



ALLIANCE ET PERFORMANCE

**RAPPORT
D'ÉVALUATION EXTERNE**

Etablissement évalué :

EHPAD DE BAUD
rue de Pont Augan
56150 BAUD



ALLIANCE ET PERFORMANCE
Responsable Evaluation : Joseph ISNARD

Evaluateur : Joseph ISNARD

Date : 30 Décembre 2014

Partie n°1 :pages 3 à 8

"Eléments de cadrage"

1.1 Volet relatif à l'établissement

1.2 Volet relatif au cadre législatif et réglementaire

Partie n°2 :pages 9 à 29

"La procédure d'évaluation externe"

2.1 Elaboration du plan d'évaluation

2.2 Co-élaboration du questionnaire évaluatif

2.3 Approche

Partie n°3 :pages 30 à 47

"Les développements informatifs" :

3.1 Analyse stratégique à partir du modèle de Marchesnay

3.2 Appréciation globale en 7 points

3.3 Cotation de l'appréciation globale en 7 points

Partie n°4 :pages 48 à 87

"Les résultats de l'analyse détaillée"

4.1 Examens des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

4.2 Examen thématique et registres spécifiques (décret 2007-975)

Partie n°5 :pages 88 à 111

"Synthèse de l'évaluation"

A partir du modèle proposé par l'ANESM et selon l'outil d'analyse SWOT

Partie n°6 :pages 112 à 115

Récapitulatif : propositions et observations complémentaires

ANNEXES :pages 116 à 124

Le questionnaire évaluatif

Le contrat d'évaluation externe

PARTIE N°1

« ELEMENTS DE CADRAGE »

1.1 Volet relatif à l'établissement

1.2 Volet relatif au cadre législatif et réglementaire

1.1. VOLET RELATIF AU SERVICE

1.1.1. Présentation de l'établissement EHPAD Pierre de Francheville

L'EHPAD « Le Clos des Grands Chêne » est situé à Baud dans le Morbihan, à mi-chemin entre les villes d'Auray et de Pontivy (environ 25 kms). Sa Situation géographique lui permet une réponse territoriale intéressante et accentue l'attractivité de la commune.

Il accueille des résidents originaires du canton de BAUD principalement (GUENIN, SAINT BARTHELEMY) et des communes de CAMORS, PLUVIGNER, LOCMINE, LANGUIDIC.

De construction nouvelle et récente avec une architecture qui se confond dans le parc paysager et verdoyant, l'EHPAD reste à proximité du centre-ville. La philosophie de ce nouvel EHPAD est d'accorder une priorité aux conditions de vie du résident afin qu'il retrouve un environnement familial mais suffisamment ouvert pour lui permettre de conserver ou de créer du lien social.

L'EHPAD dépend de la Fonction Publique Hospitalière et dispose d'une capacité d'accueil de 80 places avec un service dédié à l'accueil de personnes âgées présentant des troubles cognitifs associé à de la déambulation mais restant accessible à la rééducation cognitive.

L'établissement est habilité à l'Aide Sociale.

- **Leur objectif** est d'accompagner avec respect le résident en préservant son autonomie avec le souci permanent de concilier la satisfaction des attentes individuelles et les exigences de la vie collective.

1. Améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge

- Proposer un cadre de vie adapté aux besoins individuels des personnes accueillies (mises aux normes)
- Développer les bonnes pratiques de prise en charge tout au long du séjour

2. Diversifier l'offre d'hébergement et prise en charge de la dépendance

- Hébergement permanent
- Service dédié aux malades Alzheimer

3. Adapter les ressources de l'établissement à la population accompagnée

4. Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité

- **L'organisation.**

Les effectifs autorisés sont de 54,15 ETP pour 80 résidents en hébergement permanent, une place en hébergement temporaire.

Les 81 résidents sont répartis dans l'EHPAD en 4 Maisons autour d'une zone commune appelée « place du village » :

- ❖ La « Maison de la campagne » : 13 places
- ❖ La Maison de la Dune :
- ❖ La Maison du Sous-bois : } 22 ou 23 places
- ❖ La Maison du Soleil :

Une équipe dédiée de 6 AS/AMP/ASH est affectée à chaque maison. Les repas sont pris en commun dans la salle de restaurant. Chaque résident est suivi par un référent en charge de la synthèse de son projet de vie individuel (toutes les 6/7 semaines). Les activités d'animation sont assurées par l'animatrice mais également par le personnel soignant sur un temps dédié. Une culture de la bientraitance est prégnante et l'appui du concept « humanitude » est le socle d'un savoir-faire partagé dans l'approche du sujet âgé en situation de vulnérabilité.

➤ **Insertion de l'établissement dans son environnement**

Bonne insertion dans le tissu local : quartier résidentiel et pavillonnaire pour l'EHPAD au cœur de la commune à proximité de toutes les commodités de la ville.

Il offre un cadre de vie accessible, moderne et lumineux.

1.1.2. Autorisation et Contrôle

- 1ere autorisation de fonctionnement : 01/01/2001
- 1ere autorisation en EHPAD lors de la signature de la 1ere convention Tripartite 2003 . 2nde convention tripartite 2009
- L'EHPAD est un établissement public autonome de la Fonction Hospitalière au tarif global.

1.1.3. Capacité de prises en charge et secteur d'intervention

Aujourd'hui, la capacité totale est de 81lits avec une unité dédiée aux malades Alzheimer de 13 lits et un lit d'hébergement temporaire.

1.1.4. Caractérisation de la population prise en charge auprès de laquelle l'activité est déployée

-l'âge moyen des résidents est de :

- 85ans

-GMP est de 683 au 01/07/2013

-PMP est de 164 en 2013

1.1.5 La spécification des objectifs

Les objectifs généraux de l'EHPAD répondent aux cinq objectifs génériques communs à l'ensemble des ESMS :

- ✓ Garantir les droits individuels et collectifs des résidents (Chartre de la Bientraitance et Formation Humanitude)
- ✓ Prévenir les risques des résidents liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents (13 lits dans la Maison de la Campagne)
- ✓ Maintenir les capacités des résidents dans les actes de la vie quotidienne et les accompagner dans leur situation de dépendance
- ✓ Personnalisation des accompagnements
- ✓ Les accompagner lors de leur fin de vie.

1. 1.1.6 Evaluation

La démarche mise en œuvre par l'établissement pour conduire son évaluation interne s'est appuyée sur le « référentiel de bonnes pratiques » Qualit'Eval. En complément de ce référentiel, la démarche s'est appuyée sur les procédures et tous les modes opératoires existants et qui s'imposent aux professionnels.

Le Comité de pilotage a mené l'évaluation interne les 1/2/3 octobre 2012. Les 8 thèmes ont été traités :

- ✓ La Garantie des droits individuels
- ✓ La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents
- ✓ Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement des situations de dépendance
- ✓ La personnalisation de l'accompagnement
- ✓ L'accompagnement de fin de vie
- ✓ Le projet de l'établissement
- ✓ L'établissement dans son environnement
- ✓ L'organisation générale de l'établissement

Ces 3 jours ont permis de dégager les axes de travail prioritaires

- ✓ La fin de vie
- ✓ La prise en charge de la douleur
- ✓ La contention et la prévention des chutes
- ✓ La prévention des escarres
- ✓ Le temps du repas et la prévention de la dénutrition
- ✓ L'animation
- ✓ Le projet de vie individuel

Un comité de pilotage a été constitué dans une démarche participative volontaire avec toutefois des conditions comme celle de la présence obligatoire d'un référent soignant de chaque maison.

L'avancée des travaux a été communiquée

- Au Conseil d'Administration lors de la séance du mois d'octobre 2013
- Aux bénévoles intervenants dans l'établissement lors d'une réunion de synthèse annuelle en novembre 2013
- Au Conseil de la Vie Sociale lors de la réunion de décembre 2013

La volonté de diffusion des informations a mis en place des outils de diffusion et la communication a été largement mise en place notamment avec intranet

1.2. VOLET RELATIF AU CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

- La LOLF du 1^{er} août 2011, loi organique relative à la loi de finance.
- Loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Le Code d'Action Sociale et des Familles.
- Loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances de participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Décret du 25 juin 2004-613 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.
- Décret du 15 mai 2007-975 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe.
- Décret du 3 novembre 2010, relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution.
- Loi Kouchner 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST (Hôpital - Patients - Santé - Territoire).
- Décret 2008-1347 du 17 décembre 2008 relatif à l'information et à la formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité.
- Décret du 23 janvier 2012 ouvrant le marché de l'évaluation externe aux prestataires membres de l'U.E.
- Décret du 30 janvier 2012 fixant les conditions de prise en charge d'une démarche de certification.
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :
 - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre,
 - Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance à domicile,
 - Les attentes de la personne et le projet personnalisé,
 - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service,
 - Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux,
 - Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles,

- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles,
 - Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre de leur protection juridique,
 - Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées,
 - Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement.
- Circulaire du 23 juillet 2010 ; relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées.
 - Circulaire n° DGCS/SD2A/2011/282 du 12 juillet 2011 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance, au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence des services déconcentrés de la cohésion sociale et à la compétence du représentant de l'Etat dans le département au titre de la protection des personnes.
 - Le Guide publié par le comité de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées (décembre 2008).
 - Recommandation ANAES : « Limiter les risques de contention physique de la personne âgée ».
 - Circulaire du 19 janvier 1996 relatif au rôle et missions des aides soignantes.
 - Circulaire du 10 avril 1998 relative à la formation continue et l'adaptation à l'emploi.
 - Article R.412-1 du Code du Travail sur le document unique des risques professionnels.
 - Article L.138-26 du 17 décembre 2008 concernant la pénibilité au travail.

PARTIE N°2

« LA PROCEDURE D’EVALUATION EXTERNE »

2.1 Elaboration du plan d’évaluation

**2.2 Co-élaboration du
questionnement évaluatif**

2.3. Approche

2.1 ELABORATION DU PLAN D'EVALUATION

PHASE 1 : PREPARATION, CADRAGE DE L'EVALUATION EXTERNE	
Elaboration du plan d'évaluation	Validation du questionnaire évaluatif
	Analyse des documents et pièces techniques



PHASE 2 : DEPLOIEMENT SUR SITE (1 évaluatrice sur site)	
Réunion d'ouverture	Réalisation de l'évaluation (observations et entretiens) Du 16 et 17 Novembre 2014
	Réunion d'étape et validation 16 et 17 Novembre 2014



PHASE 3 : REDACTION CONSENSUELLE	
Elaboration du pré-rapport Novembre-Décembre 2014	Amendement Décembre 2014
	Validation du rapport 31/12/2014



PHASE 4 : RAPPORT FINAL	
Formalisation du rapport final 31/12/2014	Abrégé du rapport + Synthèse du rapport 31/12/2014
	Restitution finale 2014

2.2 CO-ELABORATION ET VALIDATION DU QUESTIONNEMENT EVALUATIF

Questionnaire évaluatif conféré en annexe.

2.3 APPROCHE

L'analyse des documents permet d'évaluer :

- La conformité des différents documents produits par l'établissement en référence avec les textes législatifs (loi 2002, CAFS, réglementation liée à la sécurité et à la sécurité du travail RBPP)
- La qualité des documents et leur modalité de présentation afin d'en faciliter la compréhension et l'appropriation par les usagers
- L'adéquation de ces différents documents entre eux, les modalités de réalisation, de diffusion et de validation

2.3.1. Réception des documents généraux et des pièces techniques

Réception des neuf pièces techniques

N° PIECE	DESIGNATION	FOURNIE	NON FOURNIE
1	Identification de la personne physique ou morale gestionnaire Arrêtés d'autorisation Habilitation à l'aide sociale N°FINESS	X	
2	Autorisation avec le descriptif des activités et du public Organigramme Document relatif au personnel (effectif / catégorie) Convention tripartite	X	
3	Projet de service et autres documents utilisés	X	
4	Livret d'accueil	X	
5	Règlement de fonctionnement	X	
6	Document individuel de prise en charge DIPC	X	
7	Conseil de vie sociale (CVS) Election et composition Compte rendu Règlement intérieur du CVS Questionnaire de satisfaction (QS) :		
8	Documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité DUERP DARI PMS RABC Registre de sécurité Plan Bleu Fiches d'évènements indésirables Document sur la prévention des risques de maltraitance	X X X X X X	
9	Résultats de l'évaluation interne Suite de l'évaluation interne	X	

2.3.2. Conformité des documents généraux et des pièces techniques

1. Projet d'établissement	Validé	Remarques
Le projet pose les principes d'action et les orientations pour les 5 ans à venir	x	2009-2014 Nouvelle version en cours de réécriture
Le projet d'établissement est en adéquation avec la mission autorisée	x	Projet d'établissement
Le projet d'établissement intègre les valeurs des références théoriques et méthodologiques	x	Projet d'établissement p 4,5
Le projet d'établissement présente les caractéristiques de la population accompagnée et son évolution	X	Projet d'établissement p11 et 12
Le projet d'établissement indique la progression constante des pratiques pour s'adapter aux besoins de la population accompagnée	X	Projet d'établissement Tableau de bord de l'évaluation interne ; démarche d'amélioration continue
Les objectifs généraux sont précisés et en cohérence avec la mission et les besoins des usagers accompagnés.	X	.
Les objectifs opérationnels constituent un référentiel de bonnes pratiques pour les intervenants (professionnels, bénévoles, stagiaires)	X	
L'organisation interne de l'offre de service est définie	X	Projet d'établissement : missions des personnels et répartition de la population par quartier
L'ancrage de l'établissement dans le territoire est spécifié ainsi que son ouverture sur son environnement	X	Projet d'établissement
Le projet d'établissement intègre la bientraitance et la prévention de la maltraitance	X	
Le projet d'établissement a été élaboré de manière participative	X	Participation directe des usagers, pas de participation des familles et des membres du CA
Le projet de service a été présenté et validé par les instances (CA-IRP)	X	Pas d'information écrite sur le document
Le projet de service présente une version simplifiée (synthèse essentielle)		Non

2. Le livret d'accueil	Validé	Remarques
Contenu obligatoire (circulaire n°138n DGS du 24/03/2001)	x	
Situation géographique	x	
Voie et accès		Pas d'indication
Noms et coordonnées des responsables	x	Les noms sont mentionnés
Les formalités administratives d'admission	x	
Les conditions d'accueil et d'hébergement	x	Information générale
Les prestations fournies	x	
Les formes de participation des personnes accompagnées	x	
La sécurisation du dossier (traitement des données médicales et protection)		Pas d'information dans le document
Consultation du dossier		Pas d'indications
La possibilité de consulter le projet d'établissement		Pas d'indications
Les informations concernant la personne qualifiée		P 5
Les documents annexes (charte des droits et liberté)	x	

3. Règlement de fonctionnement	Validé	Remarques
Contenu obligatoire (article L 311-7 du CAFS)	x	Document complet
Arrêté par le CA	x	Pas d'indication écrite sur le document
Périodicité maximale à 5 ans	x	
Remis à chaque usager	x	Annexée charte droits et liberté de la PA
Modalité de l'exercice des droits	x	
Confidentialité du dossier	x	Règlement de fonctionnement
Mesures à prendre en cas d'urgence		
Comportement civil à l'égard des usagers et des professionnels	x	
Informations sur les faits de violence sur autrui et les conséquences		
Les assurances souscrites		

4. Le contrat de séjour		Remarques
Contenu conforme au décret n°2004-1274 du 26/11/2004	x	
Remis dans les 15 jours de l'admission Signé dans les mois suivant l'admission par l'utilisateur ou son représentant légal	X x	
Définition avec l'utilisateur de l'objectif de sa prise en charge	x	
Les prestations fournies	x	
Les conditions d'expression et de participation		Pas d'indication
La mention du projet de vie individualisé est écrite		Pas d'indication
La durée et les conditions de résiliation	x	Pages 9 et 10
Les conditions financières	x	Page 8
Les litiges et autres clauses		

5. Conseil de vie sociale	Validé	Remarques
Conformité (article L311-6 du CAFS). Le conseil de vie sociale a été mis en place. Si le conseil de vie sociale n'a pas été mis en place un constat de carence est établi et des groupes d'expression et de participation sont organisés.	X	
Le CVS est composé d'au moins : <ul style="list-style-type: none"> • 2 représentants des usagers • 1 représentant des familles • 1 représentant du personnel • 1 représentant de l'organisme gestionnaire 	X	
L'équilibre des représentations est respecté (plus de la moitié du conseil dans le collège des usagers)	X	
Le président est élu dans le collège des usagers	X	
Le directeur a une voix consultative	X	
Des représentants du CVS siègent au CA. La durée du mandat est conforme (un an au moins 3 ans au plus)	X	
Le CVS est réuni 3 fois dans l'année		Pas de réunion en 2014
Les thèmes abordés lors des réunions sont conformes aux exigences du CAFS	X	
Les questions posées par les membres du CVS font systématiquement l'objet d'une réponse	X	
Il existe des groupes d'expression Des enquêtes de satisfaction ont été réalisées	X	

6. Documents et dispositifs sur site concernant la sécurité	Validé	Remarques
Le document unique des risques professionnels est établi, il comporte un plan d'amélioration de prévention et de suivi	x	
Les risques DARI et PMS font l'objet de plans et procédures	x	Audit diagnostic réalisé en octobre 2014
Les affichages d'urgence sont placés aux endroits stratégiques	x	
Les produits et médicaments dangereux sont sécurisés	x	
Le personnel bénéficie de formations : <ul style="list-style-type: none"> • A l'hygiène • A la sécurité • Aux premiers secours 	X X X	} Formations cycliques
Fiche de signalement d'un événement indésirable		En cours de rédaction
Registre de sécurité	x	
Avis de la commission de sécurité	x	PV avis favorable
Contrats de maintenance/Vérifications réglementaires	X	Partiellement (carnet sanitaire à mettre en place) La mise à disposition centralisée des contrats avec le classeur de suivi
RABC	x	
Exercices et formations incendie	x	
Rapport DDPP (hygiène de restauration)	x	

7. Sécurité, lutte contre les risques de maltraitance	Validé	Remarques
Conformité à la circulaire 2010 et aux recommandations de l'ANESM Un document de référence concernant les risques de maltraitance spécifique à l'établissement a été réalisé	X	
Le personnel est informé des obligations qui lui incombent s'il constate des faits de maltraitance	x	Il existe un carnet de route Bientraitance
Les référents bientraitance ont été identifiés et formés		
Les contentions sont prescrites, évaluées et renouvelées selon un délai établi	x	Elles sont prescrites, évaluées.
Le service a mis en place une procédure concernant les événements indésirables : <ul style="list-style-type: none"> • Signalement • Analyse • Traitement • Prévention 	x	

8. Evaluation interne	Validé	Remarques
L'évaluation interne a été réalisée dans un délai de 2 ans maximum avant l'évaluation externe	x	Mise en œuvre en 1.2.3octobre 2012
L'évaluation interne a été réalisée de façon participative	x	
La méthode évaluative est conforme aux exigences de la circulaire 2011 et aux recommandations de l'ANESM	x	Elle s'appuie sur le décret, le cahier des charges et les RBPP mais tous les acteurs n'ont pas pu être associés.
Les résultats sont présentés avec l'évaluation des écarts et mise en place d'un plan d'amélioration	x	La présentation des résultats a été faite en janvier 2014.Un programme d'amélioration continue de la qualité a été édité le à la suite de l'évaluation interne.
Les résultats ont été diffusés auprès des professionnels et des usagers	X	
Les résultats ont été présentés au CVS et validés par le CA	x	

2.3.3. Analyse des documents généraux et des pièces techniques – Propositions / préconisations d'amélioration

Le Projet d'établissement

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<p>Le projet managérial du PE indique clairement les objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respecter l'identité et la liberté du résident • Promouvoir ou maintenir son autonomie • Associer la famille à la vie du résident • Faire de la résidence un lieu de vie à part entière • Développer les bonnes pratiques 	<p>Construire le nouveau projet d'établissement en s'appuyant sur la recommandation « <i>Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement</i> »</p>	
<p>L'action collective (équipe pluridisciplinaire) est mise en avant</p>		
<p>Le projet reprend les analyses de l'évaluation interne de la structure et permet d'asseoir une meilleure adaptation aux besoins</p>	<p>Reprendre les analyses de l'évaluation interne pour réécrire le PE et planifier l'actualisation annuelle</p>	
<p>Le contexte, l'environnement interne et externe est précisé</p>		
<p>La population est caractérisée</p>		
<p>Le document est structuré</p>	<p>pour améliorer la structuration du PE</p>	
<p>Il contient des valeurs, des références législatives et réglementaires</p>	<p>La réécriture du projet est une opportunité pour actualiser le contenu</p>	

<p>Le projet précise les modalités d'expression et de participation des usagers et de leur famille. L'organisation et la nature de l'offre sont indiquées dans les objectifs généraux.</p>	<p>Valoriser la place des usagers en qualité de co-auteurs dans la construction du prochain PE</p>	
<p>Les instances décisionnelles et consultatives (CA, CTE, CVS) ont été consultées</p>	<p>Il sera important de préciser dans le document les modes de participation et de validation des différentes instances.</p>	
<p>Le projet d'établissement comprend un volet projet social</p>		
<p>Les axes d'amélioration sont mentionnés et font le lien avec le plan d'amélioration continue de l'évaluation interne</p>		
<p>Le projet contient des orientations stratégiques. Synthèse rédigée et diffusée au CA, au CVS et à l'ensemble du personnel lors d'une réunion en janvier 2014</p>		
<p>Le projet a été validé par le CA, et au CTE</p>	<p>Il sera important de préciser dans le document les modes de participation et de validation des différentes instances.</p>	

Le livret d'accueil

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<p>le document est partiellement conforme à la circulaire DGSAS/SD du 24/05/2004, il donne des renseignements sur l'établissement coordonnés</p> <p>modes d'hébergement</p> <p>activités proposés</p>	<p>Il conviendrait d'annexer au livret d'accueil, la Charte de la Pa (droits et Libertés pour une mise en conformité.</p>	
<p>Il précise les engagements de l'établissement et la place des usagers de l'EHPAD concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La liberté • La responsabilité • L'écoute • Le respect <p>Certaines mentions obligatoires comme : le recours à la personne qualifiée et la sécurisation des informations sont contenues dans le règlement de fonctionnement</p>	<p>La place des usagers mériterait d'être précisée (co-auteurs/instances de représentation.)</p>	

Le règlement de fonctionnement

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
Le règlement de fonctionnement est conforme à l'article L 311-3		
Il informe les usagers sur les conditions d'admission et de séjour, il précise les responsabilités respectives		
Il mentionne la sécurisation des informations médicales		
La charte des droits et libertés est mentionnées et mise en annexe	A insérer /annexer au livret d'accueil.	
Il ne contient pas de clauses abusives		
Le règlement est présenté à l'utilisateur et signé		

Propositions	Degré d'urgence

Le contrat de séjour

Points forts		Axes d'amélioration		Observations contradictoires	
Le contrat de séjour est globalement conforme à l'article D 311 du CAFS		Indiquer les instances consultées avant d'être arrêté par le CA			
Il est remis dans les 15 jours de l'admission et signé par la direction, l'usager et ou son représentant légal		Compléter le contrat de séjour par des avenants au plus tard dans les 6 mois de l'admission.			
Il mentionne <ul style="list-style-type: none"> • Les prestations assurées • Le coût du séjour • La résiliation du contrat • Les responsabilités respectives 		Annexé l'avenant lors de la mise à jour du projet individualisé réalisé toutes les 6 à 7 semaines. L'avenant pourrait être signé tous les ans.			
Préconisation				Degré d'urgence	
Rédiger des avenants pour les contrats de séjour.				début 2015	

Conseil de vie sociale

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
Le CVS	A faire vivre	
Il est conforme au décret 2004-287 du CASF article L311-6	A valoriser dans la participation active de la vie de l'établissement	
Il est présidé par un parent de résident		
Il respecte la composition mentionnée dans le décret		
La durée du mandat est de 3 ans les attributions sont conformes		
	Renouveler les enquêtes de satisfaction. A réaliser auprès des partenaires.	

Evaluation interne

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<p>Un protocole d'évaluation a été validé en 2012. Il comporte plusieurs phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition d'un cadre évaluatif • Recueil d'informations fiables et pertinentes (référentiel qualitatif eval intégrant les RBPP) • Analyse et compréhension avec définition d'un plan d'action et l formalisation de fiches action • Rédaction, validation et communication du rapport d'évaluation 		
<p>Cette démarche a été conduite en octobre 2012. Un programme d'amélioration continue de la qualité a été édité</p>		
<p>Un comité de pilotage a eu la charge du suivi et la formalisation de la démarche.</p> <p>Des groupes de travail ont été constitués et les comptes rendus ont été diffusés par le biais de classeurs, d'intranet</p>	<p>La participation d'usagers et/ou famille aurait bonifié la démarche ; de même que la participation des partenaires.</p>	
<p>Les professionnels ont été intégrés à la démarche par le biais :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De groupe de travail • Les comptes rendus de réunion • Le plan d'amélioration 	<p>Les enquêtes de satisfaction sont à renouveler auprès des résidents, familles et salariés. Elles sont réalisées auprès des partenaires.</p>	
<p>Les indicateurs retenus sont ceux proposés Qualit'eval</p>		
<p>Le diagnostic a permis d'évaluer le niveau de réalisation des objectifs</p>		

<p>Une synthèse de l'évaluation a été rédigée par items :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du niveau d'atteinte des objectifs pour ds axes principaux décliné en axe : <ul style="list-style-type: none"> Axe1 : garantie des droits individuels et collectifs Axe2 : prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des Résidents Axe3 : maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance Axe4 : la personnalisation de l'accompagnement Axe5 : accompagnement de fin de vie Axe6 : le projet d'établissement Axe7 : l'établissement dans son environnement Axe8 : l'organisation générale de l'établissement <p>En s'appuyant sur les RBPP</p>		
<p>Un plan d'amélioration continue de la qualité a été rédigé de façon très rigoureux et exhaustifs</p>		

2.3.4. Tableau des affichages obligatoires

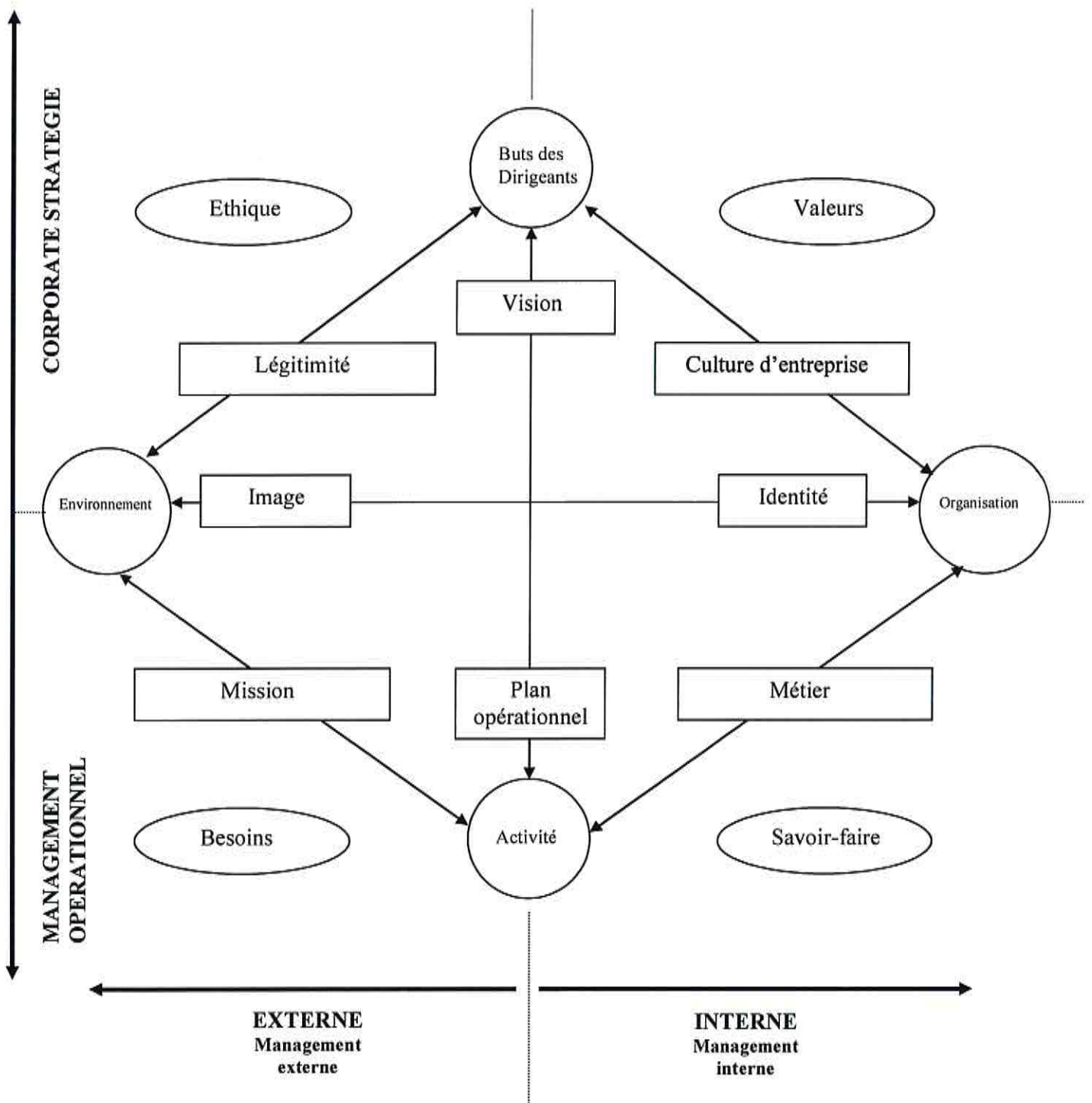
SANS OBJET

PARTIE N°3

« LES DEVELOPPEMENTS INFORMATIFS »

- 3.1 Analyse stratégique à partir du modèle de Marchesnay
- 3.2 Appréciation globale en 7 points (décret 2077-975)
- 3.3 Cotation de l'appréciation globale en 7 points

3.1 ANALYSE STRATEGIQUE A PARTIR DU MODELE DE MARCHESNAY



But des dirigeants (valeur – vision – culture)

Points forts	Axes d'amélioration
<p>La direction impulse à travers la mise en œuvre du PE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La promotion des droits des usagers • La promotion de la bienveillance • La garantie de la sécurité et du bien être des usagers • Le maintien des relations résidents familles • Le maintien de l'identité d'un lieu de vie • Le bien être des usagers et des salariés 	
La direction a opté pour des projets de rénovation pertinent pour améliorer la qualité d'accueil et d'accompagnement	
Le management du directeur est participatif et donne une place à tous et à chacun	
Il y a un réel souci de « prendre soin » des résidents	
Nous pouvons attester d'un climat serein et bienveillant	
Il existe une véritable culture du respect, convivial, familial, proximité et disponibilité.	
Projet de rénovation architectural prenant en compte les normes sur le handicap.	
La Direction aimerait bénéficier de plus de personnels pour répondre plus rapidement aux besoins et attentes des résidents. elle souhaite également améliorer les projets de vie individualisés.	

Organisation (métiers – savoir-faire)

Points forts	Axes d'amélioration
Existence de nombreux protocoles	
Réunions de transmissions journalières avec une révision méthodologique	
Dispositif alimentaire apprécié du fait d'avoir une cuisine en interne.	
Cadre organisé et souple	
Continuité des soins garantie	
Transmissions informatiques intégrées et accessibles PSI - tablettes	
Moyens matériels sont adaptés	
Une communication interne adaptée (téléphone)	
Les résidents bénéficient tous d'un projet d'accompagnement individualisé	
<p>Le projet d'établissement décrit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ -La personnalisation de l'accompagnement du résident. ▪ -La garantie des droits individuels et collectifs et la participation des usagers. ▪ -Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendances ▪ -La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents. ▪ -L'accompagnement de fin de vie. ▪ -Le projet d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. 	
Le projet d'accompagnement individualisé interdisciplinaire et basé sur les habitudes de vie du résident (recueil à l'admission)	
Le choix de maintenir l'élaboration de la cuisine en interne permet de s'adapter aux goûts et besoins des résidents : il existe une commission des menus de restauration	
Quand un salarié fait des soins dans une chambre c'est signalé pour respecter l'intimité de la personne	
Equipe pluridisciplinaire avec fort taux de qualification	
Ratio d'encadrement suffisant	
Les métiers de l'établissement servent la mission avec éthique et professionnalisme. Les fiches de poste sont rédigées avec qualité (savoir faire, savoir être)	

Activités / Prestations

Points forts	Axes d'amélioration
L'accompagnement individualisé et la réponse aux besoins spécifiques de chaque résident sont le fil conducteur de chaque activité	Indiquer les axes du PI dans un avenant au contrat de séjour
Nous avons noté une recherche permanente du bien être, de l'écoute attentive et du respect porté aux résidents	
L'accueil est anticipé avec visite de pré-admission au sein de la structure, ou à domicile si nécessaire par l'infirmière coordinatrice et la cadre de santé. Le consentement éclairé est systématiquement recherché, ainsi que son adhésion à son accompagnement.	
Elles sont variées, interdisciplinaires, individuelles ou collectives. Les activités hôtelières, de soins, d'accompagnement et d'animations concourent avec un réel engagement des équipes à la bienveillance de l'accompagnement des résidents	
Toutes les activités de l'EHPAD sont consignées et donc tracées	
L'établissement dispose d'environ 10 bénévoles qui interviennent régulièrement.	
La qualité et le professionnalisme de l'accompagnement avec une palette d'offres importantes est adaptée aux problématiques des résidents	
L'établissement est récent et dispose d'un salon de coiffure dans la place du village.	

Environnement (image / légitimité)

Points forts	Axes d'amélioration
Bonne intégration dans la commune et sur le territoire. Bonne signalétique	
Réelle intégration des familles	
Ouvert à et sur son environnement (conventions signées avec hôpital, HAD, réseaux, et autres services)	
L'EHPAD reçoit des groupes d'animation	
La qualité de l'animation favorise les rencontres thématiques et intergénérationnelles	
Bonnes relations avec les services institutionnels (médical) : <ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie (préparer les doses) • Infirmière hygiéniste (une fois par mois) • Hôpital de Pontivy • Centre Hospitalier de Lorient / Hennebont centre de Kerlivio / dispositif UCC • Consultations mémoires • Soins palliatifs centre Celaigne pour limiter la souffrance • HAD : conventions, intervention infirmières libérales • AHB de PLOUGUERNEVEL • Liens avec le Centre anti douleur de PONTIVY • Conventions avec dentiste de l'Hôpital • SPORT 56 • Diététicienne • Conventions avec Psychologue et Ergothérapeute 	

3.2 APPRECIATION GLOBALE EN 7 POINTS

3.2.1 L'adéquation des objectifs du projet par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties

Eléments recherchés	Ecartis A-B-C-D	Eléments de preuve
Le projet est en adéquation avec la mission d'un EHPAD.	A	Projet d'établissement
Le projet présente les caractéristiques de la population et son évolution.	A	Projet d'établissement (à partir de 2015)

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<p>Le projet d'établissement est en adéquation avec la mission principale qui est d'assurer un accompagnement global du résident en tentant de gommer les contraintes liées à la collectivité et à l'organisation globale des services</p>		
<p>Le public et son entourage sont identifiés et caractérisés</p>		
<p>L'étude de la liste d'attente indique que l'établissement répond aux besoins du territoire</p>		
<p>Les caractéristiques soignantes font ressortir un GMP validé à 684 avec un maintien du niveau de dépendance. PMP : 164.</p>		
<p>Les objectifs d'évolution, de progression et de développement s'organisent autour d'orientations pour les 5 années à venir et s'inscrivent dans les axes des recommandations de bonnes pratiques professionnelles :</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • déployer la culture de la bientraitance • suivre et évaluer régulièrement les risques liés à la santé des résidents • développer l'individualisation de l'accompagnement • renforcer l'accessibilité du bâtiment • poursuivre le travail en réseau 		

3.2.2 Cohérence des différents objectifs entre eux

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Les objectifs des projets (projet de vie, projet de soin, projet d'animation et de vie sociale) sont cohérents et complémentaires	B	Projet d'établissement Projet personnalisé
La cohérence de ces objectifs est assurée par des ressources humaines et organisationnelles	B	Projet d'établissement Entretien avec :-l'infirmière coordinatrice, le personnel de l'administration, le personnel de soin, le personnel logistique, le médecin coordonnateur, la Directrice

3.2.3 Adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
L'organigramme est connu et diffusé	A	Projet d'établissement Affichage
Des dispositifs de management sont mis en place	B	Entretien avec l'équipe d'encadrement et de terrain
L'équipe d'encadrement a des lieux d'élaboration et de réflexion	A	Entretien avec l'équipe d'encadrement
L'équipe d'encadrement est présente sur le terrain pour traiter les divergences et les dysfonctionnements	A	Entretien avec les salariés
Le personnel bénéficie d'un entretien individuel d'évaluation et de formation	A	Entretien avec la direction, l'infirmière coordinatrice
La procédure de recrutement permet de prendre en compte toutes les compétences requises	A	Entretien avec la direction
Les moyens humains, financiers et matériels sont adaptés aux objectifs du projet	B	Déploiement sur site Entretien avec les salariés et les usagers

PRECONISATIONS

Il serait souhaitable de mettre en place plus de réunions des familles et institutionnelles permettant de rappeler les missions, le sens et les règles de fonctionnement. Manque un poste d'infirmière.

3.2.4 L'existence et la pertinence de dispositifs de gestion et de suivi

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
L'établissement dispose d'outil permettant la conduite et l'évaluation des pratiques.	B	Déploiement sur site. Entretien avec les salariés, le médecin co, le cadre de santé, la Direction.
L'établissement a mis en place des tableaux de bord de gestion.	A	Etude documentaire.
Les documents de référence de l'établissement (projet, évaluation interne) font l'objet de dispositif de suivi.	A	Etude documentaire.

PRECONISATIONS

Nous vous invitons à travailler un référentiel de bonnes pratiques.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<p>Le projet d'établissement et l'évaluation interne ont permis de réaliser une évaluation des pratiques.</p> <p>Des tableaux de bord avec l'identification des objectifs, des actions, le calendrier prévisionnel et les indicateurs de réalisation ont été mis en place. Un plan de situation de progression est actualisé et diffusé auprès de tous les acteurs.</p>		
<p>Les documents de référence ont été réalisés récemment (projet d'établissement, évaluation interne) en tenant compte de la méthodologie de l'ANESM.</p>	<p>Des compléments d'information (avenant au contrat de séjour, PVI) seront à inscrire dans le contrat de séjour. Le PVI sera à contractualiser.</p> <p>La date de signature de validation par les instances sera à identifier sur les documents (RF - PE).</p>	
<p>Il existe sur l'établissement un ensemble de documents de suivi.</p>		
<p>La caractérisation de la population accompagnée et quelques autres indicateurs relatifs aux ressources humaines sont disponibles</p>		
<p>Le système documentaire est classé et structuré</p>		
<p>Il existe un dispositif de transmissions informatiques et orales entre les différentes équipes avec des outils d'aide à la prise en compte des informations (feuille de transmission soin)</p>		
<p>Il y a eu des enquêtes (2013) de satisfaction auprès des usagers et des familles avec un pourcentage de participation (30%)</p>	<p>Nous vous invitons à renouveler une enquête auprès des salariés.</p>	

3.2.5 L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Des dispositifs permettent de mesurer les effets des pratiques professionnelles.	B	Enquête de satisfaction. Déploiement sur site.
Des évaluations régulières permettent d'identifier les dysfonctionnements et d'engager des améliorations.	A	Etude documentaire. Entretien avec l'infirmière coordinatrice, le médecin CO et la direction.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<p>Les objectifs de l'établissement basés sur la qualité de l'accueil et la bienveillance sont atteints dans une large mesure et les effets produits par l'accompagnement mis en œuvre induisent des effets positifs attendus comme en témoignent nos auditions auprès des usagers et du CVS (nous avons constaté la mise en œuvre de responsables humanitude et la mise en place de toilettes évaluatives)</p>	<p>Nous vous invitons à densifier l'évaluation de l'atteinte des objectifs avec la roue de Deming :</p> <ul style="list-style-type: none"> • P : planifier, prévoir • D : déployer, mettre en œuvre • C : contrôler, évaluer • A : ajuster, améliorer 	
<p>Les objectifs de l'établissement sont atteints et la dynamique institutionnelle tant dans sa version accueil, accompagnement que communication, inscrit une réponse globale adaptée et empathique envers le résident et sa famille.</p>		
<p>Les prestations d'accompagnement (hôtelière, soins, animation, logistique) mises en œuvre contribuent au bien être des usagers et leur apportent une vraie valeur ajoutée</p>		

3.2.6 L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés

Eléments recherchés		Ecart A-B-C-D		Eléments de preuve	
Les usagers expriment une satisfaction concernant les accompagnements et les prestations proposées		A		Entretiens avec les usagers, les familles	
Points forts		Axes d'amélioration		Observations contradictoires	
<p>Les usagers rencontrés sont tous unanimes pour qualifier les pratiques des professionnels : Disponibilité, gentillesse, respect, humanisme.</p> <p>Les effets positifs observés sont liés à des pratiques pertinentes, bien traitantes par l'ensemble de l'équipe</p> <p>L'ensemble des auditions réalisées auprès des personnels, résidents et membre du CVS, concourent à une appréciation positive des missions exercées axées sur la bienveillance. Les personnels mettent systématiquement le résident au centre de leurs pratiques et ont une volonté de bien faire et de mieux faire</p>					

3.2.7 Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations

Eléments recherchés		Ecart A-B-C-D		Eléments de preuve	
L'établissement questionne régulièrement son organisation pour l'adapter à l'évolution des besoins des usagers et à la réglementation.	A				
Le déploiement sur site permet d'évaluer les effets attendus et non attendus de cette réorganisation.	A				
Les dispositifs mis en place permettent aux professionnels de comprendre et d'adhérer à l'organisation (réunions, documents de référence, travail participatif).	A				
Points forts					
La démarche qualité a donné lieu à l'élaboration d'un système documentaire riche qui s'impose aux équipes					
La conduite d'une démarche qualité et d'amélioration continue soutenue par des réunions du comité de pilotage (projet d'établissement, évaluation interne et qualité) : point tous les 6 mois (deux à trois fois par an).					
Le personnel dans son ensemble est très ouvert à l'amélioration					
Points forts			Observations contradictoires		

3.3 COTATION DE L'APPRECIATION GLOBALE EN 7 POINTS

La méthode ABCD permet de coter les pratiques, process, procédures et protocoles.

Les niveaux de cotation sont les suivants :

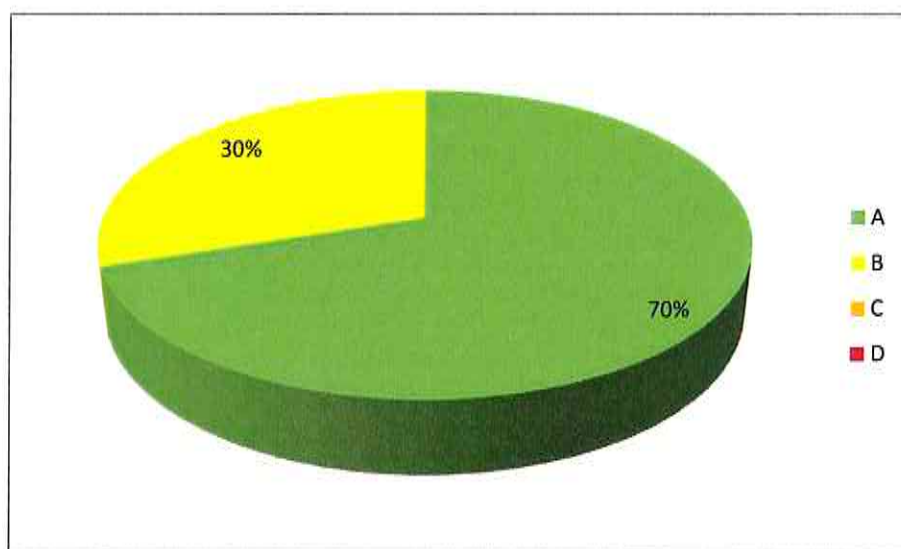
Niveau A : l'établissement ou le service délivre des prestations à un niveau suggérant qu'il satisfait parfaitement aux exigences qui découlent des exigences réglementaires et législatives et des références de bonnes pratiques professionnelles au regard des indicateurs retenus.

Niveau B : l'établissement ou le service délivre des prestations à un niveau suggérant qu'il satisfait globalement aux exigences qui découlent des exigences réglementaires et législatives.
Le niveau d'intégration des recommandations de bonnes pratiques est satisfaisant.

Niveau C : l'établissement ou le service délivre des prestations à un niveau suggérant qu'il ne satisfait que partiellement aux exigences qui découlent des exigences réglementaires et législatives et des références de bonnes pratiques professionnelles au regard des indicateurs retenus.

Niveau D : l'établissement ou le service délivre des prestations à un niveau suggérant qu'il est loin d'avoir pris en compte les exigences réglementaires et législatives et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles au regard des indicateurs retenus.

Cotation de l'appréciation globale en 7 points



A : 14 soit 70%

B : 6 soit 30%

C : 0

D : 0

PARTIE N°4

« LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE »

- 4.1 Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

- 4.2 Examen thématique et registres spécifiques (décret 2007-975)

4.1 EXAMEN DES SUITES RESERVEES AUX RESULTATS DE L'EVALUATION INTERNE

4.1.1 Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
L'évaluation interne a été réalisée conformément aux recommandations de l'ANESM et au cahier des charges de la circulaire 2011.	A	Etude documentaire.
L'évaluation a été réalisée de façon participative.	A	Etude documentaire. Entretien avec les agents.

4.1.2 Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
La méthode d'évaluation a permis d'établir un diagnostic.	A	Etude documentaire Déploiement sur site
Les résultats de l'évaluation interne et le plan d'amélioration ont été communiqués au personnel et aux usagers via le CVS	B	Entretiens avec les agents et les usagers

Pas de CVS depuis décembre 2013
Le prochain est prévu le 16 décembre 2014

4.1.3 Analyser la mise en œuvre, des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu

Eléments recherchés	Ecarts A-B-C-D	Eléments de preuve
Le plan d'amélioration est réalisé.	A	Etude documentaire
Les actions d'amélioration sont priorisées.	A	Etude documentaire
Durant l'évaluation externe des améliorations ont été constatées.	A	Déploiement sur site

4.1.4 Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique

Eléments recherchés	Ecarts A-B-C-D	Eléments de preuve
Le plan d'amélioration continu de la qualité indique une effectivité de la démarche	A	Etude documentaire

4.1.5 Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations

Eléments recherchés	Ecarts A-B-C-D	Eléments de preuve
L'établissement a nommé des référents qualité	A	Entretien avec le comité de pilotage
Une veille réglementaire et législative, l'étude des recommandations permettent de faire évoluer le plan d'amélioration en impulsant une démarche continue d'amélioration de la qualité.	A	Etude des documents qualité

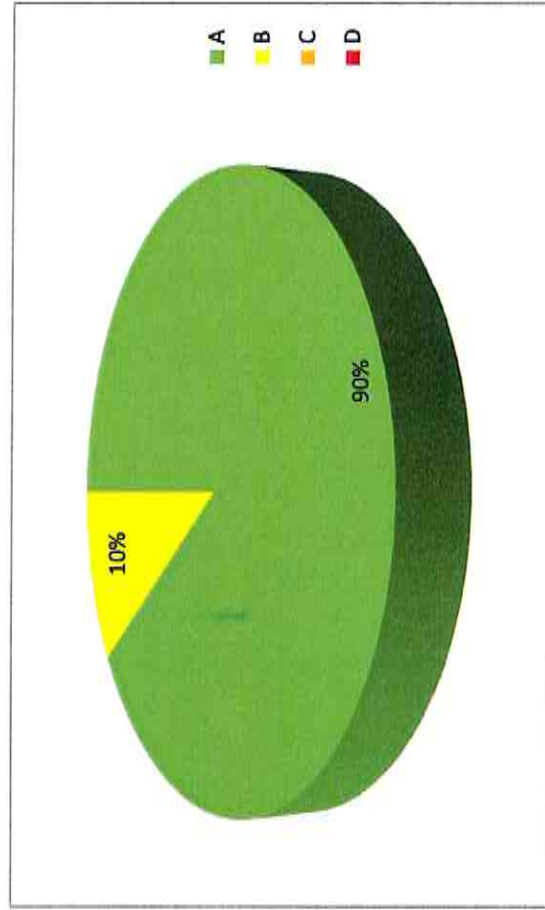
L'établissement dispose d'un référent qualité en la personne de la qualitiçienne.

4.1.6 Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne (4.1.1 à 4.1.5)

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
L'évaluation interne a été réalisée en octobre 2012.		
Elle est conforme aux exigences réglementaires (CASF), au calendrier établi (circulaire 2011) et aux orientations des RBPP.		
Les résultats ont été communiqués aux usagers via le CVS, le dispositif d'évaluation a intégré les questionnaires de satisfaction, un dialogue au quotidien à travers des conversations informelles et des activités permettant l'expression des résidents.		
Le plan d'amélioration est présenté sous forme d'un rapport d'auto évaluation		
Les actions sont prioritaires et envisagées sur 5 ans (2013-2017).		
L'évaluation externe a permis de constater des améliorations très significatives : <ul style="list-style-type: none"> • L'adaptation quotidienne de l'organisation du travail au rythme des résidents. 	Les résultats de l'évaluation interne pourraient être mis à la disposition des résidents et de leurs familles (registre à l'accueil ou flyer de communication)	

<ul style="list-style-type: none"> • L'adaptation des activités individuelles et collectives aux souhaits des résidents. • L'amélioration de l'offre alimentaire • L'amélioration du service restauration. • l'amélioration du service hygiène des locaux 		
<p>Il est à noter que cet établissement donne véritablement les moyens d'assurer une amélioration continue de la qualité. Cette volonté est portée par la Direction et mise en œuvre par des personnels engagés et impliqués.</p>		

Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne



A : 9 soit 90 %
B : 1 soit 10%
C : 0
D : 0

4.2 EXAMEN THEMATIQUE ET REGISTRES SPECIFIQUES

Les particularités liées à l'établissement

4.2.1 Analyser la capacité à prendre en compte les besoins et attentes des usagers et les interactions avec l'environnement social et familial

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
L'établissement a mis en place des modalités d'écoute et des procédures permettant dès l'accueil et tout au long du séjour de prendre en compte les besoins et attentes des usagers.	A	Etude documentaire. Entretien avec les usagers. Entretien avec les professionnels.
L'établissement favorise la relation de l'utilisateur avec ses proches en étant attentif à respecter ses choix.	A	Entretien avec les professionnels. Entretien avec les usagers et les familles.
L'établissement a mis en place des modalités d'accueil des familles et des proches.	A	Entretien avec les familles.
L'établissement s'appuie sur la compétence et la connaissance de la famille et des proches dans les modalités d'accompagnement de l'utilisateur.	A	Entretien avec les familles.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
Un recueil des éléments d'accompagnement de soin est renseigné dans le processus de pré-admission		
Le cadre de santé et l'infirmière vont si besoin rencontrer le futur résident à son domicile ou à l'hôpital. Un rencontre peut aussi être organisée dans l'établissement.		
L'équipe qui accompagne le résident met ses observations sur le logiciel de soin (PSI).		
Commission menu (2 fois par an), commissions animation prévues (usagers)		
Le personnel est attentif au choix des usagers et accompagne si besoin la famille pour qu'elle accepte le point de vue du résident.		
Les familles sont intégrées dans l'environnement du résident, elles sont accueillies, informées, soutenues et associées aux activités et manifestations.		
Le projet d'établissement et les pratiques individualisées garantissent le libre exercice des liens familiaux et facilitent les interactions avec l'environnement social		
Le projet d'établissement est écrit pour la période 2009-2014		
	Le CVS n'est pas opérant avec trois réunions annuelles (les comptes rendus	

	existent, avec prise en compte réelle du traitement des questions)	
Le CVS est équilibré dans sa composition (3 familles, 3 résidents, la présidente est la fille d'un résident)		
Il existe des réunions concernant l'usager (projets d'accompagnement individualisé, transmissions). Synthèse avec la psychologue, si besoin le médecin coordonnateur		
Il existe un classeur pour les familles		
Il existe un journal (3 n° par an)		
La synthèse du PVI est signée par les personnes concernées. Les familles et les résidents participent à la co-élaboration du PVI depuis l'été 2014.	Les usagers ne sont pas tous co-auteurs de leur projet d'accompagnement individualisé	
Transmissions informatisées très intégrées et accessibles		

4.2.2 Analyser les enjeux de la personnalisation et de l'écoute y compris dans le traitement des situations d'urgence

Éléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Éléments de preuve
L'établissement a mis en place des dispositifs permettant de personnaliser la prise en charge.	A	Déploiement sur site. Entretien avec les usagers et les professionnels.
L'établissement a prévu des modalités d'écoute individuelle.	A	Organisation du travail.
Les usagers expriment un sentiment positif quant à l'écoute et au sentiment d'isolement.	A	Entretiens avec les usagers et les familles.
L'établissement a prévu un dispositif d'astreintes téléphoniques pour les problèmes de maintenance	A	Organisation de travail

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
Les accompagnements sont très personnalisés (temps d'accompagnement individuel, respect des rythmes).		
Une toilette évaluative peut être réalisée par le cadre de santé. Elle permet une adaptation de l'accompagnement aux besoins d'hygiène.		
Les projets d'accompagnement individualisés sont élaborés et vont encore améliorer cet aspect de la prise en charge.		
Les résidents peuvent rencontrer la psychologue.		
Des animations permettent des moments d'expression (lecture du journal, atelier cuisine, rencontre inter générationnelle).		
Les usagers se disent écoutés et soutenus en cas de besoin.		
L'organisation du travail permet aux AS et aux ASH soins, d'avoir des temps d'écoute privilégié auprès des résidents mais pas forcément suffisamment.		
La permanence du personnel 24h/24 garantit la continuité des réponses apportées aux usagers		
L'accueil téléphonique est cohérent et adapté à l'établissement		
Chaque usager et chaque famille peuvent obtenir une écoute et une réponse systématique à leur questionnement en urgence au non		
L'EHPAD veille à répondre de façon individuelle, bienveillante, sécurisante et professionnelle aux interlocuteurs		

Les objectifs propres à l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux

4.2.3 Porter une appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers ainsi que les conditions de réalisation du projet personnalisé

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Les professionnels partagent des pratiques respectueuses des droits fondamentaux des usagers.	A	Entretien avec les personnels, les usagers, les partenaires. Déploiement sur site.
Les pratiques professionnelles sont bien traitantes.	A	Déploiement sur site.
Des dispositifs (procédures, consignes, signalétiques) permettent d'assurer la sécurité des usagers.	A	Déploiement sur site. Etude documentaire sur place.
Les professionnels ont mis en place des dispositifs pour s'interroger et prendre des décisions concernant des situations paradoxales (exemple : liberté d'aller et venir)	B	Déploiement sur site. Entretien avec la direction, la cadre de santé, la qualitiennne, le médecin co.
Le contrat de séjour ou le DIPPC mentionne l'avenant projet personnalisé et son délai de réalisation	B	Déploiement sur site Entretien avec le comité de pilotage, la cadre de santé, le médecin co
La méthodologie de projet permet de prendre en compte les attentes et besoins des usagers ainsi que les observations des professionnels.	B	Etude documentaire projet personnalisé.
Le projet est co-établi avec l'utilisateur, son accord est recherché.	B	Avenant au contrat de séjour projet d'accompagnement individualisé.
La méthodologie de projet intègre un suivi et une réévaluation.	B	Avenant au contrat de séjour projet d'accompagnement individualisé. Phase d'évaluation dans le projet

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<p>Les droits fondamentaux des usagers : intimité, dignité, respect sont totalement assurés.</p> <p>Le déploiement sur site et les entretiens nous ont permis de le constater.</p>		
<p>Les pratiques professionnelles sont bien traitantes.</p>	<p>Formation de référent bienveillance</p>	
	<p>Nous vous préconisons de favoriser l'écriture de votre référentiel bienveillance à l'issue du parcours de formation</p>	
<p>Le processus d'élaboration des projets est structuré à partir d'un recueil de données et d'un diagnostic fait en équipe pluridisciplinaire (évaluations, observations, bilans, anamnèse)</p>	<p>La méthodologie de projet doit prendre en compte la co élaboration avec l'usager et la signature de l'avenant au contrat de séjour.</p>	
<p>La formalisation des objectifs est réelle. Par ailleurs il est remarquable de constater que tous les projets individualisés soient réalisés toutes les 6 semaines.</p> <p>Les-usagers sont co-auteurs de leur projet</p>	<p>Les plans d'actions pourraient être affinés.</p>	
<p>Les familles sont associées</p>	<p>Une réflexion est à mener en profondeur pour l'élaboration du projet personnalisé et sa mise en œuvre</p>	
<p>Les goûts personnels et les choix liés aux convictions des résidents sont respectés</p>		

Les résidents ont la possibilité s'ils le désirent de personnaliser leur cadre de vie.

4.2.4 L'effectivité du projet d'établissement sur l'accès et le recours au droit

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Les grandes orientations du projet d'établissement ainsi que les références, sont connues et intégrées par les professionnels.	B	Entretien avec les professionnels.
Le respect des droits fondamentaux des usagers constitue un axe fort du projet d'établissement.	A	Etude documentaire.
L'établissement a prévu de mettre à disposition des usagers et de leur famille des moyens pour faire valoir leurs droits.	B	Déploiement sur site. Entretien avec les usagers et les familles.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
Le projet d'établissement a été rédigé en 2013 et a été diffusé.	Nous vous invitons à des relais pédagogiques permettant une meilleure appropriation des axes du projet par les salariés sous forme d'une synthèse.	
Il présente des valeurs connues de tous.		
Le respect des droits fondamentaux est affirmé dans le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement.		
La garantie des droits individuels et collectifs fait partie des objectifs d'évolution et de progression du projet d'établissement.		
Des fiches d'événements indésirables sont mises à la disposition des salariés.	Nous vous préconisons de les mettre à disposition des familles et de créer une procédure de réclamation.	
Il existe un règlement de fonctionnement conforme		
Il existe un contrat de séjour conforme		
Il existe un livret d'accueil conforme		
Par observations et entretiens nous pouvons attester de l'effectivité réelle du projet d'établissement sur l'accès et le recours aux droits		
La recherche du consentement éclairé est notifiée dans le projet		

4.2.5 Analyser la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques dans les modalités de réponses apportées aux usagers

Eléments recherchés	Ecartis A-B-C-D	Eléments de preuve
Les documents de référence, les procédures, et les modalités de prise en charge des usagers prennent en compte les RBPP.	A	Etude documentaire Entretien avec le personnel
L'établissement s'appuie sur des références et a mis en place un référentiel de bonnes pratiques.	B	Etude documentaire

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<p>Les recommandations ont été utilisées par le comité de pilotage de l'évaluation interne et le projet d'établissement.</p>	<p>Le personnel ne s'est pas totalement imprégné des RBPP. Il conviendrait de se doter d'un référentiel de bonnes pratiques en y intégrant les bonnes pratiques et les objectifs d'accompagnement présentés dans le livret d'accueil remis à chaque professionnel..</p>	
<p>La direction est en charge de la veille réglementaire et législative, elle informe et diffuse les réglementations et les recommandations</p>		
<p>Les recommandations sont intégrées dans les procédures.</p>		
<p>Les modalités d'organisation choisies par l'EHPAD permettent d'apporter à l'utilisateur des réponses variées et adaptées qui prennent en compte des différentes dynamiques nécessaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actions thérapeutiques • Actions socialisantes • Actions hôtelières 		

	Les réponses aux requêtes exprimées par le CVS ne sont pas délivrées systématiquement	
Par observations nous avons pu constater la pertinence des réponses apportées. Il existe une véritable qualité du lien entre les professionnels et les usagers		
Il existe une culture de la bienveillance et de l'empathie entre les professionnels et les résidents		
Les entretiens menés dans le cadre de l'évaluation externe auprès des usagers et du CVS confirment la capacité effective de l'EHPAD à répondre rapidement et de manière personnalisée aux attentes des personnes accompagnées		
La direction est disponible pour recevoir les usagers et familles		

4.2.6 Capacité de l'établissement à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Les conditions de mise en place et de fonctionnement du conseil de vie social sont conformes à la réglementation.	A	Etude documentaire (règlement intérieur et compte rendu du CVS).
Les représentants du CVS sont accompagnés et soutenus dans l'exercice de leur mandat.	B	Déploiement sur site. Entretien avec la présidente du CVS.
Des espaces d'expression collectifs et individuels sont proposés par l'animatrice.	A	Déploiement sur site.
Il existe des enquêtes de satisfaction.	A	Etude documentaire.
Il existe des activités facilitant et valorisant l'expression et la participation des usagers.	B	Déploiement sur site.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
Le CVS est mis en place.	Nous vous invitons à réactiver le CVS. Nous avons cependant pris en compte la prochaine réunion prévue le 16 décembre.	
	Elargir le champ des enquêtes de satisfaction aux partenaires Afficher la photo des membres du CVS et demander au Président de se présenter aux nouveaux arrivants	
Il existe une commission repas	Nous vous invitons à mettre en place trois commissions par an	
Il existe des enquêtes de satisfaction.	Des fiches bilan, permettraient d'évaluer l'impact des activités proposées sur la satisfaction des résidents	
Les activités proposées sont nombreuses et variées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur en semaine		
Le personnel est toujours en quête de faire émerger l'expression des résidents		

4.2.7 Analyser la capacité à observer les changements et adapter l'organisation

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
L'histoire de l'établissement permet d'apprécier les évolutions et la vision du gestionnaire.	A	Projet d'établissement. Entretien avec la direction. Entretien avec le Président du Conseil d'Administration.
Les modalités d'organisation du travail permettent de faire face aux changements.	B	Déploiement sur site.
Les professionnels sont dans une démarche de résolution de problème.	A	Entretien avec la cadre de santé, le médecin co, l'adjointe administrative et la direction.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<p>Le projet d'établissement indique clairement que depuis l'ouverture de l'EHPAD, il a connu des phases d'évolution en rapport avec les besoins des résidents et du territoire</p>		
<p>L'organisation du travail est établie pour mieux répondre à un accompagnement individuel et de qualité.</p>		
<p>L'établissement fait face aux absences imprévues en ayant recours à du personnel de remplacement</p>		
<p>Les plannings tiennent compte des besoins dans tous les services (soins, cuisine, hôtellerie, logistique, animation, service de nuit).</p>		

4.2.8 Analyser la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques dans les modalités de réponses apportées aux usagers

Eléments recherchés		Ecart A-B-C-D		Eléments de preuve	
Les documents de référence, les procédures, et les modalités de prise en charge des usagers prennent en compte les RBPP.		A		Etude documentaire Entretien avec le personnel	
L'établissement s'appuie sur des références et a mis en place un référentiel de bonnes pratiques.		B		Etude documentaire	

Points forts		Axes d'amélioration		Observations contradictoires	
Les recommandations ont été utilisées par le comité de pilotage de l'évaluation interne et le projet d'établissement.		Le personnel ne s'est pas totalement imprégné des RBPP. Il conviendrait de se doter d'un référentiel de bonnes pratiques en y intégrant les bonnes pratiques de l'ANESM et les bonnes pratiques usitées dans la Résidence.			
La direction est en charge de la veille réglementaire et législative, elle informe et diffuse les réglementations et les recommandations					
Les salariés s'appuient sur des références techniques.					

<p>Les modalités d'organisation choisies par l'EHPAD permettent d'apporter à l'utilisateur des réponses variées et adaptées qui prennent en compte des différentes dynamiques nécessaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actions thérapeutiques • Actions socialisantes • Actions hôtelières 		
<p>Les réponses aux requêtes exprimées par le groupe d'expression.</p>		
<p>Par observations nous avons pu constater la pertinence des réponses apportées. Il existe une véritable qualité du lien entre les professionnels et les usagers.</p>		
<p>Il existe une culture de la bienveillance et de l'empathie entre les professionnels et les résidents.</p>		
<p>Les entretiens menés dans le cadre de l'évaluation externe auprès des usagers et des familles confirment la capacité effective de l'EHPAD à répondre rapidement et de manière personnalisée aux attentes des personnes accompagnées.</p>		
<p>La direction est disponible pour recevoir les usagers et familles.</p>		

4.2.9 Analyser la prise en compte des facteurs de risque (prévention de situation de crise, régulation de conflits, hygiène, sécurité) et particulièrement les risques de maltraitance

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Les facteurs de risque ont été évalués. Des mesures de prévention réalisées.	A	Etude des documents de sécurité. Déploiement sur site.
Des procédures ont été établies concernant l'ensemble de ces risques.	B	Etude des différents registres.
Les cadres sont présents sur le terrain pour traiter et réguler les pratiques à risque.	A	Entretien avec le médecin co la cadre de santé et la Direction.
Des procédures en cas de maltraitance ont été réalisées.	A	Etude du document de référence.
Des procédures de validation interne en cas de contention de restriction sont mises en place.	A	Procédures contention.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<p>La réglementation concernant la sécurité est totalement respectée (commission de sécurité, registre de sécurité tenu à jour, prise en compte des remarques de la commission et suivi des contrats de maintenance).</p>		
<p>Les produits à risques sont sécurisés dans des locaux fermés à clé.</p>		
<p>Le personnel est formé à la sécurité incendie et aux gestes de secours.</p>		
<p>Les consignes et les gardes administratives sont affichées.</p>		
<p>Les cadres sont présents sur le terrain.</p>		
<p>Une procédure de signalement de la maltraitance est réalisée, elle s'adresse à tous les professionnels.</p>		
<p>Le circuit du médicament est sécurisé (dispensation, stockage, préparation, administration, pharmaco vigilance).</p>		
<p>Le personnel de nuit a totalement intégré les procédures et les conduites à tenir en cas d'urgence. Il existe des entretiens individuels annuels</p>	<p>Le DARI spécifique EHPAD n'a pas été réalisé (nous avons cependant pris note de la réalisation d'un Audit hygiéniste)</p>	
	<p>Nous vous conseillons de mettre en place un dispositif de supervision et d'analyse</p>	

		des pratiques, en intégrant le personnel de nuit	
Il existe un plan de formation			
		Il n'existe pas de CHSCT qui se réunit réglementairement	
Il existe un registre de sécurité			
Respect des méthodes HACCP dans les cuisines			
Avis favorable du dernier passage de la commission sécurité le 08/09/2011			
L'EHPAD dispose d'un plan BLEU			
Il existe un document unique (D.U.) des risques professionnels			
Les situations de conflits ou de crise sont gérées au regard de l'expérience des professionnels et leurs compétences avérées			
		Etablir le plan de continuité d'activité (plan grand froid)	

4.2.10 Analyser la capacité de l'établissement à assurer la cohérence et la continuité des actions, des interventions

Eléments recherchés	Ecartis A-B-C-D	Eléments de preuve
Il existe des dispositifs de liaisons, de transmissions entre les professionnels qui respectent la confidentialité due aux usagers.	B	Déploiement sur site. Observation des pratiques.
Des fiches de postes et des fiches de tâches des procédures permettent de s'assurer de la cohérence des actions et prestations.	B	Document de référence. Entretien avec les professionnels.
L'organisation du travail permet de palier aux absences sans porter préjudice à la prise en charge des usagers.	A	Etude des plannings/ organisation/ procédures.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
Il y a des transmissions le matin, l'après-midi	Nous avons pris en compte votre nouvelle procédure de transmission qui garantira complètement la confidentialité au regard du lieu choisi de la rencontre	
Le logiciel permet la traçabilité et le recueil des observations.	Nous vous invitons à poursuivre votre travail afin d'exclure les supports papiers annexes	
La planification des animations et des activités est organisée.	Organiser des commissions animations	
L'organisation du travail et la gestion des plannings sont effectuées selon un dispositif pré établi pour recruter un personnel disponible sur le territoire.		
L'organisation des astreintes et des plannings du service jour et nuit assurent une continuité de l'intervention. Les personnels de nuit participent à des réunions pluridisciplinaires sur invitations		
Les salariés sont engagés et disponibles. Ils ont le souci constant de l'écoute du résident et veulent pouvoir faire bien tout en ayant conscience que l'amélioration de leurs pratiques est toujours possible		

4.2.11 Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques validées par l'ANESM relatifs notamment à la qualité de l'hébergement

Eléments recherchés	Ecartis A-B-C-D	Eléments de preuve
<p>Chaque usager dispose d'un espace privatif qu'il peut aménager avec des objets personnels.</p> <p>Les espaces collectifs mis à disposition sont conformes aux besoins de vie sociale et présentent une qualité de confort et d'esthétique.</p>	B	Déploiement sur site.
<p>L'entretien des locaux permet des conditions de vie agréable.</p> <p>Le ménage et l'hygiène des locaux sont organisés de façon à répondre à des règles établies et aux besoins individuels des usagers.</p>	B	<p>Déploiement sur site.</p> <p>Entretien avec le personnel logistique et le responsable de l'hygiène</p> <p>Entretien avec les usagers.</p>

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
Tous les résidents disposent d'une chambre individuelle qu'ils peuvent aménager à leurs goûts.		
La qualité de l'hébergement est excellente (établissement neuf).		
La salle à manger est organisée en salle de restaurant avec une décoration soignée et une ambiance agréable.		
L'hygiène des locaux est effectuée par du personnel dédié et du personnel de nuit suivant des procédures et des protocoles. Les usagers sont satisfaits des prestations.		
La maintenance et l'entretien des espaces intérieurs et extérieurs sont réalisés par un personnel d'entretien et /ou des entreprises extérieures.		

4.2.12 Formes de mobilisation des professionnels dans le cadre de l'organisation collective

Éléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Éléments de preuve
Les professionnels bénéficient de formations	A	Plan de formation
Il existe des réunions pluridisciplinaires	B	Entretiens Déploiement sur site
Il existe un comité de pilotage de suivi de la mise en service du projet d'établissement	A	Base documentaire Entretiens avec la direction et la qualitiennne
Il existe un projet social (mission, fonctions, coordination) intégré dans le projet d'établissement	A	Base documentaire Projet d'établissement
Il existe des entretiens professionnels avec la direction et/ou la cadre de santé	A	Base documentaire Entretiens
Il existe des enquêtes de satisfaction auprès des salariés (livret d'accueil des personnels)	A	Entretiens

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<p>Les professionnels suivent des formations.(bientraitance, sécurité incendie, troubles du comportement, hygiène, toilettes, soins palliatifs, transmissions, etc.).</p>		
<p>Un COPIL est mis en place</p>		
<p>Il existe un organigramme fait autour du résident</p>		
<p>Les professionnels sont très impliqués et motivés dans leurs missions pour servir l'intérêt du résident</p>		

4.2.13 La capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle

Éléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Éléments de preuve
Les signes d'alerte sont évalués par la direction et l'équipe d'encadrement (absentéisme, accident du travail, détérioration du climat social).	A	Entretien direction et équipe d'encadrement.
Prise en compte les risques psycho sociaux et les risques de fatigue physique.	A	Entretiens avec le personnel
La formation intègre un volet de soutien et d'amélioration des pratiques.	B	Etude du plan de formation. Entretien avec les personnels.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<p>Le DUERP est réalisé, il prend en compte les risques de l'ensemble des professionnels avec des degrés, des dispositifs d'alerte et de prévention.</p>		
<p>L'établissement a mis à disposition des professionnels du matériel pour faciliter le travail et limiter les risques musculo squelettique.</p>		
<p>La politique de formation de l'établissement est clairement engagée dans l'accompagnement et le soutien des professionnels.</p>	<p>Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques afin de compléter la communication interne et la transmission d'informations et aider les professionnels dans une mise à distance et une réflexion critique sur leur pratique quotidienne (cf.RBPP, mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance. Et cf. les risques psycho sociaux retenus).</p>	
<p>La direction est très à l'écoute des salariés.</p>		

4.2.14 Le rôle de l'établissement au regard des missions confiées par les autorités : évaluer la perception des partenaires et des usagers et la formalisation des collaborations et coopérations inter-institutionnelles ou interprofessionnelles

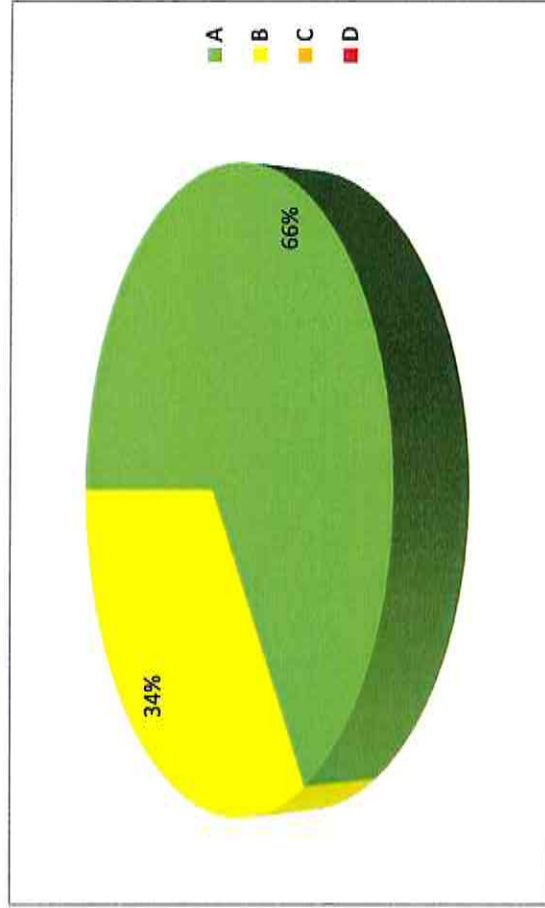
Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
L'établissement répond aux besoins du territoire	A	Convention tripartite Liste d'attente Entretien avec le président du Conseil d'Administration et le directeur
L'établissement est un partenaire reconnu et légitime dans la filière gérontologique	A	Etude documentaire Entretien avec la direction
L'établissement sert de site qualifiant	A	Entretiens Déploiement sur site
Il existe des conventions négociées et signées avec des partenaires	A	Etude documentaire
Il existe des enquêtes de satisfaction (usager / partenaire)	B	Etude documentaire Déploiement sur site Entretien usagers et CVS

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
Il existe une liste d'attente, ce qui témoigne de la légitimité de l'établissement sur le territoire.		
L'établissement fait partie d'un réseau de directeur d'EHPAD GIR7 et formalise ainsi des collaborations et des coopérations inter institutionnelles ou inter professionnelles.		
Les usagers et les partenaires sont satisfaits des prestations de l'EHPAD	Nous vous invitons à mettre en place des enquêtes de satisfaction auprès des partenaires	
Il existe de nombreuses conventions formalisées avec divers partenaires (CHG et CHS)		
L'établissement répond dans ses missions à l'exigibilité attendu par une EHPAD		
L'EHPAD sert de site qualifiant pour de nombreux élèves (infirmiers, aides-soignants, aide à la personne)		

4.2.15 L'inscription dans le territoire : utilisation des ressources du milieu / Contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement

Éléments recherchés		Ecart A-B-C-D		Éléments de preuve	
Inscription dans les réseaux territoriaux (loisirs, culturels, fournisseurs)		A		Base documentaire	
Contribution économique		A		Entretiens avec la Direction	
Il existe des actions intergénérationnelles		A		Entretien avec le président du CA et la direction	
				Entretiens avec les animatrices	
Points forts		Axes d'amélioration		Observations contradictoires	
L'EHPAD s'inscrit de manière dynamique au sein de son territoire					
L'EHPAD contribue à la modification du regard de l'environnement sur les personnes âgées					
Ses réseaux et ses partenaires témoignent d'un recours pertinent aux ressources du territoire					
Il existe une volonté de la direction pour développer ses réseaux et ses partenaires et utiliser au mieux les ressources du territoire					
L'EHPAD contribue à la modification du regard de l'environnement sur les personnes âgées en faisant participer par le biais de ses animations la population					
Des actions intergénérationnelles sont organisées					

4.2.16 Examen thématique et registres spécifiques (décret 2007-975)



A : 38 soit 66% **C : 0 soit 0%**
B : 20 soit 34% **D : 0 soit 0%**

PARTIE N°5

« SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION »

**A partir du modèle proposé par
l'ANESM**

**(3.5 De la section 3 du chapitre V de
l'annexe 3- 10 du code de l'action
sociale et des familles)**

Et selon l'outil d'analyse SWOT

Préambule :

L'analyse SWOT est un outil d'analyse stratégique, il combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation avec celles des opportunités et des menaces de son environnement.

Introduction

1. La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.) ; résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité ; effets observés.

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>L'évaluation interne a été réalisée suivant une méthode qui a impliqué la direction, un comité de pilotage, l'ensemble des professionnels, les résidents et leur famille ont été impliqués par le biais des enquêtes de satisfaction.</p> <p>Le référentiel a été choisis et le comité de pilotage a travaillé sur les thèmes selon le référentiel de l'ANESM.</p> <p>Une phase a permis un recueil d'informations auprès des usagers par des enquêtes de satisfaction et des groupes de conversation. Les axes évalués correspondent à ceux retenus par l'ANESM</p>				

OPPORTUNITES	MENACES
<p>L'évaluation interne sera prolongée par l'élaboration du projet d'établissement.</p> <p>Le personnel est ouvert à la démarche d'évaluation.</p>	

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM par l'ESSMS

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
Les recommandations ont été utilisées lors de l'évaluation interne et le projet d'établissement.		Les professionnels rencontrés n'ont pas complètement intégré les RBPP.		
OPPORTUNITES	MENACES	Il peut être envisagé que l'EHPAD construise son référentiel de bonnes pratiques		
Les salariés développent des bonnes pratiques bien traitantes autour de la compétence du prendre soin.				

A/ LES CONDITIONS D'ELABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE (PEPS) ET L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE OU DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Le projet d'établissement a été élaboré de façon participative, il est totalement conforme aux exigences du CASF.</p> <p>Les résultats de l'évaluation interne ont incité l'établissement à s'interroger sur l'organisation de l'EHPAD afin de mieux l'adapter aux besoins des usagers.</p> <p>Les objectifs généraux du projet s'organisent autour des orientations stratégiques retenues pour l'évaluation interne.</p>				

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Les objectifs du projet centrent l'accompagnement et les prestations sur le respect des droits fondamentaux et la nécessité d'adapter l'organisation collective aux besoins et attentes de l'usager.</p> <p>Cette culture d'amélioration issue d'un diagnostic partagé permet une adhésion et une bonne orientation des moyens humains, financiers et matériels.</p>				
OPPORTUNITES		MENACES		
<p>Le service rendu aux résidents est très adapté, respectueux des rythmes de chacun et individualisé.</p>				

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>L'établissement dispose d'un organigramme qui correspond aux professions attendues dans un EHPAD.</p> <p>Le point fort est la pertinence de la répartition des fonctions : les AS et les ASH soins sont associées au projet d'accompagnement individualisé</p>				
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>Les formations mises en œuvre visent au développement des compétences de l'équipe.</p> <p>L'engagement et la disponibilité des intervenants est avéré.</p> <p>Les missions coordonnées et complémentaires permettent d'optimiser l'accompagnement des résidents.</p>				

6. Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>l'accompagnement des professionnels est soutenu de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> le mode de management consultatif, collaboratif et participatif étaye les motivations ; le dialogue social et les conditions de travail favorisent l'exercice des compétences de l'équipe ; l'évaluation des pratiques professionnelles est réalisée annuellement avec l'entretien individuel. 		<p>Noter dans le règlement intérieur les modalités de consultation du dossier. Evaluer l'intégration des protocoles.</p>	2014 -2015	
OPPORTUNITES		MENACES		

7. Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Les entretiens réalisés auprès du personnel nous ont permis d'évaluer la qualité du dialogue social et la disponibilité de la direction.</p> <p>OPPORTUNITES</p> <p>Le climat social est un point fort et permet des valeurs de solidarité.</p> <p>Les points cliniques mis en œuvre par la neuropsychiatre sécurisent la pratique des professionnels</p>	<p>Pas de dispositif de l'analyse de la pratique.</p> <p>MENACES</p>	<p>Envisager la mise place de réunions de l'analyse de la pratique.</p>	<p>2014 - 2015</p>	

8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'EHPAD relèvent de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la caractérisation du public accompagné est soutenue par la production d'indicateurs riches et pertinents. • une documentation de qualité encadre les modalités d'accompagnement et notamment la conduite de sa personnalisation. • enregistrement des événements indésirables est disponible. • Le fait d'avoir effectué des enquêtes de satisfaction auprès des usagers et des familles. 		<p>Mettre en place un dispositif d'évaluation pour apprécier les effets de l'accompagnement (roue de Deming)</p>		
OPPORTUNITES		MENACES		
<p>Satisfaction des résidents est bonne. Amélioration constante de la réputation de l'établissement.</p>				

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>L'accompagnement est individualisé et cohérent avec les objectifs du projet d'établissement et les axes d'amélioration de l'évaluation interne</p> <p>La méthodologie du projet d'accompagnement individualisé est conforme aux recommandations</p> <p>La méthodologie de la transmission orale en cours de mise en œuvre va développer un circuit de l'information sécurisé et efficient pour le résident</p>				
OPPORTUNITES				
<p>Satisfaction des usagers qui obtiennent une réponse très adaptée à leurs attentes.</p>				

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

10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
De nombreux partenariats avec le secteur sanitaire et médico-social sont établis. L'EHPAD adhère à un réseau coordonné qui permet des mutualisations. L'établissement est très ouvert sur son environnement.				
OPPORTUNITES				
L'établissement à une bonne image à l'extérieur.				
MENACES				

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
L'établissement jouit d'une bonne réputation et d'une véritable légitimité sur son territoire.				
OPPORTUNITES	MENACES			
Une liste d'attente indique que cet établissement répond aux besoins du territoire.				

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Les intervenants extérieurs bénéficient d'un cadre établi qui garantit une cohérence dans l'accompagnement des résidents.</p> <p>Les bénévoles sont encadrés.</p> <p>Les soignants extérieurs ont accès aux informations contenues dans le logiciel de soin dans la limite de leurs droits.</p>				
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>L'information et la communication circulent facilement dans cet établissement et assurent une fiabilité des interventions.</p>				

13. Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
Les résidents sont intégrés dans les manifestations de la commune.				
OPPORTUNITES	MENACES			
L'établissement est très accueillant.				

C/ PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>La méthodologie de projet d'accompagnement individualisé permet le recueil des attentes des usagers et des observations des professionnels.</p>	<p>La mise en œuvre du projet d'accompagnement individualisé n'assure pas complètement la phase évaluative des objectifs, des actions, des moyens nécessaires, des résultats, des échéances</p>		2014-2015	
OPPORTUNITES				
<p>Les salariés sont très attentifs à répondre de manière personnalisée aux besoins et attentes des usagers.</p>	<p>MENACES</p>			

15. Les modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal) à l'élaboration de leur projet personnalisé et à son actualisation ; modes de prise en compte des besoins et attentes, des capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication ; le mode de consultation pour toute décision les concernant

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>L'organisation du travail autour de la prise en charge individualisée est fiabilisée par cette recherche permanente de l'adhésion.</p> <p>Les résidents sont toujours consultés.</p> <p>Le médecin co ou la cadre de santé assurent la visite de pré-admission au sein de la résidence et peuvent éventuellement se rendre au domicile du futur résident si besoin pour présenter l'établissement et recueillir leurs attentes.</p> <p>L'usager peut au quotidien exprimer ses souhaits et difficultés et à ce titre son projet est adapté au regard de ses requêtes dans le respect de sa sécurité.</p>				
OPPORTUNITES		MENACES		
<p>Les droits fondamentaux concernant le droit à la décision et au consentement sont totalement assurés et l'accompagnement des résidents facilités par cette démarche.</p>				

16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Le projet individualisé est établi environ et réactualiser toutes les 6 semaines.</p>	<p>La méthodologie sera à renforcer pour faciliter la mise en oeuvre.</p>			
<p>OPPORTUNITES</p>		<p>MENACES</p>		

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
Le personnel est disponible et la communication est fluide. Ils vont à la rencontre du résident et de sa famille.	L'établissement n'a pas écrit de procédure permettant à l'utilisateur d'accéder à son dossier.	Aboutir au dispositif d'accès au dossier.	2015	
OPPORTUNITES		MENACES		

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Les usagers sont très satisfaits de l'établissement, ils nous ont indiqué que les professionnels étaient attentifs, respectueux, aimables et que les prestations leur donnaient satisfaction.</p>				
<p>OPPORTUNITES</p>	<p>MENACES</p>			

19. Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement

FORCES	FABLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>La participation et l'expression des résidents permet une vraie communauté de vie en témoignent les réunions usagers et la disponibilité de la direction et des salariés.</p> <p>Des enquêtes de satisfaction ont été réalisées et prises en compte lors de l'évaluation interne.</p> <p>Les réponses aux requêtes exprimées lors des moments d'expression sont délivrées systématiquement.</p>	<p>Le CVS ne fonctionne pas conformément à la réglementation.</p>			
OPPORTUNITES				
<p>L'expression et la participation sont réelles.</p>	MENACES			

D/ LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Dans ce domaine, l'établissement présente les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'ensemble des droits de l'utilisateur sont pris en compte par l'établissement dans le cadre du déploiement de la procédure du projet individualisé (information, expression, libre choix, confidentialité, vie privée). • de plus, l'accompagnement de chaque projet d'accompagnement individualisé promeut l'exercice des droits de chaque usager. • les modalités d'accompagnement constatées témoignent du respect de l'intimité (frapper avant d'entrée ou vouvoiement sauf demande contraire de l'utilisateur). • le respect de l'utilisateur constitue une référence pérenne pour chaque membre de l'équipe. 				
OPPORTUNITES		MENACES		

21. Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
Il existe une procédure des événements indésirables.				
Il existe une procédure liée aux signalements d'actes maltraitants.				
Le plan bleu est formalisé.				
OPPORTUNITES	MENACES			

22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'usager ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>L'EHPAD prend en compte ces risques selon les modalités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'EHPAD témoigne d'une grande vigilance et d'une réactivité avérée pour ce qui concerne les risques inhérents à la fragilité des personnes accompagnées. • les réunions de service participent à leur prise en compte. • l'établissement assure la sécurité des résidents à travers l'accompagnement quotidien. • l'établissement recherche, en permanence un équilibre entre l'exercice de l'autonomie des usagers et la prévention des risques inhérents à cette démarche. • Les agents sont formés pour prévenir les risques liés aux spécificités des usagers. 				
OPPORTUNITES		MENACES		

PARTIE N°6

**« RECAPITULATIF DES
PROPOSITIONS
D'AMELIORATION »**

6.1 PROPOSITIONS D'AMELIORATION

6.1.1 Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement

PLAN D'ACTION A METTRE EN OEUVRE 2014-2015 :

- Mettre en place des dispositifs d'évaluation pour mesurer l'atteinte des objectifs (roue de Deming).
- Mettre en place des enquêtes de satisfaction auprès des partenaires.
- Création d'un référentiel de bonnes pratiques.
- Nommer des référents bientraitants.
- Nous vous invitons à mettre des réunions pluridisciplinaires.

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

PLAN D'ACTION A METTRE EN OEUVRE 2014 :

- Affiner la méthodologie du projet individualisé (roue de Deming).
- Réactiver le CVS avec trois réunions par an.

6.1.3 Ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio culturel et économique

PLAN D'ACTION A METTRE EN OEUVRE 2014-2016:

- Mettre en place des enquêtes de satisfaction auprès des partenaires.

6.1.4 Garantir des droits et la politique de prévention et de gestion des risques.

PLAN D'ACTION A METTRE EN OEUVRE 2014-2015:

- Soutenir l'appropriation de la procédure de signalement de traitement des événements indésirables.
- Mettre en place un document de réclamation.
- Nous vous invitons à mettre en place un dispositif d'analyse de la pratique.

6.2 OBSERVATIONS QUALITATIVES COMPLEMENTAIRES

- ▶ L'EHPAD a une culture du lien avec l'usager et dispose de personnels aux compétences professionnelles avérées.
- ▶ Nous constatons une véritable démarche d'amélioration continue des prestations.
- ▶ A cet égard, les objectifs du plan d'action proposés sont atteignables, en partie, avant fin 2015.
- ▶ L'EHPAD a une culture de l'écoute, de l'accompagnement bienveillant, de la prise en charge globale de l'usager, en tant qu'individu. Le maintien des potentialités des personnes accueillies est recherché.
- ▶ L'EHPAD est en conformité avec la loi 2002-2.
- ▶ L'équipe de direction a su créer un climat social propice au développement du "bien être institutionnel".