur logement. Ces personnes étaient plutôt valides et venaient finir leur vie au sein de l'hospice. Les besoins de ces dernières étaient plutôt d'ordre occupationnel, que de l'ordre d'une aide physique.

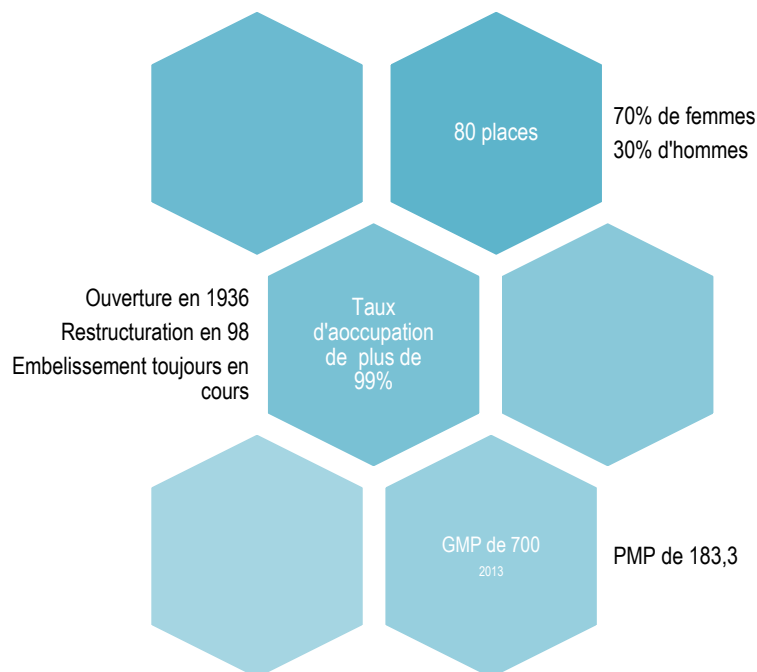
Dans les années 80-90, l'établissement voit la dépendance physique des résidents s'accroître et s'installer. Les locaux deviennent alors de moins en moins adaptés : pour exemples, les chambres étaient dispersées au sein d'un grand bâtiment qui ne comportait qu'un seul ascenseur, les espaces de toilettes étaient équipés d'une baignoire sabot difficilement accessible aux personnes dépendantes physiquement, les normes de sécurité n'était pas de vigueur.

En 1997, l'établissement, qui comprenait une quarantaine de lits de cure médicale, décide de se moderniser et de s'humaniser afin de s'adapter aux besoins croissants des résidents. Il emménage dans une nouvelle structure toute proche de la première, conservant ainsi sa situation privilégiée : proche du centre-ville et entourée d'un parc communal arboré.

La construction amène un confort notoire dans la vie des résidents<sup>1</sup> par l'offre de lieux de vie privée individuels, comprenant une salle d'eau (douche et WC)<sup>2</sup> attenante à une chambre). A son tour, la dépendance psychique s'est installée progressivement depuis le déménagement. Pour faciliter l'accompagnement des personnes de plus en plus dépendantes, la répartition de ces dernières dans l'établissement se fait au regard de leur degré d'autonomie. Les personnes les moins autonomes physiquement et/ou psychiquement sont orientées au 1<sup>er</sup> étage, les plus indépendantes et autonomes aux étages supérieurs, du fait de leurs capacités à s'orienter et à circuler plus facilement. Chaque étage accueille 20 résidents.



## L'EHPAD du Parc en quelques chiffres



<sup>1</sup> À l'exception des personnes qui appréciaient la vie en chambre double.

<sup>2</sup> À l'exception des espaces privés du premier (qui comprennent uniquement un point d'eau et des WC du fait que cet aspect de l'hébergement fut décidé en parallèle à la construction.



# PARTIE 1 : DEMARCHE QUALITE ET D'EVALUATION INTERNE

## Historique et organisation de la démarche qualité

Organisation, ordre, responsabilisation, professionnalisme, « vie » sont les points que les évaluateurs ont retenus de la visite d'évaluation externe. Ces impressions dès l'entrée dans l'institution ont été renforcées tout au long de la visite. Elles traduisaient parfaitement la dynamique qualité de l'institution.

La dynamique qualité de l'EHPAD est une réalité, même si les professionnels n'associent pas forcément leurs actions d'amélioration avec la démarche qualité de l'institution. L'arrivée du Directeur actuel, il y a 10 ans, marque une évolution dans le développement de cette démarche. Il va constituer un binôme avec le cadre de santé pour développer de nombreuses actions centrées sur les résidents. Leurs moteurs seront alors : faire ensemble, interroger le sens des pratiques, améliorer la structure, identifier les points à améliorer, renforcer la transversalité ...

Participant à GCS, l'établissement bénéficie aujourd'hui d'un temps de qualicien de 10% soit une journée par 15aine. Laissé vacant pendant quelques mois, il vient d'être pourvu à nouveau. Cette nouvelle ressource a été présentée aux équipes lors de relèves. Très rapidement, elle a pu aider efficacement la structure en regroupant l'ensemble des actions qualité issues du projet d'établissement, de l'évaluation interne et de la convention dans un programme global d'amélioration de la qualité et la sécurité.

Sous la direction du binôme Directeur et Cadre de Santé, l'institution a développé des démarches qualité au sein de tout l'établissement en accentuant différentes actions :

- Amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement (projet architectural pour améliorer la qualité de vie de l'EHPAD).
- Amélioration de la restauration en lien avec le Foyer de Vie qui produit les repas.
- Réflexion sur la création d'un PASA (projet en cours).
- Amélioration du circuit du médicament qui a conduit à définir un véritable partenariat avec une officine.
- Développement des activités d'animation qui devient de ce fait un point d'excellence de l'institution.
- Amélioration de la sécurité sur différents thèmes : le linge (démarche RABC), les objets et les valeurs des résidents (coffres dans les chambres).

Il est intéressant de constater que beaucoup d'actions s'inscrivent dans les démarches RSE<sup>3</sup> (Responsabilité Sociétale des Entreprises ou des Organismes), même si ce concept est inconnu par l'institution.

Le COPIL (Comité de Pilotage) du projet d'établissement et de l'évaluation interne est aussi le groupe qui assure un suivi des actions dans le temps.

• \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> La responsabilité sociétale des entreprises (RSE), aussi appelée responsabilité sociale des entreprises, est un « concept dans lequel les entreprises intègrent les préoccupations sociales, environnementales, et économiques dans leurs activités et dans leurs interactions avec leurs parties prenantes sur une base volontaire »[

Les EPP (Évaluations des Pratiques Professionnelles) ne sont pas encore trop développés, mais une culture d'évaluation des pratiques commencent à naître dans l'institution sous l'impulsion du Directeur et du Cadre, par l'intermédiaire de groupe d'analyse de pratique. L'établissement souhaite faire évoluer ce groupe d'analyse réflexive vers un groupe de réflexion et d'appropriation des bonnes pratiques (recommandations ANESM).

## L'évaluation interne

L'évaluation interne a fait suite à l'élaboration du projet d'établissement. Il s'est appuyé sur le comité de pilotage du projet d'établissement. Accompagné par un organisme, l'établissement a produit son propre référentiel d'évaluation, reprenant ainsi les orientations fixées par la recommandation de l'ANESM de 2012 sur l'évaluation interne. Il a ainsi évalué les actions et leurs effets sur les 5 axes proposés dans cette recommandation.

Il s'agit d'un travail d'une grande qualité qui a mobilisé l'ensemble des acteurs de la structure, qu'ils soient professionnels ou usagers, par l'intermédiaire des représentants des familles et du Conseil d'Administration.

Des groupes ont été constitués pour cette démarche à partir du comité de pilotage en associant d'autres personnes ressources en fonction des thèmes abordés.

Une dizaine de réunions ont été nécessaires pour réaliser cette démarche. Environ 60 actions d'amélioration ont été identifiées et articulées avec les actions du projet d'établissement et de la convention tripartite. Réalisée en 2012, quelques actions ont déjà pu être mises en œuvre.

## PARTIE 2 : CONSTATATIONS

Constitués des thèmes du décret de 2007, les constats vous sont présentés selon 4 axes :

### AXE 1 : Management de l'Etablissement

- Thème 1 : Projet d'Etablissement
- Thème 2 : Suivi de l'Evaluation Interne
- Thème 3 : Ressources Humaines
- Thème 4 : Ouverture de l'Etablissement

### AXE 2 : Droits des Usagers et Politique de Bienveillance

- Thème 5 : Droits des Usagers.
- Thème 6 : Expression des Usagers.
- Thème 7 : Bienveillance.

### AXE 3 : Prise en charge de l'Usager

- Thème 8 : Attentes de la personne et projet personnalisé.
- Thème 9 : Cohérence et continuité des actions et interventions.
- Thème 10 : Application des bonnes pratiques de soins.

## AXE 4 : Qualité et Risques

- Thème 11 : Démarche Qualité.
- Thème 12 : Prévention des Risques.

Chaque thème comporte un double indicateur, l'un colorimétrique et l'autre numérique, selon le tableau suivant :

conformité $\geq$ à 88%	L'établissement satisfait complètement aux exigences de l'ANESM concernant le thème.
conformité de 69 à 87%	L'établissement satisfait globalement aux exigences de l'ANESM et doit poursuivre sa dynamique sur le thème.
conformité de 45 à 68%	L'établissement satisfait à quelques exigences de l'ANESM et doit poursuivre ses efforts sur le thème.
conformité de 0 à 44%	L'établissement ne répond pas aux exigences de l'ANESM et doit mettre en place des actions sur ce thème.

# Management de l'Etablissement

## Thème 1 : Projet d'Etablissement

### A - Constats

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
1	1	Le Projet d'établissement est défini. Il comporte des objectifs.	Oui	Le projet d'établissement est défini. Il est rédigé pour la période 2011-2016. Il s'articule avec l'évaluation interne, la convention tripartite renouvelée pour 2013-2018 et la démarche qualité mise en œuvre par l'établissement. L'établissement a fait appel à un prestataire pour l'élaborer. Il comporte des orientations en matière de soins, de qualité et de gestion des risques, d'actions sociales (RH), d'orientations architecturales et sur le système d'information. Pour l'élaborer, l'établissement a constitué un comité de pilotage et 3 groupes de travail, l'un sur le management, un autre sur les soins et enfin un dernier sur le projet de vie des résidents. Il est en cours de mise en œuvre.
1	2	Le Projet d'établissement a été approuvé par le Conseil d'Administration.	Oui	Le projet d'établissement a été approuvé par le Conseil d'Administration en janvier 2012.
1	3	Il prend en compte les orientations des politiques sociales et médico-sociales.	Oui	Le projet d'établissement prend en compte les orientations des politiques sociales et médico-sociales en s'inscrivant dans la filière gériatrique organisée avec les partenaires hospitaliers, mais également avec le Foyer de Vie qui est une structure d'amont qui pourvoit grandement à "alimenter" l'EHPAD, la proximité des 2 structures assurant une continuité de prise en charge.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
1	4	Il comprend des axes en lien avec les droits des usagers.	En grande partie	Les droits des usagers ainsi que la promotion de la bientraitance s'inscrivent dans les orientations du projet d'établissement articulé avec l'évaluation interne et la convention tripartite. L'élaboration du projet d'établissement s'est appuyée sur les résultats d'une enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents et de leurs familles. Cette enquête portait sur le respect des droits des usagers.
1	5	Les missions imparties et les besoins du territoire ont été pris en compte dans la définition des orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	Les missions imparties et les besoins du territoire ont été pris en compte dans les définitions des orientations stratégiques de l'établissement (renforts en compétences, filière organisée, projet de création d'un PASA ...). Cet aspect est également abordé dans l'évaluation interne. L'appartenance au GCS du Roannais et les différents échanges en local, ainsi que la gestion de la file active des demandes par l'intermédiaire de CLECONA (logiciel / places en EHPAD) témoignent de cette volonté d'inscrire l'offre de prise en charge des résidents dans le territoire.
1	6	Les objectifs sont cohérents au regard de la vocation et des valeurs de l'Établissement.	Oui	Les objectifs sont cohérents au regard de la vocation et des valeurs de l'établissement notifiés par l'arrêté du 26 avril 1999 reposant sur la préservation de l'autonomie, la compensation de la dépendance, l'animation, le projet de vie et de soins. Les valeurs et les missions sont aussi clairement définies dans le livret d'accueil et l'introduction des résultats de l'EI.
1	7	Ils sont pertinents en regard des moyens humains et financiers en place.	Oui	L'adéquation avec les objectifs institutionnels et les ressources est un questionnement qui apparaît en termes de moyens humains, matériels, immatériels et financiers en interne et moyens mobilisés en externe.
1	8	Les objectifs opérationnels prioritaires issus des orientations stratégiques sont définis.	Oui	Le plan d'actions synthétique inclus dans le projet d'établissement a permis de dégager des orientations prioritaires.

Réf.	Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
1 9	Les modalités de leur mise en œuvre sont précisées.	Oui	Chaque objectif prioritaire apparaît sous forme d'actions définissant les modalités de suivi de l'action. Le comité de pilotage constitué pour élaborer le projet d'établissement assure un suivi des actions lors de ses rencontres réalisées plusieurs fois par an. Leur mise en œuvre est récente. Une première réunion de suivi a été organisée en janvier 2013 qui avait pour objectif de fusionner les actions du projet d'établissement et de l'évaluation interne.
1 10	Les objectifs sont mesurables.	En grande partie	Les actions du projet d'établissement sont articulées avec les actions de l'évaluation interne et de la convention tripartite. Des indicateurs d'évaluations sont précisés pour la plupart des objectifs de l'évaluation interne.
1 11	L'établissement évalue l'atteinte des objectifs et de leurs effets (prévus, non prévus, positifs, négatifs).	En grande partie	Un planning est réalisé et des délais précisés dans l'évaluation interne, dans laquelle les orientations du projet d'établissement s'inscrivent, toutefois la mise en œuvre est récente.
1 12	L'établissement a associé les usagers, leur famille, les professionnels et intervenants (internes et externes) lors de l'élaboration du projet d'établissement (questionnaire, entretien, ...).	Oui	Les usagers (résidents et familles) ont été associés par l'intermédiaire d'une enquête de satisfaction concernant le respect de leurs droits. Le CVS a été associé lors de la présentation de la démarche et des résultats de celle-ci.
1 13	Le projet fait apparaître clairement le rôle de la direction, des instances délibératives et consultatives, et des responsables dans les orientations stratégiques (projet d'établissement).	Oui	Les différentes participations des professionnels sont définies. Un comité de pilotage a été constitué pour l'élaborer. Chargé aujourd'hui d'en assurer le suivi, il est constitué du directeur, du cadre de santé, d'une secrétaire, du médecin coordonnateur, d'un représentant du CA, du psychologue, du qualitatif, et d'un représentant des familles. En cas de besoin, ce comité est élargi à des personnes ressources (cuisine, lingerie, entretien, logistique, hygiéniste, diététicienne). Le Conseil de la Vie Sociale, le CTE et le CA ont été associés pour avis et délibération.
1 14	Les instances et les responsables ont bénéficié d'actions d'information sur la définition des orientations stratégiques.	Oui	Une présentation a été organisée par la direction concernant les conclusions du projet d'établissement à l'ensemble des professionnels, ainsi qu'aux membres du CVS et du CA.



### B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	11
Nombre de "En grande partie"	3
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>93%</b>

### Synthèse :

- Le projet d'établissement couvre la période : 2011-2016, c'est un document complet qui est le fruit des travaux de l'ensemble des professionnels.
- Il traite de l'environnement interne et externe, d'orientations du projet de vie et du projet social, et de la démarche qualité et d'évaluation de l'institution. Les différents projets sont complets, ils comportent des axes opérationnels, des objectifs, les ressources disponibles et nécessaires et des indicateurs d'évaluation. Les travaux ont associés les acteurs de terrain dans une démarche pragmatique et réaliste. Les objectifs sont définis dans le respect des orientations du schéma régional d'orientation sanitaire.

### Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : Direction, Encadrement, Comité de Pilotage, Représentant des usagers, Représentant du personnel, Représentant du CA, professionnels.
- **Documents** : Projet d'établissement, Plan d'amélioration de la qualité, Convention et participation à des réseaux, CR du CVS, Documents de suivi des objectifs.
- **Indicateurs** : Projet d'établissement, feuilles de présences aux réunions du P.E.

## Thème 2 : Suivi de l'Evaluation Interne

### A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
2	1	Un référentiel d'EI a été utilisé pour réaliser le diagnostic. Ce référentiel couvre l'ensemble des domaines de l'EI de la recommandation de l'ANESM	Oui	La démarche a été organisée avec l'intervention d'un organisme extérieur. Elle est issue d'un travail important d'analyse et de synthèse. Conformément à la recommandation de l'ANESM de 2012 sur l'évaluation interne, l'établissement a construit son propre questionnaire évaluatif à partir des 5 axes proposés par cette recommandation. Ce travail a été complété par les 15 registres spécifiques fixés par le CASF.
2	2	L'autoévaluation a été effectuée par les professionnels	Oui	La participation des équipes et des usagers est soulignée dans la méthodologie précisée dans le rapport d'évaluation interne. Le COPIL constitué du directeur, du cadre de santé, d'une secrétaire, du médecin coordonnateur, d'un représentant du CA, du psychologue, du qualitatif, et d'un représentant des familles est représentatif de l'ensemble des compétences professionnelles que compte l'établissement. Ce groupe s'est réuni 5 fois entre septembre 2012 et décembre 2012. Ce comité a été élargi à des personnes ressources (cuisine, lingerie, entretien, logistique, hygiéniste, diététicienne).
2	3	Les résultats de l'EI sont clairs pour chaque domaine évalué	Oui	<p>Les axes d'évaluation sont cernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La garantie des droits et libertés individuels;</li> <li>• L'environnement de vie des résidents,</li> <li>• L'accompagnement et la prise en charge des résidents,</li> <li>• L'accompagnement des professionnels et l'organisation des interventions,</li> <li>• La gestion institutionnelle.</li> </ul> <p>Chaque axe questionne le thème et les valeurs de l'institution, les moyens mobilisés, l'ouverture de l'établissement, la participation et la personnalisation des actions, la dynamique, les effets et l'efficience.</p>

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
2	4	Les objectifs prioritaires sont pertinents en regard des résultats de l'EI.	En grande partie	<p>Les objectifs découlent des problématiques dégagées par l'évaluation interne, mais ne sont pas classés prioritairement. Parmi ces objectifs, on peut citer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécurisation du circuit du médicament,</li> <li>• Prévention des chutes,</li> <li>• Démarche RABC,</li> <li>• Démarche HACCP en lien avec le Foyer de Vie (prestataire alimentation),- document unique,</li> <li>• Groupe d'analyse de pratique,</li> <li>• Formalisation de protocole (en particulier en matière d'hygiène)...</li> </ul>
2	5	Le plan d'amélioration de la qualité est élaboré suite à l'EI.	Oui	Un plan d'actions est proposé en synthèse. Il repose sur plus de 60 actions réparties sur les 5 axes. Les liens avec le projet d'établissement sont établis pour chacune des actions, ainsi les orientations du projet d'établissement s'articulent parfaitement avec les résultats de l'évaluation interne.
2	6	Des actions d'information ont eu lieu.	En grande partie	Le plan d'actions compris dans le rapport d'évaluation interne a été mis à disposition dans les différents étages de l'institution afin que les professionnels puissent en prendre connaissance. La communication a été un peu freinée avec le départ du responsable qualité. Le récent recrutement d'une qualitiennne doit permettre de renforcer la communication autour de cette démarche d'évaluation interne. Toutefois, le programme a été présenté en CVS, CTE et CA.
2	7	Les modalités de suivi des actions sont définies.	En grande partie	Le suivi du programme d'actions est prévu. Il doit être réalisé par le COPIL. Le suivi découlera des indicateurs fixés précisés dans le programme.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
2	8	Les indicateurs de l'ANESM sont intégrés à la démarche d'évaluation interne.	En grande partie	Les indicateurs proposés dans la recommandation de l'ANESM de 2012 sur l'évaluation interne, sont cités dans le rapport mais ne sont pas encore intégrés dans le management de l'établissement.
2	9	L'implication des acteurs de l'institution dans la démarche est effective	En grande partie	La majorité des personnels et des usagers est impliquée dans la démarche, l'ouverture avec participation des ASH semble opportune.
2	10	Le plan d'amélioration est mis en œuvre. Il est suivi et les actions sont évaluées (mise en œuvre, suivi des échéances, bilan ...)	En grande partie	Certaines actions sont déjà engagées : réflexion sur les organisations, suivi des soins (escarres, douleur, ...), travail en partenariat avec une pharmacie pour sécuriser le circuit du médicament, prévention des risques associés à la canicule, amélioration des conditions d'hébergement, prise en charge des soins palliatifs...

### B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	4
Nombre de "En grande partie"	6
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>79%</b>

### **Synthèse :**

L'évaluation interne a fait suite à l'élaboration du projet d'établissement. Il s'est appuyé sur le comité de pilotage du projet d'établissement. Accompagné par un organisme, l'établissement a produit son propre référentiel d'évaluation reprenant ainsi les orientations fixées par la recommandation de l'ANESM de 2012 sur l'évaluation interne. Il a ainsi évalué les actions, leurs effets sur les 5 axes proposés dans cette recommandation. Il s'agit d'un travail d'une grande qualité qui a mobilisé l'ensemble des acteurs de la structure qu'ils soient professionnels ou usagers par l'intermédiaire des représentants des familles, et du Conseil d'Administration. Des groupes ont été constitués pour cette démarche à partir du comité de pilotage en associant d'autres personnes ressources en fonction des thèmes abordés. Une dizaine de réunions ont été nécessaires pour réaliser cette démarche. Environ 60 actions d'amélioration ont été identifiées et articulées avec les actions du projet d'établissement et de la convention tripartite. Réalisé en 2012, quelques actions ont déjà pu être mises en œuvre.

- Intégrer les indicateurs proposés par l'ANESM et cités dans votre rapport dans le suivi de l'évaluation interne
- Réunir 2 fois par an le COPIL pour assurer un suivi de la démarche

### **Personnes rencontrées, observations et documents consultés**

- **Personnes ressources** : Direction, pilote de l'évaluation interne, personnel des différentes catégories professionnelles,
- **Documents** : Rapport de l'évaluation interne, référentiel utilisé, tableau de suivi des actions,
- **Indicateurs** : indicateurs de suivi des actions du Plan d'actions issu de l'EI.

## Thème 3 : Ressources Humaines

### A - Constats

Réf.	Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
3 1	Le projet de l'établissement tient compte de l'évolution de la population accompagnée dans ses besoins d'adaptation à l'emploi.	Oui	<p>Le projet d'établissement ainsi que la convention tripartite tiennent compte de l'évolution de la population accompagnée, plusieurs actions en témoignent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter les ressources humaines aux besoins des résidents,</li> <li>• Assurer le bon équipement prothétique à chacun des résidents,</li> <li>• Maintenir les capacités sensorielles des résidents,</li> <li>• Réfléchir aux possibilités de soins bucco dentaires.</li> </ul> <p>D'autre part, l'évolution du profil des résidents, la cotation GIR, les motifs d'entrée, la provenance géographique et physique, l'environnement familial, la personne à l'origine de la demande sont suivis par l'établissement et donnent lieu à une analyse permettant de suivre l'évolution de l'activité et de la prise en charge de l'EHPAD.</p>
3 2	Le projet social repose sur une réflexion collective (groupe de parole, groupe de travail...).	Oui	Des actions du projet social ont été élaborées par le COPIL du projet d'établissement et d'un groupe chargé du management. Il existe également un groupe d'analyse des pratiques dans l'institution qui participe à la réflexion des professionnels sur leurs pratiques.
3 3	L'établissement dispose d'un bilan social intégrant des indicateurs sociaux.	En grande partie	Même s'il n'existe pas à proprement parler d'un bilan social dans l'établissement (non obligatoire), le compte administratif permet de rassembler les éléments du celui-ci. L'établissement recueille différents indicateurs sociaux via la plateforme de SOFAXIS (assurance).
3 4	Il existe des documents précisant les « caractéristiques » de la population accueillie servant à structurer le recrutement.	Oui	L'ensemble des données qui caractérisent la population accueillie est recueillie par l'institution : les motifs d'entrée, la provenance géographique et physique, l'environnement familial, la personne à l'origine de la demande, le GIR ... Lors d'un recrutement, les informations sont partagées avec le nouvel embauché.

Réf.	Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
3 5	L'établissement dispose d'outils de repérage et d'analyse des besoins, des ressources, des potentialités des populations accompagnées, ainsi que de leurs vulnérabilités et des risques liés à des pratiques inadaptées, voire nocives (le degré d'autonomie, les déficits, les manifestations comportementales, les modes de communication ...), utilisés dans le cadre de la gestion des métiers et compétences.	Oui	Le projet d'établissement précise ces points de façon assez détaillée tant sur un plan environnemental que sur les besoins et moyens humains à mettre en œuvre. Ces informations qui caractérisent la population accueillie sont utilisées dans le cadre de la gestion des métiers et des compétences notamment dans le cadre du plan de formation, de la définition des postes et l'organisation du travail. Parmi les dernières orientations de développement des compétences en lien avec les besoins des résidents, on peut citer la prise en charge des personnes présentant des troubles du comportement.
3 6	L'Établissement dispose d'indicateurs de travail. Ces indicateurs servent à la mise en place d'actions spécifiques en termes de Gestion de Ressources Humaines.	Oui	L'EHPAD a signé un contrat d'assurance avec une société qui met à disposition de ces adhérents, une plateforme à partir de laquelle il est possible d'obtenir un dossier statistique intégrant des indicateurs sur l'absentéisme, l'évolution sur 3 ans de la maladie ordinaire, les agents absents. L'absentéisme et le turnover sont très faibles dans l'institution.
3 7	L'établissement a organisé une veille sur l'évolution des connaissances relatives aux populations accueillies (abonnement presse professionnel, participation colloque, accès aux recommandations ...).	Oui	Des réunions régulières avec le GCS du Roannais, les rencontres avec les directeurs de la région, les formations et l'accès à l'information sont organisées. De plus, les professionnels disposent d'abonnements professionnels (Aide-Soignant - Infirmier), et de l'ensemble des recommandations de l'ANESM sur le site intranet mis à disposition des professionnels dans chaque salle de soins.
3 8	Les fiches de poste sont rédigées, actualisées et intègrent les compétences requises.	Oui	L'ensemble des Fiches de Postes a été réactualisée au mois d'aout 2013.
3 9	L'établissement dispose et utilise des grilles d'évaluation des compétences en regard de la population accueillie.	Non	L'établissement dispose de fiches d'évaluation mais celles-ci ne sont pas utilisées.



Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
3	10	Il existe un dispositif d'accueil formalisé et mis en œuvre du nouveau professionnel.	En grande partie	Le dispositif d'accueil est défini mais reste à formaliser. Il repose sur un recrutement réalisé en binôme entre le directeur et le responsable du service (il s'agit souvent du cadre de santé). Un premier RDV est organisé afin de rencontrer les "postulants" puis lorsque la personne est sélectionnée, un second entretien est organisé avant une prise de poste en doublon sur 2 à 4 jours en fonction du besoin. L'ensemble des informations concernant la structure, ses missions, les caractéristiques de la population accompagnée, est donnée au cours de ces entretiens.
3	11	A la fin de la période d'intégration d'un nouveau professionnel, l'encadrement organise un entretien / bilan.	En grande partie	Cette démarche est réalisée succinctement et même si elle semble peu nécessaire, compte tenu du faible turnover, elle nécessite une structuration. Les stagiaires sont accueillis et encadrés.
3	12	Il existe des temps d'échanges identifiés entre professionnels pour parler de la pratique professionnelle (groupe de travail ...).	Oui	Le groupe APP (Analyse de Pratique Professionnelle) est créé et doit trouver sa place dans l'institution. Il a aujourd'hui un caractère obligatoire et est supervisé par un psychologue. Son développement est intégré dans les actions du rapport d'évaluation interne.
3	13	La construction du plan de formation tient compte des entretiens annuels de formation.	Oui	Les souhaits de projet professionnel sont abordés en entretien annuel et les projets portant sur la promotion professionnelle sont facilités.
3	14	L'épuisement professionnel est évalué. Il est pris en compte dans la gestion des ressources humaines et le plan de formation.	Oui	Les facteurs de l'épuisement professionnel (turnover, absentéisme ...) sont analysés et surveillés. Le document unique a été réalisé en 2013. Des indicateurs existent ainsi que des enquêtes auprès des professionnels (réalisés en même temps que les enquêtes auprès des familles et des résidents). La disponibilité de la direction et de l'encadrement sont à souligner.

### B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	10
Nombre de "En grande partie"	3
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	1
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>85%</b>

### Synthèse

Le projet social est intégré au projet d'établissement. Le projet social, conçu comme un facteur de progrès du dialogue social, s'appuie sur des données sociales, et développe 3 axes : l'organisation de travail, la gestion des compétences et des effectifs, la communication interne et l'écoute du personnel :

- Améliorer l'évaluation annuelle des professionnels
- Formaliser la procédure d'accueil des nouveaux professionnels

### Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : directeur, cadre de santé, professionnels nouveaux et anciens, représentants du CTE.
- **Documents** : Projet d'établissement avec son volet social, Compte administratif, plan de formation, fiches de postes.
- **Indicateurs** : taux d'absentéisme, plan de formation, projet social.

## Thème 4 : Ouverture de l'Établissement

### A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
4	1	La politique d'établissement favorise l'ouverture sur l'extérieure.	Oui	<p>La politique d'établissement favorise l'ouverture sur l'extérieur. Il s'agit d'un point fort de l'établissement. Cette politique est visible au travers de différentes actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La facilitation de l'intervention de bénévoles</li> <li>• La proximité d'une salle des fêtes</li> <li>• Les liens avec le Foyer de Vie et les différents échanges entre les structures</li> <li>• La campagne de presse dans le journal local</li> <li>• Les partenariats</li> <li>• La participation active pour maintenir les liens avec l'extérieur de la part de certains professionnels (directeur, cadre de santé et animatrice) : voyages, manifestations, concours de cuisine...</li> </ul>
4	2	Le dispositif architectural de l'Établissement facilite les rencontres.	Oui	Le dispositif architectural facilite les rencontres grâce à des lieux de rencontre et d'accueil et d'un environnement extérieur très convivial (parc).
4	3	Des dispositifs de communication (accès internet, boîte aux lettres ...) existent.	Oui	Des dispositifs de communication pour les usagers existent.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
4	4	Il existe des échanges entre établissements.	Oui	Ils existent de très nombreux partenariats, qui participent aux échanges, entre le secteur sanitaire, le secteur associatif et d'autres institutions. Une convention avec le Centre Hospitalier de Roanne a été définie concernant l'hospitalisation à domicile, les soins palliatifs, l'unité de gériatrie, le plan bleu. Le GCS a permis d'organiser l'intervention d'un hygiéniste et d'une diététicienne. D'autres liens ont été définis avec un laboratoire d'analyses médicales et d'analyse d'eau, une pharmacie de ville, l'IFSI de Roanne, l'association "Animation tendresse", les écoles primaires, une crèche, des lycées professionnels, les jardins familiaux, Loire Alzheimer, l'association des Parkinsoniens de la Loire, la médiathèque, .... L'ensemble de ces partenariats participent à la fois à maintenir les liens avec la population et positionne la structure dans la vie locale.
4	5	La vie culturelle est présente dans l'établissement (manifestation, exposition, ...).	Oui	De nombreuses activités ponctuent l'année et sont renouvelées : liens intergénérationnels, voyages, ... Il est important de souligner l'investissement majeur de l'animatrice de l'établissement pour promouvoir la vie dans l'institution.
4	6	L'établissement facilite les échanges et/ou la visite de l'entourage en garantissant une certaine intimité (chambre spacieuse, espace dédié aux rencontres avec l'entourage, ...).	En grande partie	Les échanges ou les visites avec l'entourage sont facilités par l'environnement (EHPAD dans un parc arboré). Dans les locaux, l'intimité est dépendante de l'architecture des locaux.
4	7	Il existe des chartes, des contrats, des conventions contractualisées et actualisées.	Oui	La charte de la personne âgée est intégrée au livret d'accueil. Le contrat de séjour existe. Les conventions sont définies avec les partenaires même si leurs mises en application est quelquefois dépendante des institutions avec lesquelles elles ont été conclues (ex: convention avec la psychiatrie. Toutefois, il est important de noter l'engagement de la direction réel pour les faire vivre.
4	8	L'établissement met en œuvre des dispositifs permettant d'encourager les adultes accueillis à connaître et exercer leurs droits de citoyen.	Oui	Des actions qui permettent la participation citoyenne sont proposées : vote, participation à des actions / animation théâtre...Les démarches et formalités sont déployées.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
4	9	L'architecture favorise l'autonomie et la sécurité des résidents et la liberté de circuler.	Oui	L'établissement est de construction récente (1997) et l'infrastructure est adaptée au handicap malgré quelques faiblesses notamment au niveau des salles de bains.
4	10	L'établissement initie des démarches facilitant le « vivre ensemble » (opération "portes ouvertes", fête de la musique, fête des voisins...).	Oui	L'établissement est largement ouvert sur l'extérieur : animation tendresse, semaine bleue, centre social, comité des fêtes... Le rôle de la direction, du cadre de santé, de l'animatrice et des bénévoles participent grandement à l'ouverture de l'établissement et au "vivre ensemble".
4	11	Le CVS assure sa mission concernant le thème.	Oui	Le CVS est actif et partie prenante dans l'animation, l'animatrice participe et relaie très efficacement les démarches.
4	12	Des enquêtes auprès des partenaires sont réalisées.	Partiellement	La satisfaction des usagers est évaluée, mais les partenaires ne sont pas enquêtés si ce n'est par des échanges informels.
4	13	Des enquêtes auprès des usagers sont réalisées.	Oui	La satisfaction des usagers a été évaluée dans le cadre de l'évaluation interne. Les plaintes sont recueillies et traitées. Une boîte à idée est mise à disposition des résidents mais elle n'est pas encore utilisée.
4	14	Les résultats de ces évaluations sont utilisés.	En grande partie	Les résultats des évaluations concernant les résidents sont intégrés dans la démarche d'évaluation interne.

### *B - Synthèse du thème*

Nombre de "Oui"	11
Nombre de "En grande partie"	2
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>90%</b>

### **Synthèse**

- L'ouverture de l'établissement est un point fort de la structure. Elle présente 2 aspects complémentaires : maintien de la vie sociale des résidents et coopération entre les établissements pour améliorer la qualité de leurs prises en charge. Ces 2 aspects complémentaires développés avec beaucoup de volonté et de réussite, lui permettent d'être un acteur essentiel au sein de sa localité.
- Une animatrice, diplômée, organise de nombreuses activités selon les projets d'animation définis. Un environnement favorable au maintien de la vie sociale est instauré avec tous les acteurs potentiels, membre des équipes soins, familles, bénévoles et partenaires pour multiplier et dynamiser les activités et les manifestations festives.
- La direction de l'établissement est particulièrement impliquée dans le développement de coopérations en particulier avec le cabinet médical, l'officine de ville pour la sécurisation des médicaments, mais également avec les structures hospitalières, écoles, etc.

### **Personnes rencontrées, observations et documents consultés**

- **Personnes ressources** : directeur, animatrice, CVS, usagers, professionnels.
- **Documents** : Projet d'établissement, conventions, projet d'animation, planning d'animation, livret d'accueil, CR du CVS.
- **Indicateurs** : Projet d'animation, conventions.

# Droits des usagers et politique de bientraitance

## Thème 5 : Droits des Usagers

### A - Constats

Réf.	Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5 1	L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accompagnée.	Oui	L'exercice des droits et libertés individuels sont un souci permanent de l'établissement. Ces thèmes ont fait l'objet d'un questionnement aussi bien dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement que de la démarche d'évaluation interne. Différentes actions témoignent également de cette volonté de respecter ces droits : liberté d'aller et venir (avec sécurisation par des bracelets anti-fugue lorsque cela est nécessaire, limitation de la contention, exercice des droits civiques ...)
5 2	Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa vie affective, de sa liberté de culte, de ses convictions religieuses et de sa sécurité sont assurés.	Oui	Les professionnels sont soucieux de garantir la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité comme en témoignent les résidents rencontrés dans le cadre de la visite d'évaluation externe. L'enquête réalisée pour l'évaluation interne renforce également cet état de fait. La liberté de culte est encore à améliorer conformément à ce qui a été noté dans l'évaluation interne.
5 3	Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes, lui est assuré.	Oui	Différentes prestations sont proposées aux résidents : des animations, des messes pour le culte catholique, un salon de coiffure... Ces prestations sont proposées par affichage et laissées au libre choix des personnes. Le principe de la collectivité ne laisse pas toujours la possibilité d'adapter les prestations, même si le projet de vie prend en compte cette démarche.
5 4	Un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins est assurée.	Oui	Un projet personnalisé est réalisé pour chaque résident avec son aval, il prend en compte ses besoins et attentes en fonction des ressources existantes. Cette démarche est inscrite dans la politique de l'institution depuis plusieurs années. Elle repose sur un recueil des habitudes de vie des personnes ainsi que de ces goûts dont l'établissement et les professionnels tiennent compte dans la mesure du possible.



Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5	5	La confidentialité des informations concernant l'utilisateur est respectée.	En grande partie	La confidentialité des données est favorisée (fermeture des salles de soins, code accès informatique...). Quelques démarches sont encore à organiser pour garantir complètement la confidentialité des informations concernant les résidents (amélioration du circuit de destruction des données médicales imprimées à partir des postes informatiques).
5	6	Pour les personnes aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision, le consentement éclairé est systématiquement recherché (à défaut, le consentement de son représentant légal ou d'un proche doit être recherché).	Oui	Le consentement de la personne accueillie est recherché. Il fait partie du processus d'accueil qui doit être réalisé dans les meilleures conditions possibles pour des personnes âgées en perte d'autonomie, qui ont souvent quitté leur domicile, contraint par leur état de santé, pour venir séjourner en EHPAD. Les différents entretiens menés témoignent de cette recherche constante depuis l'entrée, puis lors du séjour de la personne. Dans certaines situations, c'est la personne de confiance qui est sollicitée ou encore la famille.
5	7	L'accès à toute information ou document relatif à son accompagnement, sauf dispositions législatives contraires, est organisé.	Oui	Les informations du résident sont mises à sa disposition, ainsi que l'organisation des soins à réaliser par l'intermédiaire du livret d'accueil, du contrat de séjour ou encore du règlement intérieur remis à la personne et/ou à la famille du résident.
5	8	Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition est réalisée.	Oui	Le contrat de séjour remis en début de séjour informe le résident sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie.
5	9	La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal ou d'un proche à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne est effective.	Oui	L'établissement met en œuvre tous les moyens pour favoriser l'accueil et l'accompagnement de la personne, notamment en mettant en place un accompagnement des usagers, une période d'adaptation. Il est également important de souligner que beaucoup de résidents viennent du foyer de vie voisin et que de nombreux échanges participent à faire connaître l'EHPAD à ces "futurs" résidents.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5	10	Lors de son accueil, un livret d'accueil est remis à la personne ou à son représentant légal (ou à un proche) auquel sont annexés la charte des droits et libertés et le règlement de fonctionnement.	Oui	Le livret d'accueil est accessible et donné à chaque nouveau résident.
5	11	Un contrat de séjour est conclu, et un document individuel de prise en charge et d'accompagnement est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal ou d'un proche.	Oui	Un contrat de séjour est toujours conclu. Il définit les droits et les obligations de l'établissement et de l'usager. Les résidents peuvent, lors de la signature, se faire accompagner de la personne de leur choix. Il est toujours signé dans le mois qui suit l'entrée.
5	12	Le contrat détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût.	Oui	Le contrat est détaillé. Il précise les prestations offertes par l'établissement. Les personnels administratifs veillent au recueil et au suivi du dossier administratif de chaque résident. Le suivi est ensuite relayé dans les étages.
5	13	Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.	Oui	Le contrat est détaillé et complet. Il précise par exemple les conditions d'admission, l'équipement de la chambre, la restauration, l'accès et les équipements communs, le traitement du linge, la prise en charge proposée tant au niveau médical que paramédical, l'animation, les coûts ... L'éthique et la déontologie sont au cœur des pratiques de l'institution et ces valeurs sont visibles au travers du contrat.
5	14	L'organisation prend en compte les rythmes spécifiques des personnes accompagnées (endormissement, réveil, repas ...)	En grande partie	Un travail important est mené pour garantir les rythmes spécifiques des personnes tout en tenant compte des règles d'une collectivité. Les rythmes des repas sont encore à améliorer car le jeun physiologique n'est pas encore tout à fait respecté.
5	15	Les conditions d'entretien et d'examen respectent la confidentialité (accueil approprié, etc.).	Oui	L'accueil est adapté et l'examen médical organisé dans le respect de la confidentialité (locaux spécifiques).

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5	16	Les pratiques des professionnels respectent le secret professionnel et la confidentialité concernant les informations personnelles, médicales et sociales des usagers (transmissions orales d'informations uniquement dans des lieux appropriés, etc.).	Oui	Le secret professionnel semble assuré et la discrétion des professionnels respectée. Les lieux de relève sont isolés. Le circuit de destruction des données médicales imprimées à partir des postes informatiques restent encore à améliorer.
5	17	Les professionnels sont sensibilisés sur le thème de la confidentialité, du secret professionnel et la discrétion. La confidentialité, le secret professionnel et la discrétion sont intégrés dans les pratiques. De plus, le personnel ne porte pas de jugement de valeurs sur des relations nouées entre résidents.	En grande partie	De par leur formation (personnel qualifié), les professionnels sont formés aux règles de la confidentialité. Les nouveaux arrivants, stagiaires sont encadrés et évalués sur ces critères. Les groupes d'analyse de pratique pourraient se saisir de cette thématique pour encore renforcer la sensibilisation des professionnels.
5	18	Une formation ou des actions de sensibilisation concernant l'écoute et le respect des droits des usagers sont organisées.	En grande partie	Le projet d'établissement reprend ces objectifs. La mise en œuvre du recueil périodique de satisfaction des usagers est à définir pour pérenniser la démarche engagée dans le cadre de l'évaluation interne.
5	19	Les pratiques professionnelles respectent la dignité et l'intimité des usagers (familiarité des professionnels, etc.).	En grande partie	Le respect de l'intimité et de la dignité sont assurés. Le questionnaire de satisfaction réalisé auprès des résidents en témoigne ainsi que les entretiens réalisés durant la visite d'évaluation externe.
5	20	Les pratiques professionnelles respectent le consentement des usagers (soins sans précaution, etc.).	Oui	Les soins sont réalisés avec le consentement des résidents et en fonction de leur autonomie.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5	21	Les droits d'aller et venir sont respectés.	Oui	Les droits d'aller et venir est un point fort de l'établissement. L'établissement est un établissement ouvert sur un parc dans lequel les résidents peuvent aller. L'établissement dispose de dispositifs anti fugue utilisés lorsque cela est nécessaire et laissant libre les résidents à l'intérieur de l'EHPAD. L'utilisation de la contention est très limitée et fait l'objet de prescriptions.
5	22	Les Pratiques professionnelles respectent les croyances, les convictions religieuses et les différences culturelles dans les limites du possible.	En grande partie	Les croyances et valeurs sont recueillies en grande partie (recueil des données selon les 14 besoins de Virginia HENDERSON) et prises en compte dans le projet personnalisé.
5	23	Les locaux sont organisés de façon à garantir le respect de la confidentialité des informations.	Oui	Les locaux sont organisés de façon à garantir le respect de la confidentialité des informations, la conception des locaux le facilite même.

### B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	17
Nombre de "En grande partie"	6
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>91%</b>

### **Synthèse**

- Le respect des droits des usagers est intégré dans les valeurs institutionnelles et celles des professionnels. Les droits des usagers sont affirmés dans le règlement intérieur et le livret d'accueil. Le résident a le libre choix des prestations, le contrat de séjour en détaille la liste et le coût.
- La personnalisation de la prise en charge débute dès l'admission, par une évaluation des capacités et par un recueil d'information concernant les habitudes de vie.
- La confidentialité des informations de santé est garantie par l'organisation (relève porte fermée, PC fixe dans les salles de soins et dossier papier dans local sous clé).
- **Améliorer la destruction des documents contenant des données concernant les résidents (éviter la destruction par le circuit des DAOM)**

### **Personnes rencontrées, observations et documents consultés**

- **Personnes ressources** : personnel chargé de l'accueil, référent soignant, représentants du CVS, directeur, familles, soignants, usagers.
- **Documents** : livret d'accueil, charte de la personne accueillie, contrat de séjour et avenant, protocoles de soins , plan de formation.
- **Indicateurs** : contrats signés, personnes formés sur le sujet (formation continue).

## Thème 6 : Expression des Usagers

### A - Constats

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
6	1	Les modalités d'élaboration du projet personnalisé existent, elles prennent en compte l'expression de l'utilisateur.	Oui	Le projet personnalisé est issu d'une évaluation gériatrique, et fait suite à une période d'observation pluridisciplinaire. Il prend également en compte les attentes de la personne. Les équipes sont à l'écoute et formées à l'élaboration du projet.
6	2	L'utilisateur participe à l'élaboration de son projet personnalisé de manière effective, ou, en cas d'incapacité, son représentant légal ou un proche.	En grande partie	L'utilisateur participe à l'élaboration de son projet de manière directe et indirecte. Directement par l'intermédiaire du recueil de données réalisé à l'admission en EHPAD et également indirectement par l'intermédiaire d'un soignant identifié comme référent, qui assure un lien avec la personne dans le cadre du suivi du projet personnalisé. Les proches sont contactés, si nécessaire. Le processus d'élaboration du projet ainsi que son ajustement dans le temps pourrait être encore amélioré en développant "la rencontre de contractualisation" des projets personnalisés, rencontre essentielle dans la constitution d'une alliance et d'une réelle implication de l'utilisateur dans son projet. En effet, les résidents interrogés durant la visite témoignent de leur ignorance de tel projet ou de la définition d'objectifs personnalisés.
6	3	Il existe un recueil des besoins de l'utilisateur dans le cadre de l'élaboration du projet personnalisé.	Oui	Dès l'entrée le recueil des besoins est renseigné par les différents intervenants et le référent soignant.
6	4	Le projet personnalisé tient compte des besoins exprimés et implicites, et des droits des utilisateurs.	Oui	Le projet personnalisé tient compte des besoins exprimés et implicites dans un juste équilibre entre la demande de l'utilisateur mais également le diagnostic de l'équipe quant aux besoins de l'utilisateur (permettant de clarifier la demande et les besoins réels de la personne) et bien sûr en regard des moyens de l'institution.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
6	5	Un dispositif d'écoute des usagers est clairement défini.	Oui	<p>L'écoute des usagers nécessaire à l'élaboration de son projet et à son suivi passe par différents aspects :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La définition d'un référent, lien privilégié entre l'équipe et la personne.</li> <li>• Les rencontres régulières pour faire le point au sein de l'équipe.</li> <li>• Les interventions médicales et paramédicales nombreuses.</li> <li>• La disponibilité et le professionnalisme des personnels de l'EHPAD.</li> <li>• Les moyens pour assurer la traçabilité des événements marquants de l'utilisateur dans la structure (dossier informatisé comprenant le volet projet personnalisé)</li> </ul>
6	6	L'établissement facilite l'accès à la connaissance des droits de l'utilisateur (affichage) et notamment à toutes démarches ou dispositifs concernant son expression.	En grande partie	Les moyens d'expression sont en place et les professionnels à l'écoute (accueil, encadrement). Le livret d'accueil précise ces données. Des informations ponctuelles pourraient être développées autour de l'existence du CVS car lors de la visite, les différents usagers interrogés (en dehors des membres du CVS) ignoraient sa présence et son rôle.
6	7	Les dispositifs pour valoriser et faciliter l'expression des usagers sont mis en œuvre par l'établissement (conseil de la vie sociale...).	En grande partie	Les instances sont en place et les représentants des usagers présents dans la structure. La connaissance des décisions prises en CVS n'est pas toujours intégrée par les résidents (les résidents rencontrés lors de la visite d'évaluation externe ignoraient l'existence d'une telle "instance" dans l'institution).

### *B - Synthèse du thème*

Nombre de "Oui"	4
Nombre de "En grande partie"	3
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>85%</b>

### **Synthèse**

- L'expression des usagers est facilitée par un dispositif d'écoute opérationnel : CVS et enquête de satisfaction. Une boîte à idée existe mais elle n'est pas encore utilisée même si elle est connue des usagers.
- Les usagers ne sont pas suffisamment informés concernant le rôle du CVS mais les résultats de l'enquête de satisfaction montrent une satisfaction générale au dessus de 88% et sur la question de l'information, une satisfaction de 90%.
- Le CVS se réunit régulièrement et les comptes rendus sont disponibles. L'expression des attentes et des besoins de l'utilisateur est recueillie au travers des recueils de données précédant la réalisation du projet personnalisé.
- **Développer l'information sur le rôle du CVS auprès des usagers**

### **Personnes rencontrées, observations et documents consultés**

- **Personnes ressources** : directeur, cadre, usagers, représentants du CVS, professionnels.
- **Documents** : Projet d'établissement, livret d'accueil, enquête de satisfaction, affichage des chartes concernant les droits des usagers, CR du CVS, dossier de l'utilisateur.
- **Indicateurs** : CR du CVS , Résultats du questionnaire de satisfaction.



## Thème 7 : Bienveillance

### A - Constats

Réf.	Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
7 1	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance, et à la promotion de la bienveillance.	Oui	<p>Les actions de formation sont intégrées au plan de formation. Le livret d'accueil précise les recommandations et l'engagement de la direction en la matière. Les actions de sensibilisation au quotidien existent, on peut citer par exemple le groupe d'analyse de pratique qui concourt à cela. D'autres actions pourraient être développées notamment autour de l'appropriation par les professionnels des recommandations de bonnes pratiques et notamment celle sur la bienveillance de l'ANESM, car même si elle est mise à disposition des professionnels sur l'intranet, peu de personnes interrogées disent la connaître.</p> <p>En revanche, d'autres actions, pilotées par la direction, concourent à sensibiliser les professionnels. Elles sont mentionnées dans la politique de bienveillance de l'EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le développement des projets personnalisés et les actions mises en œuvre par l'institution pour y répondre.</li> <li>• Les temps d'échanges pluridisciplinaires réunissant l'ensemble des professionnels : relèves, groupes de travail induisant un processus de réflexion sur le sens des pratiques et la compréhension de situations complexes.</li> <li>• Les échanges entre institution, professionnels, usagers, familles, proches, bénévoles ...</li> </ul>
7 2	Le dispositif de signalement interne et externe est formalisé, diffusé et validé par le Directeur.	Oui	Le dispositif de signalement est diffusé, validé par le directeur et semble connu des professionnels.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
7	3	Il existe une procédure d'accueil des nouveaux salariés qui intègre la question de la prévention de la maltraitance.	En grande partie	Les nouveaux professionnels sont accueillis par la direction de l'institution à deux reprises avant la prise de poste. Différentes informations sont données permettant de promouvoir la bientraitance. De plus, l'accueil des nouveaux arrivants, inclue un temps d'encadrement en binôme. La procédure reste à formaliser en intégrant la question de la bientraitance.
7	4	Les conduites à tenir en matière de signalement de maltraitance sont connues des acteurs.	Oui	La démarche à suivre est intégrée par les professionnels. La qualification des agents permet également une meilleure connaissance des bonnes pratiques dans ce domaine.
7	5	Les nouveaux salariés et les stagiaires sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance.	Oui	Les nouveaux agents ont le plus souvent été stagiaires dans l'établissement, ce qui renforce leur apprentissage dans la promotion de la bientraitance.
7	6	La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance sont inscrites comme un axe fort de la politique de formation.	Oui	La promotion de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance sont au centre des préoccupations des professionnels de l'institution mais également de l'encadrement. La direction a défini une véritable politique de bientraitance, qui est communiquée aux résidents par l'intermédiaire du livret d'accueil, sur laquelle elle s'appuie pour maintenir l'exigence qu'elle s'est fixée en la matière, par l'intermédiaire de différentes actions de formation. Ces actions spécifiques sont inscrites aux programmes de formations existants : projet de vie individualisé, le prendre soin au moment des repas, démence et troubles du comportement, relecture des pratiques, mise en sécurité des résidents, VAE et promotion professionnelle (qualification en AS en ASG).
7	7	L'établissement dispose d'outils visant à prévenir la maltraitance (PowerPoint, affiches, livret, guide...).	En grande partie	La recommandation de l'ANESM en matière de bientraitance a été diffusée à l'ensemble des professionnels par l'intermédiaire de l'intranet de l'institution. Nous avons pu constater lors de la visite que les professionnels ne sont pas encore appropriés cette recommandation.

Réf.	Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
7 8	<p>Le ou les outils présent(s) intègre(nt) les 4 repères de la recommandation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisateur co-auteur de son parcours.</li> <li>• La qualité du lien entre professionnels et usagers.</li> <li>• L'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes.</li> <li>• Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bienveillance.</li> </ul>	Oui	La recommandation de l'ANESM intègre les 4 repères pour promouvoir la bienveillance. Cette recommandation est à la disposition des professionnels.
7 9	L'encadrement est informé de son rôle dans la prévention de la maltraitance (formation, information à l'accueil ...).	Oui	Tout au long de la visite, il a été possible de constater l'importance portée à la question de la bienveillance par l'encadrement (direction, cadre, animatrice ...). Leur attitude exemplaire vis à vis des résidents, les démarches engagées, les outils proposés témoignent que la bienveillance est au cœur de leurs actions.
7 10	L'établissement a conduit une réflexion sur les risques de maltraitance.	Oui	Les actions de formation, les groupes de travail et les démarches concernant le projet d'établissement et l'évaluation interne ont favorisé cette réflexion.
7 11	L'établissement dispose d'indicateurs sentinelles (turnover, absentéisme, conflit ...).	Oui	L'établissement dispose d'indicateurs sentinelles (turnover, absentéisme, ...). Ces indicateurs sont tenus à jour par la direction. Leurs résultats témoignent d'une qualité de vie au travail certaine, qui impacte favorablement la question de la bienveillance.
7 12	L'utilisateur est informé des recours dont il dispose en cas de maltraitance.	Oui	Les usagers rencontrés semblent informés des démarches à entreprendre. Une affiche les informe de la conduite à tenir et le livret d'accueil leur rappelle également la procédure à suivre (numéro d'appel et information de la direction).

### *B - Synthèse du thème*

Nombre de "Oui"	10
Nombre de "En grande partie"	2
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>94%</b>

### **Synthèse**

- La bientraitance s'inscrit dans la culture de l'établissement et est soutenue par une politique de promotion de la bientraitance claire et affichée (livret d'accueil du résident).
- Le livret d'accueil des nouveaux agents intègre la question du droit des usagers et de la bientraitance. La procédure de signalement d'événements relevant de la maltraitance est disponible pour tous. La promotion de la bientraitance est un point fort de l'établissement.

### **Personnes rencontrées, observations et documents consultés**

- **Personnes ressources** : Salariés, directeur, cadre de santé.
- **Documents** : Plan de formation, procédure de signalement, livret d'accueil mentionnant la question du signalement de maltraitance, documents sur la bientraitance présent dans les services (recommandations, livret pédagogique d'une formation sur le thème ...).
- **Indicateurs** : Nombre de fiche de signalement sur l'année, nombre d'agents formés, existence d'espace de parole.

## Prise en charge de l'Usager

### Thème 8 : Attentes de la personne et projet personnalisé

#### A - Constats

Réf.	Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
8 1	La recommandation sur le projet personnalisé a été l'occasion d'une actualisation ou d'un approfondissement des professionnels sur ce thème.	Oui	Chaque nouveau résident bénéficie d'un projet personnalisé. Les professionnels ont été formés à la réalisation de cette démarche. Il s'agit d'un axe fort des orientations du programme de formation puisque cette formation est pérennisée depuis 2011. La démarche d'évaluation interne a mis l'accent sur cette recommandation.
8 2	La conception architecturale des bâtiments permet de répondre aux caractéristiques des projets de vie des personnes accompagnées.	En grande partie	Les locaux favorisent le développement du projet personnalisé. Les résidents peuvent circuler librement dans la structure. Les liens sociaux sont favorisés. L'expression et l'intimité sont également favorisées. Certaines chambres, bien qu'étant confortables, limitent parfois les déplacements pour les résidents en fauteuil roulant.
8 3	Le projet d'établissement comporte les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins.	Oui	Le projet d'établissement comporte les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins. Ces deux projets sont très imbriqués, témoignant d'une logique de "pratique de soins de santé dynamisant les capacités de la personne", en opposition à une logique centrée sur "soigner une maladie" (prise en charge hospitalière) : logique de CARE en opposition au CURE.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
8	4	Le projet d'établissement mentionne des principes d'intervention qui concernent le projet personnalisé.	Oui	Le projet d'établissement aborde la question de la prise en charge personnalisée du résident. Celle-ci est également abordée dans le rapport d'évaluation interne qui s'articule avec le projet d'établissement. Il précise les moyens mobilisés pour la personnalisation de l'accompagnement, l'ouverture sur l'extérieur de l'accompagnement personnalisé, les modes de participation du résident à son projet, et précise la dynamique engagée sur ce thème ainsi que les résultats obtenus.
8	5	Ces principes sont connus des professionnels et partagés par eux.	Oui	La démarche d'évaluation interne a été largement participative, et a été l'occasion d'aborder les principes de la personnalisation de l'accompagnement.
8	6	Un projet personnalisé est rédigé pour chaque personne accompagnée.	Oui	Pour tout nouveau résident, un projet est ouvert et saisi dans le dossier informatisé.
8	7	Le projet individuel est construit en équipe pluridisciplinaire avec l'utilisateur (ou représentant légal, proche...).	Oui	Les différents intervenants (médecin, psychologue, IDE ...) sont associés à l'élaboration du projet individuel coordonné par le soignant référent de la personne. L'utilisateur est associé dans la mesure du possible dès son entrée. Les professionnels peuvent accéder ou compléter le projet individuel notamment lors des relèves. Ils interviennent en concertation avec les professionnels de nuit. Les proches ou représentants sont contactés et sollicités également.
8	8	Les outils de recueil et d'aide à l'analyse et à l'élaboration du projet personnalisé existent.	Oui	Des fiches de recueil permettent une approche personnalisée des besoins du résident. La coordination et le suivi sont sous la responsabilité d'un référent métier.
8	9	Le projet comporte des priorités d'actions.	En grande partie	Des actions personnalisées sont planifiées en regard du recueil de données. Les priorités bien qu'étant intégrées aux transmissions ne sont pas spécifiquement ciblées.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
8	10	Ce projet est réévalué périodiquement. Il existe une procédure de conception et de mise en œuvre du projet individualisé. Cette procédure est connue de l'ensemble des professionnels et partagée par eux.	En grande partie	Ce projet est réévalué périodiquement grâce à l'intervention du référent. En revanche, cette réévaluation n'est pas réalisée au regard de l'atteinte d'objectifs posés. Il existe une procédure de conception et de mise en œuvre du projet individualisé. Cette procédure est connue de l'ensemble des professionnels et partagée par eux.
8	11	Les professionnels sont sensibilisés ou formés à la mise en place des projets personnalisés	Oui	Des accompagnements existent en plus des formations prévues au plan.
8	12	Il y a des responsables clairement reconnus par tous les professionnels dans leur capacité à rappeler, réactiver, actualiser le projet personnalisé, tout en prenant en compte la parole de la personne (et/ou son représentant légal) tout au long des phases d'élaboration.	Oui	Des référents métiers sont nommés par la cadre de santé et sont identifiés dans le plan de soins (la formulation de transmissions ciblées peut aider à renforcer le suivi).
8	13	Des modalités de soutien aux professionnels dans l'élaboration et le suivi des projets personnalisés existent.	En grande partie	Les temps de relèves permettent notamment de préciser ces points. Les contacts ou échanges avec les différents intervenants facilitent le suivi et les réajustements. Mais il est souhaitable, comme le précise l'évaluation interne, de réfléchir à faire évoluer certains temps d'échanges en les ouvrant à d'autres personnes pour une meilleur appropriation des projets par l'ensemble des professionnels.

### *B - Synthèse du thème*

Nombre de "Oui"	9
Nombre de "En grande partie"	4
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>89%</b>

### **Synthèse**

- L'établissement développe une dynamique autour du projet personnalisé, un processus a été défini et l'élaboration se pratique en équipe dans le cadre de réunions pluridisciplinaires.
- L'élaboration des projets est supervisée par l'encadrement infirmier et la psychologue. L'animatrice a une part active dans cette démarche. Dans le cadre du projet personnalisé, un référent résident est désigné.
- Les objectifs sont contractualisés avec le résident, mais sa participation à l'élaboration se limite souvent à l'étape du recueil d'informations.

### **Personnes rencontrées, observations et documents consultés**

- **Personnes ressources** : Usagers, représentants du CVS, animateurs, médecins, infirmiers, directeur, cadres, autres professionnels participants à la prise en charge (psychologue, diététicienne, ...).
- **Documents** : Projet type, plan d'animation, ...
- **Indicateurs** : nombre de projets signés, taux de réévaluation des projets.



## Thème 9 : Cohérence et continuité des actions et interventions

### A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
9	1	Une réflexion concertée de l'établissement a permis la mise en œuvre d'une organisation adaptée aux besoins et aux moyens disponibles.	Oui	<p>Une réflexion concertée de l'établissement a permis la mise en œuvre d'une organisation adaptée aux besoins et aux moyens disponibles. Cela repose notamment sur la définition de chacun des postes qui intègre des réunions d'équipe permettent de réajuster les actions ou orientations en fonction des difficultés rencontrées et des moyens alloués (1 douche + shampoing par semaine maintenus pour chaque résident). D'autres actions ont été développées pour garantir une organisation adaptée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le partenariat avec un cabinet médical regroupant 3 médecins qui interviennent majoritairement dans l'EHPAD.</li> <li>• La convention signée avec une pharmacie pour sécuriser le circuit du médicament.</li> <li>• La mutualisation de ressources dans le cadre d'un GCS.</li> </ul>
9	2	L'organisation des changements et l'information correspondante aux secteurs et aux professionnels concernés font partie des règles de présence et de concertation.	Oui	<p>La circulation de l'information existe sur l'ensemble de l'établissement. Le suivi est organisé. Les différents professionnels interviennent de façon structurée et concertée (médecins de ville, visites...). Le roulement des infirmières permet le suivi des visites médicales et l'application des prescriptions médicales. Le suivi par les kinésithérapeutes et la psychologue est coordonné.</p>
9	3	La coordination et la continuité des soins s'appuient notamment sur les transmissions orales et écrites entre les diverses équipes.	Oui	<p>Des temps de relève sont organisés. Les transmissions écrites sont consignées dans le dossier informatique avec le logiciel C2I. Des documents papiers perdurent avant intégration par scanner. Chaque intervenante ou tierce personne (bénévole) transmet par oral ou écrit les informations ou consignes nécessaires à la continuité des soins.</p>

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
9	4	Une organisation est en place pour informer les usagers sur leur situation (état de santé, situation sociale,...) et/ou faciliter leurs demandes sur ce sujet (formation continue des professionnels, possibilité de rendez-vous, accès au dossier).	Oui	Une visite médicale est organisée 3 fois par semaine (3 médecins libéraux pour 80% des résidents). Le médecin coordonnateur assure régulièrement les liens avec les référents médicaux, soit libéraux soit hospitaliers le cas échéant.
9	5	Les informations retraçant l'évolution de l'état de l'utilisateur sont actualisées.	Oui	Lors des relèves et à chaque poste si nécessaire, les informations retraçant l'évolution de l'état de l'utilisateur sont actualisées.
9	6	Il existe une répartition claire des responsabilités dans la délivrance des informations (réflexion des professionnels, qui dit quoi ? comment ? quand ? professionnels référents, traçabilité dans le dossier, etc.).	Oui	Des référents sont désignés pour chaque personne. Ils se chargent préférentiellement de donner des informations. Les règles de traçabilité (qui écrit où) sont dictées par le logiciel dossier.
9	7	Il existe des modalités de concertation par secteur et entre secteurs d'activité.	Oui	Les professionnels se concertent facilement et connaissent le rôle et les missions de chacun. L'équipe de taille restreinte, le roulement sur les différents étages participent à faciliter ces concertations en plus des temps d'échanges organisés.
9	8	Le planning de présence, gardes et astreintes, prévision et organisation des remplacements sont affichés.	Oui	Les plannings sont mis à disposition des équipes et affichés dans les étages et dans les salles de relève (15 jours avant) ou directement auprès des équipes lors des remplacements. Il n'y a pas de gardes, ni astreintes.
9	9	Les moyens de coordination sont définis (supports, temps de réunion, temps de transmission, etc.).	En grande partie	Les relèves regroupent l'ensemble des professionnels soignants. Les ASH sont conviées mais ne peuvent pas toujours se libérer. Les ASH, qui participent aux activités auprès des résidents, sont cependant intégrées plus facilement dans ces réunions. Une organisation plus spécifique est requise pour favoriser la vie d'équipe.

### *B - Synthèse du thème*

Nombre de "Oui"	8
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>96%</b>

### **Synthèse**

- La continuité est assurée grâce à un "dossier résident" (informatique) partagé contenant des informations actualisées.
- Il existe des temps d'échanges plusieurs fois par jour entre soignants (relève) et sous forme de staff avec le médecin coordonnateur.
- Le lien qui existe avec un cabinet médical, dont les médecins suivent la majorité des résidents, participe à la qualité de la prise en charge et constitue un point fort de l'établissement.

### **Personnes rencontrées, observations et documents consultés**

- **Personnes ressources** : personnel, médecin coordonnateur.
- **Documents** : organigramme, dossier type, dossiers anonymes, règlement intérieur.
- **Indicateurs** : regroupement des informations des différents professionnels participants à la prise en charge dans un dossier unique et partagé.

## Thème 10 : Application des bonnes pratiques de soins

### A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	1	Les principes de bases en hygiène sont connus et respectés (tenue, précautions standards...).	En grande partie	Les principes de bases en hygiène sont connus et en partie respectés (tenue, précautions standards...). La présence d'un IDE hygiéniste et de référents hygiène y participent. Le constat en matière d'hygiène réalisé dans le cadre du DARI montre une forte progression du niveau de l'établissement, puisqu'il est passé d'environ 50% en 2012 à plus de 77% en 2013. Des actions d'amélioration sont prévues et doivent être mises en œuvre.
10	2	L'établissement applique les recommandations concernant la prévention de la légionellose.	En grande partie	L'établissement vient d'élaborer son carnet sanitaire. Différentes actions sont réalisées en vue de prévenir les risques de légionellose (contrôle des températures, définition de procédures, contrôles bactériologiques réguliers...).
10	3	Les normes concernant les soins et le confort sont mises en œuvre dans l'établissement.	Oui	Les bonnes pratiques de soins et de confort sont mises en œuvre dans l'établissement. Des protocoles sur le sujet existent, ils sont mis en œuvre.
10	4	Les normes concernant l'alimentation sont respectées.	En grande partie	La démarche HACCP est en place depuis de nombreuses années. Un accompagnement par une société spécialisée permet d'assurer un suivi de la démarche. La présence de frigo dans certaines chambres de résidents demande de mettre en place des procédures adaptées pour gérer les risques liés à ce matériel.
10	5	La gestion des circuits est inscrite dans l'assurance qualité interne (linge, déchet,...).	En grande partie	La gestion des circuits est inscrite dans l'assurance qualité interne (linge, déchet, ...). Deux lingères se relaient pour assurer une bonne organisation du circuit du linge. Les circuits des déchets et alimentaires sont conformes. Le circuit d'élimination du papier est à revoir (données personnelles concernant le résident éliminé avec les DAOM).

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	6	Les bonnes pratiques concernant l'entretien des locaux sont respectées.	En grande partie	Les pratiques des professionnels concernant l'entretien des locaux sont en grande partie conformes aux recommandations. Toutefois, elles restent à revoir au regard d'un effectif limité (ASH) au regard des surfaces existantes.
10	7	Les conduites à tenir concernant les AELB sont connues, disponibles et appliquées.	Oui	Les conduites à tenir concernant les AELB sont connues, disponibles et appliquées. Des conduites à tenir existent et sont connues des professionnels. Le matériel de prévention est en nombre suffisant.
10	8	Le circuit des déchets est maîtrisé (DASRI, piles, verres...).	Oui	Le circuit des déchets est maîtrisé depuis la production des déchets, leurs entreposages et leurs éliminations. Les locaux sont conformes.
10	9	Le guide des bonnes pratiques de soins est connu, disponible et utilisé.	En grande partie	Le guide des bonnes pratiques de soins est connu, disponible sur le site intranet de l'établissement. Certaines pratiques de soins ont fait l'objet de protocoles spécifiques disponibles dans des classeurs présents dans les salles de soins. Des doublons concernant ces procédures, demandent à ce que la gestion des protocoles de soins soit revue.
10	10	La prestation alimentaire fait l'objet d'une évaluation initiale puis périodique (pesée, utilisation d'une échelle d'évaluation nutritionnelle, satisfaction de la personne).	En grande partie	La diététicienne participe à la mise en œuvre des actions concernant la nutrition et l'alimentation. Le respect des régimes est à revoir. Un travail sur le jeun nocturne a déjà été engagé et doit se poursuivre pour le limiter en mettant en place une collation en fin de soirée.
10	11	La prise alimentaire et les régimes alimentaires font l'objet d'un suivi formalisé.	En grande partie	Une diététicienne intervient régulièrement et assure un suivi efficace et concerté avec les équipes. Les habitudes alimentaires sont prises en compte. Des améliorations sont à prévoir concernant les régimes alimentaires.
10	12	L'hydratation fait l'objet d'un suivi formalisé.	En grande partie	La prévention du risque de déshydratation a fait l'objet de nombreuses démarches notamment de sensibilisation mais aussi d'équipement au niveau des locaux. Pour compléter cette dynamique, une fiche de suivi hydrique est à formaliser.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	13	Le risque de chute fait l'objet d'une politique de prévention systématique (adaptation des locaux, surveillance des prescriptions médicamenteuses, lever et mobilisation systématique...).	En grande partie	Les personnes à risque de chute sont identifiées. Une réflexion d'équipe s'engage avec la personne et sa famille en termes de conseils et d'adaptation de l'appareillage nécessaire. Un protocole de prévention et de prise en charge existe. La déclaration des chutes est effectuée à partir du logiciel dossier et leurs traitements sont organisés mais pourraient être plus efficaces avec une analyse globale des chutes périodiquement au cours de l'année.
10	14	L'autonomie motrice fait l'objet d'une évaluation périodique et d'actions de soutien appropriées.	Oui	Le projet de vie prend en compte le degré d'autonomie et de dépendance de la personne ainsi que des moyens mis en œuvre pour maintenir cette autonomie. L'intervention des kinésithérapeutes et les moyens d'aide à la marche renforcent cette démarche.
10	15	Le risque d'escarre, le risque de constipation, l'incontinence font l'objet d'une politique de prévention systématique.	En grande partie	La prévention des risques cliniques concernant l'incontinence, la constipation, les escarres sont à développer. Des actions de prévention et de traitement des escarres doivent être conduites : sensibilisation des professionnels, outils d'évaluation à formaliser (Norton, Waterloo..), protocole à réviser... Le protocole d'incontinence doit être évalué et ajusté. Une réflexion sur les risques de constipation et son traitement doit être menée.
10	16	En cas d'alitement temporaire, il existe des protocoles de prévention des attitudes vicieuses de mobilisation précoce et de restauration motrice.	En grande partie	L'équipe intervient en concertation devant les cas d'alitement temporaire. Kinésithérapeute, Infirmier et Aide-Soignant réfléchissent aux stratégies adaptées dans ces situations.
10	17	Le recours éventuel à la contention physique est effectué en conformité avec les recommandations professionnelles.	En grande partie	Les contentions dépendent d'une prescription médicale et sont restreintes. Les barrières ne sont pas considérées a priori comme des moyens de contention, mais plutôt comme un moyen de sécurisation / prévention des chutes, demandées souvent par les résidents. Les actions sont dans tous les cas discutées au cas par cas.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	18	La douleur aigue et chronique est évaluée et prise en compte en regard des traitements dispensés (médicamenteux et non médicamenteux).	Partiellement	<p>Soucieux de garantir une prise en charge de la douleur adaptée à la population accueillie, les professionnels ont mené une réflexion sur le sujet dans le cadre de la démarche d'évaluation interne. Ils ont pu mettre en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La difficulté à repérer la douleur chez les patients présentant des troubles cognitifs ou présentant des difficultés d'expression.</li> <li>• Une sous-utilisation du protocole de gestion de la douleur par les AS.</li> <li>• Le manque de formation continue sur le sujet.</li> <li>• La substitution des familles dans le traitement de la douleur, famille susceptible d'apporter des antalgiques directement à leur proche avec des risques de surdosages possibles.</li> <li>• Des difficultés dans l'évaluation des effets des traitements.</li> </ul> <p>La prise en charge de la douleur a bénéficié de nombreuses actions qui permettent aujourd'hui de faire un constat que positif sur ce thème. La douleur est repérée et évaluée. L'établissement dispose des outils nécessaires à l'évaluation de la douleur à la fois pour les résidents communicants (EVA) et non communicant (DOLOPLUS) De plus, dans le cadre des soins palliatifs, la douleur est mieux prise en compte avec l'aide de l'unité de soins palliatifs qui intervient dans l'établissement.</p>
10	19	L'avis de spécialiste est requis pour état de santé le nécessitant. L'hospitalisation d'une personne accompagnée est organisée de façon à en réduire les conséquences néfastes pour elle-même.	Oui	Les suivis d'hospitalisation sont organisés principalement avec le Centre Hospitalier de Roanne. Dans le cadre des prises en charge des personnes en fin de vie, l'EHPAD coopère avec une équipe mobile. D'autres partenariats existent avec des professionnels médicaux ou paramédicaux : neurologue, orthophonistes, opticien, radiologue, biologiste...
10	20	L'autonomie psychique fait l'objet d'une évaluation périodique et d'actions de soutien appropriées.	En grande partie	Un bilan interdisciplinaire initial est réalisé à l'entrée pour identifier les capacités cognitives de la personne (MMS...). La réévaluation n'est pas systématique, elle se fait ponctuellement en fonction de la demande des équipes. Les actions de suivi des patients atteints de troubles du comportement sont difficilement appréhendées, malgré l'intervention de la psychologue.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	21	La détérioration cognitive fait l'objet d'un accompagnement spécifique.	En grande partie	La détérioration cognitive est identifiée dès l'entrée de la personne dans l'institution lors d'un bilan interdisciplinaire. Le médecin met en place le traitement adapté et les informations sont transmises aux équipes. L'établissement dispose d'un temps de psychologue qui participe à la prise en charge des résidents. De plus, l'animatrice de la structure anime un atelier mémoire et aide ainsi au maintien des capacités cognitives. Le recours aux médecins psychiatres n'est pas toujours accessible et des difficultés sont notées dans ce cadre.
10	22	Les incidents concernant les bonnes pratiques sont identifiés et suivis d'effets.	Partiellement	Des analyses des pratiques (EPP ou APP) sont à développer (suivi du GAP).

*B - Synthèse du thème*

Nombre de "Oui"	5
Nombre de "En grande partie"	14
Nombre de "Partiellement"	3
Nombre de "Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>70%</b>



### **Synthèse**

- Les bonnes pratiques sont connues et appliquées. Elles sont déclinées en procédures disponibles dans le serveur de gestion documentaire, mais la gestion documentaire actuelle ne facilite leur accessibilité.
  - Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles sur l'intranet de la structure mais elles restent sous utilisées.
  - Les risques liés aux soins ( chutes, escarres, douleur,...) sont évalués et tracés dans le dossier résident, des protocoles de prise en charge sont disponibles.
  - Une évaluation des capacités des résidents est réalisée : une évaluation du risque de chute est réalisée dès l'admission ainsi qu'un bilan « Mémoire ».
  - Le recours à des spécialistes en cas de besoin est possible.
  - Les incidents inhérents aux bonnes pratiques de soins ne font pas systématiquement l'objet d'un signalement en dehors du dossier du résident sauf pour les fiches de chute.
- **Poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur.**
  - **Développer l'appropriation des bonnes pratiques de l'ANESM.**
  - **Mettre en place votre plan d'actions issu du DARI.**
  - **Poursuivre l'analyse des pratiques autour des risques cliniques du résident (contention, chute, détérioration cognitive...).**

### **Personnes rencontrées, observations et documents consultés**

- **Personnes ressources** : personnel, médecin coordonnateur.
- **Documents** : protocole de soins, protocoles d'hygiène appliquée, résultats d'audit, carnet sanitaire, DARI ...
- **Indicateurs** : Taux de contention, taux de chute, nombre de résidents pesés.

# Qualité et Risques

## Thème 11 : Démarche Qualité

### A - Constats

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
11	1	Les responsabilités des différents acteurs concernant la gestion de la qualité sont définies.	Oui	La politique qualité et les objectifs pour l'amélioration de la qualité sont définis au travers du projet d'établissement, de la convention et des résultats d'évaluation interne. La qualitiennne nouvellement recrutée vient d'être présentée à l'ensemble des professionnels. Elle remplace le qualicien qui était très bien identifié et avait fait l'objet d'un article de presse dans le journal local pour expliquer son rôle. Le directeur, le cadre et les autres professionnels, même s'ils n'identifient pas toujours leurs actions comme des actions d'amélioration de la qualité, la dynamique est visible et correspond aux besoins de la population accueillie.
11	2	Une organisation est mise en place pour déployer la démarche (relais qualité, accompagnement méthodologique...).	Oui	Le programme qualité s'articule autour du projet d'établissement, de la convention et des résultats de l'évaluation interne. La qualitiennne, nouvellement recrutée, a regroupé les actions dans un programme unique qui concerne l'ensemble des composantes de l'établissement.
11	3	Il existe une organisation de la qualité dans les secteurs d'activité (éventuellement référents qualité).	Oui	La démarche est engagée et le comité de pilotage du projet d'établissement et de l'évaluation interne est en place pour assurer le suivi du programme.

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
11	4	Des actions qualité sont mises en œuvre dans les différents secteurs.	Oui	Des actions qualité sont mises en œuvre dans les différents secteurs : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Démarche HACCP en restauration en lien avec le Foyer de Vie qui produit les repas.</li> <li>• Démarche RABC concernant le linge.</li> <li>• Démarche de sécurisation des objets et valeurs (mise à disposition de coffre dans les chambres des résidents).</li> <li>• Démarche de réfection des locaux permettant d'améliorer l'esthétisme des locaux.</li> <li>• Démarche d'animation.</li> <li>• Démarche d'amélioration de la prise en charge des patients en fin de vie.</li> </ul>
11	5	L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des équipes fait partie de la politique d'amélioration de la qualité.	Partiellement	Ce point est à développer davantage. Elle repose aujourd'hui sur des réunions régulières d'un groupe d'analyse de pratique. Des démarches d'appropriation des recommandations de l'ANESM est à développer.
11	6	L'établissement dispose d'un système organisé et maîtrisé de gestion de la documentation interne et externe (modalités de classement des documents, accessibilité aux documents...).	Partiellement	Un système est organisé mais il est à revoir afin qu'il soit connu des équipes. En effet, un classeur existe mais il vient d'être complété par un second classeur dans lequel on retrouve des procédures identiques.
11	7	Une organisation est en place pour assurer le suivi régulier du programme d'amélioration de la qualité.	Oui	Le suivi est réalisé par la qualitiennne et le comité de pilotage de l'évaluation interne.
11	8	Le responsable qualité ou la direction communique régulièrement sur les objectifs et priorités.	Oui	La qualitiennne assure le lien entre les plans d'actions qualité et les recommandations (veille documentaire) à mettre en œuvre avec l'équipe de direction.
11	9	Il existe un accompagnement méthodologique des acteurs des secteurs d'activité à la démarche qualité et aux outils qualité.	Partiellement	Cette démarche est en cours de révision (arrivée récente de la qualitiennne).

## B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	6
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	3
Nombre de "Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>78%</b>

### Synthèse

- La dynamique qualité de l'EHPAD est une réalité même si les professionnels n'associent pas forcément leurs actions d'amélioration avec la démarche qualité de l'institution.
- Participant à GCS, l'établissement bénéficie aujourd'hui d'un temps de qualicien de 10% soit une journée par 15aine. Laissé vacant pendant quelques mois, il vient d'être pourvu à nouveau. Sous la direction du binôme Directeur et Cadre de Santé, l'institution a développé des démarches qualité au sein de tout l'établissement en accentuant différentes actions comme l'amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement (projet architectural pour améliorer la qualité de vie de l'EHPAD), l'amélioration de la restauration en lien avec le Foyer de Vie qui produit les repas...
- Le COPIL (Comité de Pilotage) du projet d'établissement et de l'évaluation interne est aussi le groupe qui assure un suivi des actions dans le temps. Les EPP (Évaluations des Pratiques Professionnelles) ne sont pas encore trop développés mais une culture d'évaluation des pratiques commencent à naître dans l'institution sous l'impulsion du Directeur et du Cadre par l'intermédiaire de groupe d'analyse de pratique. L'établissement souhaite faire évoluer ce groupe d'analyse réflexive vers un groupe de réflexion et d'appropriation des bonnes pratiques (recommandations ANESM).
- **Poursuivre la démarche qualité et développer la culture qualité afin que les professionnels s'imprègnent de ce vocabulaire**

### Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : Le responsable amélioration de la qualité -gestion des risques, le Directeur, le Médecin coordonnateur, des usagers, des membres du CVS, les professionnels
- **Documents** : le projet d'Etablissement, le PAQ, CR d'évaluation interne, classeurs des procédures,
- **Indicateurs** : nombre FEI (chute), PAQ

## Thème 12 : Prévention des Risques

### A - Constats

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
12	1	La direction, les instances et les professionnels sont impliqués dans une politique de prévention des risques au sein de la structure.	Oui	La politique de gestion des risques est en place et développée dans le projet d'établissement et dans la démarche d'évaluation interne.
12	2	L'établissement a défini des objectifs en termes de gestion des risques.	En grande partie	Les objectifs globaux existent, et les risques a priori et a posteriori restent à définir de façon plus structurée (Cartographie, Déclaration des événements indésirables).
12	3	Il existe une réelle communication sur les objectifs et les priorités du programme de prévention des risques.	En grande partie	La communication concernant les actions du projet d'établissement a été largement développée par des informations de masse, des informations auprès des instances. La communication concernant les résultats de l'évaluation interne est encore à développer.
12	4	Une organisation est en place pour identifier et analyser les risques a priori.	Partiellement	Les démarches de gestion de risques a priori sont développées dans certains secteurs comme en restauration et en lingerie. Une approche globale est à développer (ex : interdiag ANAP pour le risque médicamenteux)
12	5	Une organisation est en place pour identifier et analyser les risques à partir des incidents et accidents survenus.	Partiellement	Les déclarations des événements indésirables ne sont pas encore développées, ni les groupes d'analyse des pratiques professionnelles ou de retour d'expérience.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
12	6	Une démarche visant à sécuriser les risques liés aux médicaments existe.	Oui	Une organisation spécifique réalisée avec la pharmacie de ville est en place et opérationnelle. Le double contrôle est réalisé. (dispensation nominative). Le stockage des médicaments (hors nominatif) est à formaliser.
12	7	Une démarche d'identification et de prévention des risques professionnels existe.	En grande partie	Le document unique est à disposition mais les postes de travail ne sont pas suffisamment individualisés. Les actions de prévention en lien avec ce document doivent être mises en œuvre.
12	8	L'établissement a anticipé une organisation en cas de situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, exercices de crise, modalités de communication, salle de crise identifiée (plan blanc, plan bleu...).	Oui	L'établissement a anticipé une organisation en cas de situation de crise : cellule de crise, plan blanc, plan canicule... Les exercices de simulation ne sont pas planifiés.

### B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	3
Nombre de "En grande partie"	3
Nombre de "Partiellement"	2
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>71%</b>

### Synthèse

- La prévention des risques est inscrite dans le souci quotidien des professionnels. Différentes actions sont développées dans ce sens (ex : restauration, coffre dans les chambres, linge, maintenance organisée et rigoureuse, sécurité incendie, document unique, déclaration des chutes...).
- L'arrivée d'un ingénieur qualité doit permettre de développer une approche plus systémique avec une cartographie des risques, un système de signalement et la définition d'un plan de prévention des risques.
- **Poursuivre le développement de la démarche de gestion des risques.**

### Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : l'ingénieur qualité, le Directeur, le Médecin coordonnateur, des usagers, des membres du CVS.
- **Documents** : Le projet d'Etablissement, le PAQ, l'évaluation interne, classeurs des procédures, document unique, carnet sanitaire, DARI.
- **Indicateurs** : FEI.

## PRECONISATIONS

Au regard des observations effectuées, des entretiens réalisés, de la consultation de documents, les évaluateurs n'émettent aucune réserve par rapport aux thèmes investigués et vous invitent à poursuivre vos démarches en vous proposant quelques actions :

- **Intégrer les indicateurs proposés par l'ANESM et cités dans votre rapport dans le suivi de l'évaluation interne.**
- **Réunir 2 fois par an le COPIL pour assurer un suivi de la démarche.**
- **Améliorer l'évaluation annuelle des professionnels.**
- **Formaliser la procédure d'accueil des nouveaux professionnels.**
- **Améliorer la destruction des documents contenant des données concernant les résidents (éviter la destruction par le circuit des DAOM).**
- **Développer l'information sur le rôle du CVS auprès des usagers.**
- **Poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur.**
- **Développer l'appropriation des bonnes pratiques de l'ANESM.**
- **Mettre en place votre plan d'actions issu du DARI.**
- **Poursuivre l'analyse des pratiques autour des risques cliniques du résident (contention, chute, détérioration cognitive...).**
- **Poursuivre la démarche qualité et développer la culture qualité afin que les professionnels s'imprègnent de ce vocabulaire.**
- **Poursuivre le développement de la démarche de gestion des risques.**



# SYNTHESE DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

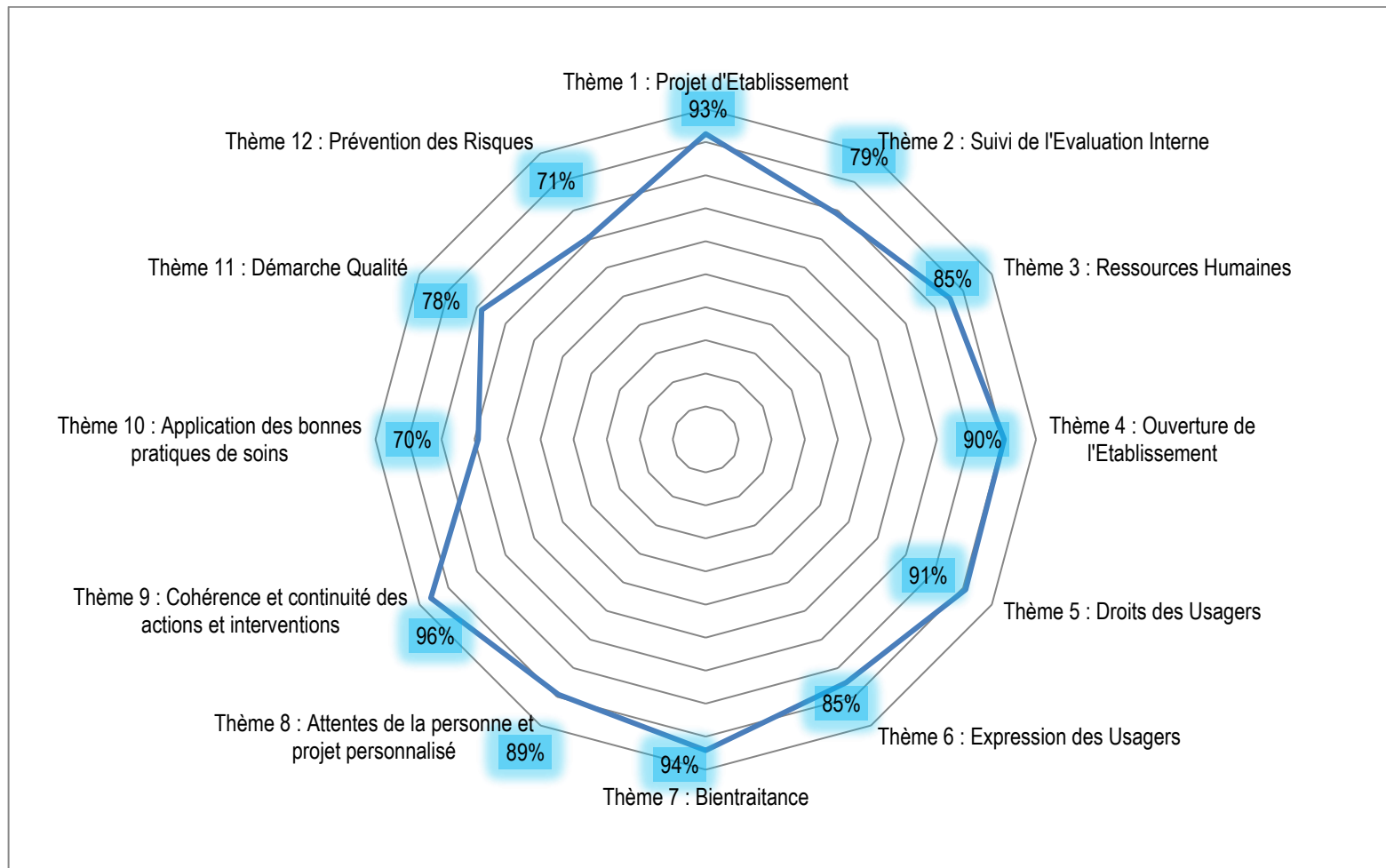
- **Le projet d'établissement** couvre la période 2011-2016, c'est un document complet qui est le fruit des travaux de l'ensemble des professionnels. Il traite de l'environnement interne et externe, des orientations du projet de vie et du projet social, et de la démarche qualité et d'évaluation de l'institution. Les différents projets sont complets, ils comportent des axes opérationnels, des objectifs, les ressources disponibles et nécessaires, et des indicateurs d'évaluation. Les travaux ont associés les acteurs de terrain dans une démarche pragmatique et réaliste. Les objectifs sont définis dans le respect des orientations du schéma régional d'orientation sanitaire.
- **L'évaluation interne** a fait suite à l'élaboration du projet d'établissement. Il s'est appuyé sur le comité de pilotage du projet d'établissement. Accompagné par un organisme, l'établissement a produit son propre référentiel d'évaluation reprenant ainsi les orientations fixées par la recommandation de l'ANESM de 2012 sur l'évaluation interne. Il a ainsi évalué les actions, leurs effets sur les 5 axes proposés dans cette recommandation. Il s'agit d'un travail d'une grande qualité qui a mobilisé l'ensemble des acteurs de la structure, qu'ils soient professionnels ou usagers, par l'intermédiaire des représentants des familles et du Conseil d'Administration. Des groupes ont été constitués pour cette démarche à partir du comité de pilotage en associant d'autres personnes ressources en fonction des thèmes abordés. Une dizaine de réunions ont été nécessaires pour réaliser cette démarche. Environ 60 actions d'amélioration ont été identifiées et articulées avec les actions du projet d'établissement et de la convention tripartite. Réalisé en 2012, quelques actions ont déjà pu être mises en œuvre.
- **Le projet social** est intégré au projet d'établissement. Le projet social, conçu comme un facteur de progrès du dialogue social, s'appuie sur des données sociales, et développe 3 axes : l'organisation de travail, la gestion des compétences et des effectifs, la communication interne et l'écoute du personnel. L'ouverture de l'établissement est un point fort de la structure. Elle présente 2 aspects complémentaires : maintien de la vie sociale des résidents et coopération entre les établissements pour améliorer la qualité de leurs prises en charge. Une animatrice diplômée organise de nombreuses activités selon les projets d'animation définis. Un environnement favorable au maintien de la vie sociale est instauré avec tous les acteurs potentiels, membres des équipes soins, familles, bénévoles et partenaires, pour multiplier et dynamiser les activités et les manifestations festives. La direction de l'établissement est particulièrement impliquée dans le développement de coopérations, en particulier avec le cabinet médical, l'officine de ville pour la sécurisation des médicaments, mais également avec les structures hospitalières, écoles, etc. Ces 2 aspects complémentaires développés avec beaucoup de volonté et de réussite, lui permettent d'être un acteur essentiel au sein de sa localité.
- **Le respect des droits des usagers** est intégré dans les valeurs institutionnelles et celles des professionnels. Les droits des usagers sont affirmés dans le règlement intérieur et le livret d'accueil. Le résident a le libre choix des prestations, le contrat de séjour en détaille la liste et le coût. La personnalisation de la prise en charge débute dès l'admission, par une évaluation des capacités et par un recueil d'informations concernant les habitudes de vie. La confidentialité des informations de santé est garantie par l'organisation (relève porte fermée, PC fixe dans les salles de soins et dossier papier dans local sous clé).

- **L'expression des usagers** est facilitée par un dispositif d'écoute opérationnel : CVS et enquête de satisfaction. Une boîte à idée existe mais elle n'est pas encore utilisée, même si elle est connue des usagers. Les usagers ne sont pas suffisamment informés concernant le rôle du CVS mais les résultats de l'enquête de satisfaction montrent une satisfaction générale au-dessus de 88% et sur la question de l'information, une satisfaction de 90%. Le CVS se réunit régulièrement et les comptes rendus sont disponibles. L'expression des attentes et des besoins de l'utilisateur est recueillie au travers des recueils de données précédant la réalisation du projet personnalisé.
- **La bientraitance** s'inscrit dans la culture de l'établissement et est soutenue par une politique de promotion de la bientraitance claire et affichée (livret d'accueil du résident). Le livret d'accueil des nouveaux agents intègre la question du droit des usagers et de la bientraitance. La procédure de signalement d'événement relevant de la maltraitance est disponible pour tous. La promotion de la bientraitance est un point fort de l'établissement.
- L'établissement développe une dynamique autour du **projet personnalisé**, un processus a été défini et l'élaboration se pratique en équipe dans le cadre de réunions pluridisciplinaires. L'élaboration des projets est supervisée par l'encadrement infirmier et la psychologue. L'animatrice a une part active dans cette démarche. Dans le cadre du projet personnalisé, un référent résident est désigné. Les objectifs sont contractualisés avec le résident, mais sa participation à l'élaboration se limite souvent à l'étape du recueil d'informations.
- **La continuité de la prise en charge** est assurée grâce à un "dossier résident" (informatique) partagé contenant des informations actualisées. Il existe des temps d'échanges plusieurs fois par jour entre soignants (relève) et sous forme de staff avec le médecin coordonnateur. Le lien qui existe entre un cabinet médical, dont les médecins suivent la majorité des résidents, participe à la qualité de la prise en charge et constitue un point fort de l'établissement.
- **Les bonnes pratiques** sont connues et appliquées. Les bonnes pratiques de soins sont déclinées en procédures disponibles dans le serveur de gestion documentaire, mais la gestion documentaire actuelle ne facilite leur accessibilité. Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles sur l'intranet de la structure mais il reste sous utilisé. Les risques liés aux soins (chutes, escarres, douleur,...) sont évalués et tracés dans le dossier résident, des protocoles de prise en charge sont disponibles. Une évaluation des capacités des résidents est réalisée : une évaluation du risque de chute est réalisée dès l'admission ainsi qu'un bilan « Mémoire ». Le recours à des spécialistes en cas de besoin est possible. Les incidents inhérents aux bonnes pratiques de soins ne font pas systématiquement l'objet d'un signalement en dehors du dossier du résident, sauf pour les fiches de chute.
- **La dynamique qualité** de l'EHPAD est une réalité, même si les professionnels n'associent pas forcément leurs actions d'amélioration avec la démarche qualité de l'institution. Participant à GCS, l'établissement bénéficie aujourd'hui d'un temps de qualitatif de 10% soit une journée par 15aine. Laisse vacant pendant quelques mois, il vient d'être pourvu à nouveau. Sous la direction du binôme Directeur et Cadre de Santé, l'institution a développé des démarches qualité au sein de tout l'établissement en accentuant différentes actions comme l'amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement (projet architectural pour améliorer la qualité de vie de l'EHPAD), l'amélioration de la restauration en lien avec le Foyer de Vie qui produit les repas... Le COPIL (Comité de Pilotage) du projet d'établissement et de l'évaluation interne est aussi le groupe qui assure un suivi des actions dans le temps. Les EPP (Évaluations des Pratiques Professionnelles) ne sont pas encore trop développées mais une culture d'évaluation des pratiques commencent à naître dans l'institution sous l'impulsion du Directeur et du Cadre par l'intermédiaire de groupe d'analyse de pratique. L'établissement souhaite faire évoluer ce groupe d'analyse réflexive vers un groupe de réflexion et d'appropriation des bonnes pratiques (recommandations ANESM).

- **La prévention des risques** est inscrite dans le souci quotidien des professionnels. Différentes actions sont développées dans ce sens (ex : restauration, coffre dans les chambres, linge, maintenance organisée et rigoureuse, sécurité incendie, document unique, déclaration des chutes...). L'arrivée d'un ingénieur qualité doit permettre de développer une approche plus systémique avec une cartographie des risques, un système de signalement et la définition d'un plan de prévention des risques.

# PRESENTATION GRAPHIQUE :

## Représentation 1



<b>Management de l'Etablissement</b>	<b>87%</b>
• Thème 1 : Projet d'Etablissement	93%
• Thème 2 : Suivi de l'Evaluation Interne	79%
• Thème 3 : Ressources Humaines	85%
• Thème 4 : Ouverture de l'Etablissement	90%
<b>Droits des Usagers et Politique de Bienveillance</b>	<b>90%</b>
• Thème 5 : Droits des Usagers	91%
• Thème 6 : Expression des Usagers	85%
• Thème 7 : Bienveillance	94%
<b>Prise en charge de l'Usager</b>	<b>85%</b>
• Thème 8 : Attentes de la personne et projet personnalisé	89%
• Thème 9 : Cohérence et continuité des actions et interventions	96%
• Thème 10 : Application des bonnes pratiques de soins	70%
<b>Qualité et Risques</b>	<b>74%</b>
• Thème 11 : Démarche Qualité	78%
• Thème 12 : Prévention des Risques	71%

**Score global : 84%**

# ABREGE DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

## 1. La démarche d'évaluation interne

Item : Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats, de participation des usagers.	
Forces / Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation interne a fait suite à l'élaboration du projet d'établissement.</li> <li>• Il s'est appuyé sur le comité de pilotage du projet d'établissement.</li> <li>• Accompagné par un organisme, l'établissement a produit son propre référentiel d'évaluation reprenant ainsi les orientations fixées par la recommandation de l'ANESM de 2012 sur l'évaluation interne. Il a ainsi évalué les actions, leurs effets sur les 5 axes proposés dans cette recommandation.</li> <li>• Il s'agit d'un travail d'une grande qualité qui a mobilisé l'ensemble des acteurs de la structure, qu'ils soient professionnels ou usagers, par l'intermédiaire des représentants des familles, et du Conseil d'Administration.</li> <li>• Des groupes ont été constitués pour cette démarche à partir du comité de pilotage en associant d'autres personnes ressources en fonction des thèmes abordés. Une dizaine de réunions ont été nécessaires pour réaliser cette démarche.</li> <li>• Environ 60 actions d'amélioration ont été identifiées et articulées avec les actions du projet d'établissement et de la convention tripartite.</li> <li>• Réalisé en 2012, quelques actions ont déjà pu être mises en œuvre.</li> </ul>	<p>Pas de préconisation mais les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique avec les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <i>Intégrer les indicateurs proposés par l'ANESM et cités dans votre rapport dans le suivi de l'évaluation interne.</i></li> <li>→ <i>Réunir 2 fois par an le COPIL pour assurer un suivi de la démarche.</i></li> </ul>

## 2. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM relatives à l'EHPAD

Items : Les modalités de prise en compte des recommandations des bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM.	
Forces / Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La direction de l'EHPAD assure une veille documentaire et diffuse aux professionnels les informations, les recommandations ou les nouveaux textes qui les concernent.</li> <li>• « Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles » publiées par l'ANESM sont diffusées par l'intermédiaire de l'intranet accessible sur l'ensemble des postes informatiques.</li> <li>• Les professionnels ne sont pas encore appropriés ce système et les recommandations qui y sont associées.</li> </ul>	<p>Pas de préconisation mais les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique avec les actions suivantes :</p> <p>→ <i>Développer l'appropriation des bonnes pratiques de l'ANESM</i></p>

## 3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

Items : L'actualisation du projet d'établissement.	
Forces / Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le projet d'établissement couvre la période 2011-2016, c'est un document complet qui est le fruit des travaux de l'ensemble des professionnels.</li> <li>• Il traite de l'environnement interne et externe, des orientations du projet de vie et du projet social, et de la démarche qualité et d'évaluation de l'institution.</li> <li>• Il comporte des axes opérationnels, des objectifs, les ressources disponibles et nécessaires et des indicateurs d'évaluation.</li> <li>• Les travaux ont associés les acteurs de terrain dans une démarche pragmatique et réaliste.</li> <li>• Les objectifs sont définis dans le respect des orientations du schéma régional d'orientation sanitaire.</li> </ul>	

Items : Gestion des ressources humaines	
Forces / Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet social est intégré au projet d'établissement.</li> <li>Il est conçu comme un facteur de progrès du dialogue social, s'appuie sur des données sociales, et développe 3 axes : l'organisation de travail, la gestion des compétences et des effectifs, la communication interne et l'écoute du personnel</li> </ul>	<p>Pas de préconisation mais les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique avec les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Améliorer l'évaluation annuelle des professionnels</li> <li>→ Formaliser la procédure d'accueil des nouveaux professionnels</li> </ul>

## 4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel

Items : Les partenariats mis en place.	
Forces / Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'ouverture de l'établissement est un point fort de la structure.</li> <li>Elle présente 2 aspects complémentaires : maintien de la vie sociale des résidents et coopération entre les établissements pour améliorer la qualité de leurs prises en charge.</li> <li>Une animatrice diplômée organise de nombreuses activités selon les projets d'animation définis. Un environnement favorable au maintien de la vie sociale est instauré avec tous les acteurs potentiels, membres des équipes soins, familles, bénévoles et partenaires pour multiplier et dynamiser les activités et les manifestations festives.</li> <li>La direction de l'établissement est particulièrement impliquée dans le développement de coopérations, en particulier avec le cabinet médical, l'officine de ville pour la sécurisation des médicaments, mais également avec les structures hospitalières, écoles, etc.</li> <li>Ces 2 aspects complémentaires développés avec beaucoup de volonté et de réussite, lui permettent d'être un acteur essentiel au sein de sa localité</li> </ul>	



## 5. Personnalisation de l'accompagnement

Items : Condition d'élaboration du projet personnalisé	
Forces / Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'établissement développe une dynamique autour du projet personnalisé, un processus a été défini et l'élaboration se pratique en équipe dans le cadre de réunions pluridisciplinaires.</li> <li>• L'élaboration des projets est supervisée par l'encadrement infirmier et la psychologue.</li> <li>• L'animatrice a une part active dans cette démarche. Dans le cadre du projet personnalisé, un référent résident est désigné.</li> <li>• Les objectifs sont contractualisés avec le résident, mais sa participation à l'élaboration se limite souvent à l'étape du recueil d'informations.</li> </ul>	

## 6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items : Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	
Forces / Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'expression des usagers est facilitée par un dispositif d'écoute opérationnel : CVS et enquête de satisfaction.</li> <li>• Une boîte à idée existe mais elle n'est pas encore utilisée, même si elle est connue des usagers.</li> <li>• Les usagers ne sont pas suffisamment informés concernant le rôle du CVS mais les résultats de l'enquête de satisfaction montrent une satisfaction générale au-dessus de 88% et sur la question de l'information, une satisfaction de 90%.</li> <li>• Le CVS se réunit régulièrement et les comptes rendus sont disponibles.</li> <li>• L'expression des attentes et des besoins de l'utilisateur est recueillie au travers des recueils de données précédant la réalisation du projet personnalisé.</li> </ul>	<p>Pas de préconisation mais les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique avec les actions suivantes :</p> <p>→ <i>Développer l'information sur le rôle du CVS auprès des usagers</i></p>

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

Items : Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité	
Forces / Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le respect des droits des usagers est intégré dans les valeurs institutionnelles et celles des professionnels.</li> <li>Les droits des usagers sont affirmés dans le règlement intérieur et le livret d'accueil.</li> <li>Le résident a le libre choix des prestations, le contrat de séjour en détaille la liste et le coût.</li> <li>La personnalisation de la prise en charge débute dès l'admission, par une évaluation des capacités et par un recueil d'information concernant les habitudes de vie.</li> <li>La confidentialité des informations de santé est garantie par l'organisation (relève porte fermée, PC fixe dans les salles de soins et dossier papier dans local sous clé).</li> </ul>	<p>Pas de préconisation mais les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique avec les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Améliorer la destruction des documents contenant des données concernant les résidents (éviter la destruction par le circuit des DAOM).</li> <li>→ Poursuivre la démarche qualité et développer la culture qualité afin que les professionnels s'imprègnent de ce vocabulaire.</li> <li>→ Poursuivre le développement de la démarche de gestion des risques.</li> </ul>
Items : Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement	
Forces / Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les bonnes pratiques sont connues et appliquées.</li> <li>Les bonnes pratiques de soins sont déclinées en procédures disponibles dans le serveur de gestion documentaire, mais la gestion documentaire actuelle ne facilite leur accessibilité.</li> <li>Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles sur l'intranet de la structure mais il reste sous utilisé. Les risques liés aux soins (chutes, escarres, douleur,...) sont évalués et tracés dans le dossier résident, des protocoles de prise en charge sont disponibles.</li> <li>Une évaluation des capacités des résidents est réalisée : une évaluation du risque de chute est réalisée dès l'admission ainsi qu'un bilan « Mémoire ».</li> <li>Le recours à des spécialistes en cas de besoin est possible. Les incidents inhérents aux bonnes pratiques de soins ne font pas systématiquement l'objet d'un signalement en dehors du dossier du résident, sauf pour les fiches de chute.</li> </ul>	<p>Pas de préconisation mais les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique avec les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur.</li> <li>→ Mettre en place votre plan d'actions issu du DARI.</li> <li>→ Poursuivre l'analyse des pratiques autour des risques cliniques du résident (contention, chute, détérioration cognitive...).</li> </ul>

## 8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

La dynamique existe au sein de l'établissement depuis de nombreuses années.

L'implication des professionnels dans la vie institutionnelle est ressortie de la visite d'évaluation externe réalisée. La qualité des échanges (individuels et collectifs), la pertinence des constats, des propos, des interrogations, ont constitué un matériau riche pour l'ensemble de la démarche.

Au regard de l'analyse et du diagnostic, mettant en relief la dynamique et la qualité du travail réalisé au sein de l'établissement, qui se reflète dans un score global très performant (84%), il a semblé aux évaluateurs qu'il était nécessaire d'inviter l'institution à poursuivre ses actions, en suggérant quelques pistes qui méritent une attention particulière. D'autant plus que certaines d'entre elles (le futur projet d'établissement, les ressources humaines, l'ouverture de l'établissement, le projet personnalisé) s'inscrivent déjà dans une dynamique courante au sein de l'établissement.

L'EHPAD du Parc se révèle un établissement de référence dans son territoire. Sous l'impulsion de son Directeur, de son Cadre de Santé et de l'Animatrice, et les actions conjuguées d'une équipe très motivée et compétente, l'EHPAD obtient une réussite remarquable vis-à-vis des personnes accueillies.

## 9. Méthodologie de l'évaluation externe

Préparation de la visite.	Une rencontre avec la direction a eu lieu au sein de l'établissement afin de lancer la mission et de préparer la visite. Une présentation de la démarche aux équipes a été réalisée à deux reprises. Des documents ont été demandés et analysés. Un planning d'intervention a été proposé et validé par l'établissement.
La visite d'évaluation.	La visite d'évaluation a été menée par deux évaluateurs de profils professionnels différents : qualicien et directrice des soins (aujourd'hui directrice qualité). Des entretiens individuels et collectifs ont été réalisés avec les professionnels, représentants du CVS, représentant du CA, usagers.... Des documents ont été consultés sur place pour approfondir le recueil d'informations et l'analyse.
Le rapport d'évaluation externe.	Le rapport réalisé par les évaluateurs a été transmis à un groupe de relecture, indépendant de l'équipe d'évaluateurs. Le pré-rapport a ensuite été transmis au commanditaire pour mise en débat, procédure contradictoire, avant remise du rapport définitif.

## 10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>L'Evaluation Externe s'est déroulée dans un excellent climat et était organisée de façon précise.</p> <p>Préparée en amont, présentée clairement aux équipes, la démarche a bien permis d'évaluer les pratiques de la structure et d'en remarquer les points forts comme les points faibles.</p>	<p>Les conclusions sont conformes à l'idée que nous avons de notre Etablissement.</p> <p>Les actions à mettre en œuvre proposées par les Evaluateurs sont bien celles sur lesquelles l'Etablissement souhaite travailler.</p>

## Vos interlocuteurs pour ce dossier

**Vanessa MEDJEBEUR**  
Responsable régionale  
v.medjebeur@grieps.fr

**Marlène MULLER**  
Assistante régionale  
Tél. 04 72 66 20 32  
m.muller@grieps.fr



[www.grieps.fr](http://www.grieps.fr)

Les Berges du Rhône  
64, avenue Leclerc  
69007 Lyon

Tél. 04 72 66 20 30  
Fax. 04 72 66 20 44

[contact@grieps.fr](mailto:contact@grieps.fr)

Société anonyme coopérative  
et participative à capital variable  
**SIÈGE SOCIAL**  
58 à 60, avenue Leclerc - Bâtiment 64  
69007 Lyon

**SIREN 414 862 672 RCS Lyon**  
**Centre de formation n°82 69 0577869**  
**Code APE 8559A**  
**TVA/CEE FR 40 414 862 672 000 48**