

# 1. Synthèse de l'évaluation externe



Anesm

Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

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

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

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

## 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 ;

L'EHPAD a mobilisé les moyens nécessaires pour mettre en place une démarche d'évaluation interne répondant à la réglementation et à la recommandation de l'ANESM. Le choix a été de mettre en place, d'une part, un pilotage stratégique au niveau de la direction avec une participation active dans le comité de pilotage et dans les groupes d'évaluations, et d'autre part, un pilotage opérationnel par la cellule qualité et les cadres des différents services, également par une participation active au comité de pilotage et aux groupes d'évaluations, dans la mise en place des moyens utiles au déroulement de la démarche.

Afin de préparer au mieux le dispositif d'évaluation, des étapes en amont ont été organisées :

- Une lettre d'information de la démarche d'évaluation interne a été mise à disposition au sein de chaque service du secteur médico-social pour sensibiliser et inciter les professionnels à participer activement.
- Une réunion de présentation de la démarche aux professionnels a été organisée.
- La constitution du comité de pilotage et des groupes d'évaluation a été réalisée de manière stratégique avec des critères de représentativité des différents services.
- Une phase d'adaptation du référentiel a été posée

L'évaluation interne a été conduite par le comité de pilotage, sous la responsabilité de la Direction. Le travail du groupe a permis de :

- Adapter le référentiel et se l'approprier
- Choisir des techniques de recueil de données et se répartir ce recueil en intersessions
- Construire des enquêtes de satisfaction
- Formaliser, puis synthétiser les recueils
- Relever et caractériser les écarts entre les pratiques et les références
- Identifier les points forts et les zones à risque
- Définir les Plans d'action et déterminer des échéances

Les professionnels des services généraux, sollicités pour auditer, collectivement, des dimensions organisationnelles, concernant la restauration, l'entretien, la lingerie, les services techniques.

D'autre part, les usagers ont été sollicités par l'intermédiaire d'une enquête de satisfaction, réalisée juste avant l'évaluation interne. Le comité de pilotage a réutilisé les résultats pour intégrer l'avis des résidents sur des critères de l'évaluation interne.

### **Points à améliorer :**

La formalisation de la politique qualité.

L'appropriation du dispositif par l'ensemble des professionnels.

### **Préconisations :**

*Poursuivre l'écrit de la politique qualité permettant la valorisation de la dynamique institutionnelle et poursuivre la pédagogie mise en place auprès des professionnels pour faire vivre ce dispositif au quotidien.*

L'évaluation interne a abouti à la formalisation de plans d'amélioration, validés par la direction. La démarche définit les modalités d'information des professionnels.

Les résultats des évaluations, et les plans d'amélioration en résultant, ont été diffusés aux personnes accueillies, aux familles, aux professionnels, au CVS et aux différentes instances au sein de l'EHPAD.

Les professionnels entretenus lors de l'évaluation externe expriment leur participation à la démarche pour certains, pour d'autres ils ont connaissance non pas de façon spécifique de la démarche d'évaluation interne, mais des améliorations mises en œuvre de façon continue au sein de l'établissement, notamment par le biais des groupes de

travail. Les bénévoles / partenaires de la structure ont été sollicités et ont participé à l'évaluation interne (Association Détente Arc en Ciel et Association des Amis de l'Hôpital).

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

Les recommandations sont en cours d'appropriation en fonction des sujets traités dans l'établissement. Elles servent d'appui aux différentes réflexions menées par les différents groupes de travail.

L'établissement s'est aidé de la recommandation sur la bientraitance pour élaborer la procédure de signalement et de gestion des situations de maltraitance diffusée afin de sensibiliser le personnel sur la notion de bientraitance.

La direction de l'établissement affiche sa volonté de poursuivre les démarches d'améliorations permettant d'identifier l'EHPAD comme d'abord un véritable lieu de vie et non un lieu de soins. Pour ce faire, les recommandations de l'ANESM sont prises en compte.

L'établissement participe à des groupes de travail initiés par les Pouvoirs Publics ou des fédérations pour construire et suivre les politiques sociales, améliorer les prises en soins, avec notamment une participation à un groupe de travail sur les recommandations de l'ANESM.

De plus, l'établissement s'appuie dans le cadre de sa réflexion (PE, évaluation, douleur etc...) sur les indicateurs de l'ANESM.

### **Points à améliorer :**

La connaissance et l'appropriation des recommandations de l'ANESM par l'ensemble des professionnels.

### **Préconisations :**

*Poursuivre la communication des recommandations de l'ANESM auprès des professionnels et s'assurer de leur appropriation dans le cadre de leurs pratiques.*

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

### 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 ;

Le projet élaboré pour la période 2007-2011 déployé par l'établissement correspond à la mission qui lui est confiée par l'ARS de Haute Normandie et le Conseil Général de la

Seine-Maritime, qui est d'accueillir des personnes âgées dépendantes. Les objectifs du projet répondent pleinement à un besoin sur le territoire et l'établissement s'adapte aux besoins spécifiques de la population qu'il accompagne.

Le projet d'établissement fait référence aux textes législatifs et réglementaires connus.

Le projet fait référence aux orientations de l'organisation médico-sociale du secteur (références aux schémas départementaux et régionaux) permettant d'articuler l'analyse des besoins sur un territoire, les dispositifs existants et l'offre de service proposée par la structure.

Une analyse des caractéristiques des résidents de l'EHPAD est réalisée sur l'évolution de la dépendance. Un bilan médical, rédigé annuellement par le médecin coordonnateur de l'établissement, est identifié dans le rapport d'activité.

La direction fait remonter les besoins de la population auprès des autorités compétentes, permettant de faire évoluer le mode d'accueil et le projet d'établissement.

La création d'une unité protégée pour personnes désorientées (non reconnue par les tutelles) et d'un PASA, labellisée en janvier 2014, au sein de l'établissement, viennent enrichir les objectifs du projet de répondre aux besoins individualisés des résidents. Un projet d'accueil de jour est également élaboré.

Le projet d'établissement est élaboré avec la participation des équipes notamment par le biais de la constitution des groupes de travail.

Le projet fait référence aux principes d'intervention de l'EHPAD ainsi qu'aux grands axes de gouvernance et de fonctionnement à travers un projet architectural, un projet social, un projet qualité, un projet de soins, un projet médical, un projet culturel, un projet de vie. Chaque projet met en évidence des objectifs sur plusieurs thématiques.

Le projet détaillé permet d'appréhender l'organisation au quotidien notamment en ce qui concerne l'accompagnement des résidents.

Le projet est en cours de réécriture et couvrira donc la période 2015 – 2020.

La notion d'intégration et d'ouverture de l'établissement dans ou sur son environnement et notamment dans les buts recherchés sont décrits dans le projet ; en effet,

L'établissement compte de nombreux partenariats dans plusieurs domaines : bénévoles, interventions de professionnels extérieurs, réseaux locaux démontrant l'orientation de l'établissement. A ce titre, l'EHPAD Asselin-Hedelin répond à la recommandation de l'ANESM (« Ouverture de l'établissement à et sur son environnement ») : « L'ouverture est une question transversale au projet d'établissement, c'est-à-dire qu'elle concerne l'ensemble de ses volets.

Les différents objectifs posés par le projet de l'EHPAD sont cohérents au regard de la mission.

#### 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 ;

Concernant les moyens financiers, l'établissement, depuis quelques années, a fait l'objet d'une restructuration architecturale importante permettant d'accueillir les personnes âgées dépendantes dans les meilleures conditions et d'assurer leur sécurité. L'établissement est entièrement neuf pour 162 lits et les 40 autres lits sont en cours de réhabilitation. A la suite des travaux de réhabilitation engagés, l'établissement bénéficiera de 202 lits d'EHPAD entièrement rénovés ou neufs et les bâtiments répondront aux attentes et besoins des résidents. La restructuration des bureaux administratifs vient également d'être réalisée.

L'établissement déploie un grand nombre d'initiatives pour adapter au mieux le site aux besoins des résidents mais également aux activités. De nombreux aménagements ont été faits et/ou sont prévus.

#### **Points à améliorer :**

L'absentéisme des professionnels (arrêts courts et longue durée) entraîne des difficultés d'équilibre budgétaire. Le bâtiment, après la rénovation, ayant triplé sa surface, génère une fatigue professionnelle pouvant expliquer cette situation.

#### **Préconisations :**

*L'établissement se préoccupe de la stabilité de ses ressources humaines, nous ne pouvons que préconiser la poursuite des démarches entreprises par la Direction.*

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

L'EHPAD porte une grande importance à la présence des professionnels auprès des résidents. Afin de garantir cette présence auprès des résidents, un planning est élaboré permettant une présence 24h/24 d'un personnel soignant.

L'établissement dispose d'une équipe pluridisciplinaire permettant de diversifier les compétences devenant complémentaires dans l'accompagnement des personnes âgées.

De plus, l'EHPAD se trouvant dans le même établissement que le SSR, il bénéficie du plateau technique lui permettant d'assurer une continuité des soins de qualité.

L'effectif médical et paramédical global de l'EHPAD a été déterminé dans le cadre de la convention tripartite signée avec les autorités de tarification.

Les emplois exigeant une qualification sont occupés par un personnel formé, titulaire des diplômes requis. L'équipe de nuit est composée d'une infirmière par nuit et d'une AS et ou ASHQ sur chaque équipe. Les professionnels savent ce qui est attendu d'eux. Il est élaboré des fiches de postes pour chaque fonction représentée au sein de la structure. Les fonctions sont clairement identifiées.

Il existe trois organigrammes : un organigramme fonctionnel du centre hospitalier Asselin-Hedelin, un organigramme fonctionnel des services médicaux, médecine et pôle SSR et EHPAD et un organigramme médical.

Une réunion de direction est mise en place et permet l'analyse de certains tableaux de bord, fait le point sur l'avancée des actions prévues au projet d'établissement et sur l'actualité du secteur. Elle est composée de la direction, des médecins, des cadres.

Un médecin coordonnateur assure le dispositif de suivi médical. Il répond au décret définissant sa fonction. Il est très impliqué au sein de l'EHPAD. Il travaille avec de nombreux partenaires et pilote les différentes analyses du public accueilli au sein de l'EHPAD. Il établit une synthèse médicale de l'EHPAD. Il coordonne les accompagnements médicaux. La mise en œuvre du dossier médical personnel est effective selon la réglementation.

L'ensemble de ces dispositifs de gestion demandent une coordination permise par des procédures et des moyens de transmission de l'information. Les procédures de gestion sont formalisées, connues de tous et suivies, condition essentielle pour garantir la qualité et la pertinence des opérations.

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 ;

Le logiciel PSI permet d'assurer la transmission des informations entre les professionnels ainsi que le logiciel « Ennov » concernant la diffusion des protocoles à mettre en place.

De nombreuses transmissions s'organisent oralement, par mail et par téléphone. Il y a des notes d'information régulière au sein de l'établissement.

Il y a des transmissions globales : un service par jour en plus des transmissions du midi (trois par semaine). Elles ont été réorganisées dernièrement. Elles sont informatisées.

Les synthèses de suivi personnalisé se font en présence de la référente de l'utilisateur.

Afin d'assurer la coordination, la cadre passe tous les matins dans tous les services. Elle se rend disponible auprès des professionnels. La cadre supérieure de santé estime qu'il faut communiquer avec les équipes et adapter les procédures en langage clair. Ce qui est fait et reconnu par les équipes.

Les équipes font très bien remonter l'information liée au soin. Il y a une transmission le matin et une transmission en début d'après-midi. Cette dernière permet une prise de recul sur ce qui s'est passé le matin. La transmission a lieu de 13h24 à 14h06. L'information est descendante et ascendante.

Des panneaux solides cartonnés ont été réalisés et sont installés dans le couloir baptisé « La Rue » pour diffuser des informations liées différentes thématiques (nutrition, EPP, etc...). Le médecin coordonnateur a piloté cette information.

#### **Points à améliorer :**

Le logiciel PSI est utilisé mais il n'est pas suffisamment paramétré pour permettre une utilisation optimale.

#### **Préconisations :**

*Afin de parfaire la transmission écrite, poursuivre le paramétrage du logiciel PSI.*

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

Un projet social assure l'accompagnement des professionnels dans le cadre de la valorisation de leurs compétences avec notamment une politique de formation active permettant l'évolution des professionnels au sein de la structure.

La direction de l'établissement exerce une vigilance régulière concernant la santé au travail et les risques psychosociaux, notamment avec la collaboration de la médecine du travail qui intervient régulièrement.

Une enquête concernant les professionnels a été réalisée. Elle sera renouvelée en fin d'année. Elle sera organisée en trois parties :

- une partie nominative, fonctionnelle et organisationnelle,
- Une partie concernant les risques psychosociaux
- Une partie concernant le développement durable au travail et au domicile

L'établissement a élaboré le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DU) Il a été présenté en CHSCT. Une fiche par métier identifie les mesures de prévention de manière très détaillée.



De plus, un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) est constitué conformément aux dispositions du code du travail. Il a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale, de la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition. Ce comité, présidé par le directeur de l'établissement, est composé de représentants du personnel et de divers membres siégeant à titre consultatif, dont le médecin du travail. Cette instance a un rôle consultatif. Il se réunit au moins 4 fois par an. Des comptes rendus des réunions du CHSCT sont élaborés systématiquement. Le document unique de prévention des risques a été réalisé avec le CHSCT. Le responsable sécurité y a participé, il en a été pilote, il a été formé.

La cadre de santé fait les entretiens annuels. Le responsable d'entretien fait les entretiens annuels de son équipe.

Les psychologues peuvent soutenir de façon ponctuelle les équipes.

Il existe une commission concernant les risques psycho-sociaux.

### **Points à améliorer :**

La réévaluation du document unique.

Quelques salariés expriment de la fatigue notamment en raison de la surcharge de travail et du manque de temps.

Il n'existe pas de temps dédié à des groupes de paroles pour les professionnels ou de temps d'analyses de pratiques professionnelles.

### **Préconisations :**

*Prévoir la mise à jour du document unique.*

*S'assurer du suivi des professionnels et des risques psychosociaux. Pérenniser les démarches menées par l'établissement.*

*Réfléchir à la nécessité de mise en place de temps d'APP au regard des besoins des professionnels.*

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 ;

L'établissement respecte ses obligations en matière de suivi budgétaire, de rapports d'activités, et de démarche d'amélioration continue de la qualité.



Le directeur et son équipe assurent la gestion de l'établissement dans son ensemble, suivi budgétaire, comptabilité, gestion des ressources humaines etc... Le Comptable est le Receveur Municipal d'Yvetot.

L'hôpital d'Yvetot est un établissement administré par un Conseil de Surveillance, un directoire et un Directeur nommé par le Ministre chargé de la Santé. Ce Conseil de Surveillance, au-delà de son apport stratégique, exerce un contrôle permanent sur la gestion de l'établissement, notamment en ce qui concerne le projet d'établissement, le compte financier, le rapport annuel sur l'activité de l'établissement, les modes de coopération...

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

L'établissement énonce dans son projet d'établissement les différents objectifs et enjeux d'accompagnement et a déterminé les buts recherchés et les résultats attendus. Ces objectifs sont cohérents entre eux et permettent d'assurer un processus global d'accompagnement du résident.

L'EHPAD peut proposer une prise en charge individualisée et adaptée aux regards des besoins des personnes accueillies notamment du fait de modalités d'accompagnement spécifique pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Le projet d'établissement pose également des objectifs opérationnels, par thématique, déclinés de manière spécifique pour l'EHPAD, d'un point de vue médical et de l'accompagnement aux soins, l'individualisation de l'accompagnement, les ressources humaines et le système d'informations.

Par ailleurs dans le cadre de la démarche d'évaluation interne, 9 domaines ont été mis en avant afin de déterminer des actions d'amélioration. Ces axes sont cohérents avec les objectifs d'accompagnement définis dans le projet d'établissement.

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

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 ;

L'établissement a repéré ses partenaires de la filière gériatrique.

Les partenariats ont été formalisés par la signature de convention avec : une association de bénévoles, association détente Arc-en-Ciel, le CCAS d'Yvetôt, le centre hospitalier de Rouvray, le CHU de Rouen, le centre de suivi et de conseil des traitements anticoagulants, l'équipe mobile de soins palliatifs, l'EHPAD de Fauville-en-Caux, l'hôpital de Barentin, l'observatoire nationale de la fin de vie, etc.....

Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), destinées à planifier un parcours personnalisé de prise en soin à domicile est un dispositif de renfort pour l'EHPAD en termes de partenariats. Ce dispositif d'accueil, d'orientation et de coordination reposant sur une structure préexistante permet un travail de réflexion et de projet pertinent au regard des évolutions des publics vieillissants.

En ce qui concerne l'animation, de nombreux partenariats culturels sont établis, avec des rencontres, des interventions de personnes au sein de l'EHPAD (accueil d'artistes en résidence), des bénévoles participant à des animations spécifiques, des sorties culturelles, des musiciens, une participation au téléthon permettant de créer des liens importants avec l'extérieur... l'engagement des partenaires sur lesquels s'appuie l'EHPAD pour compléter les accompagnements des résidents est un réel atout. Les bénévoles restent un renfort et peuvent être un support à l'animation.

L'établissement est en constante recherche de partenariats, il est ouvert sur l'extérieur. Les exemples ci-dessus montrent le dynamisme de la Direction et des professionnels à participer au développement d'un réseau au service des résidents.

### **Points à améliorer :**

L'évaluation des partenariats est formalisée au travers d'une réunion une fois par an mais n'est pas mise en œuvre par faute de temps.

### **Préconisations :**

*Organiser des bilans et des évaluations du travail partenarial.*

*Les relations inter établissements permettent des échanges sur les activités et des goûters sont organisés dans d'autres établissements.*

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

Certains partenaires ont été entretenus lors de l'évaluation externe. Ils expriment de façon unanime l'efficacité du travail partenarial mené avec l'EHPAD. Les personnes ressources au sein de la structure sont connues et disponibles à leurs demandes. Ils disposent des informations nécessaires pour intervenir avec ou dans l'établissement.

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 ;

Les bonnes relations partenariales avec les autorités de contrôle et de tarification permettent par ailleurs à l'établissement d'échanger sur les besoins de l'établissement et notamment les orientations du projet d'accompagnement (mise en place des unités protégées, volonté de développer l'hébergement temporaire, l'accueil de jour). De même, l'équipe de Direction participe activement aux réunions organisées par les autorités de tarification.

Les médecins font des conférences à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement pour faire connaître les EHPAD. Ils participent aux journées gérontologiques d'Yvetot. Les conférences s'adressent aux usagers et aux familles, aux équipes soignantes (AS et infirmières), aux médecins.

La Directrice gère les partenaires institutionnels, le médecin coordonnateur gère le conventionnement avec les partenaires médicaux. (COREVIH, conférence VIH résidents, dégustation Finger-food avec 80 personnes extérieures.....).

La direction bien implantée localement se sert de cette situation pour créer naturellement du lien avec la commune et ses services.

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 ;

L'élément majeur à souligner dans ce cadre est la capacité qu'a développée l'équipe et particulièrement l'équipe de Direction et l'équipe médicale à ouvrir l'établissement sur son environnement, à soutenir des partenariats croisés où l'on ne se contente pas de chercher une réponse à un besoin, mais où l'on cherche également à établir du lien, de la connaissance et de la reconnaissance mutuelle, du partage de compétences

L'EHPAD est très bien intégré à l'environnement et est totalement accepté par la population locale. Il participe de manière active aux manifestations locales et participe de ce fait à l'intégration de la population âgée et dépendante.

Un projet « estime de soi » a permis aux résidents de réaliser avec 8 autres structures, une comédie musicale avec d'autres personnes âgées, des personnes en situation de handicap, des personnes relevant de la précarité sociale etc....

L'établissement est situé proche du centre-ville d'Yvetot. Cette proximité permet aux résidents d'accéder facilement à la vie sociale.

La distribution de fascicules au sein de l'EHPAD montre sa réelle volonté de s'appuyer sur le réseau local

Il y a une ouverture importante sur l'environnement proche. L'établissement s'est occupé de l'organisation d'un congrès CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales) pour les médecins coordinateurs.

### **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 ;

L'individualisation des accompagnements au sein de l'EHPAD est effective.

La démarche méthodologique d'élaboration du projet de vie individualisé est initiée au sein de l'EHPAD. Un groupe de travail a été constitué afin de construire les différentes étapes d'élaboration du projet de vie individualisé. Il existe une réelle volonté affirmée de la part des cadres et des professionnels de dynamiser la mise en œuvre du projet de vie individualisée.

Ces professionnels se sont appuyés sur une méthodologie de projet permettant d'identifier les différentes étapes d'élaboration. Cette méthodologie est en cours de validation.

Le projet identifie des objectifs généraux et des objectifs opérationnels avec le repérage des actions et des moyens à mobiliser pour mettre en œuvre le projet d'accompagnement.

#### **Points à améliorer :**

Le contrat de séjour ne fait pas l'objet d'avenant signé au contrat de séjour lié aux objectifs du PVI. (Actions liées aux résultats de l'évaluation interne).

La place et la mission de référent de projet.

#### **Préconisations :**

*Les objectifs d'accompagnement, dans le cadre du projet personnalisé, doivent faire l'objet d'un avenant signé au contrat de séjour. (Prévu par l'établissement)*

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.

Le projet s'élabore à partir des désirs, des attentes du résident (recueil des habitudes, de l'histoire de vie), mais aussi de ses capacités (grille GIR, dossier des capacités, évaluation psychologique, bilan kinésithérapique, dossier médical...), et sur les ressources humaines et matérielles de l'établissement et de son environnement. Le résident est inclus dans cette dynamique, il est consulté ainsi que sa famille notamment au moment de l'accueil et lors des entretiens réguliers organisés par les différents professionnels de la structure.

La réflexion concernant le projet de vie individualisé, prend en compte le parcours du résident au sein de l'EHPAD, en identifiant les différentes étapes de son accompagnement, à savoir le pré-accueil, l'accueil, la vie quotidienne et l'accompagnement fin de vie. Des objectifs sont identifiés par le groupe de travail pour chaque étape repérée.

Le projet prend en compte les attentes, les capacités de la personne et s'appuie sur les ressources de l'établissement.

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 ;

Un document est mis en place permettant le recueil des informations lors des différentes étapes. Ce document est pertinent au regard de la démarche d'individualisation.

Dans ce document, est identifiée également, la procédure d'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé. Les trois Kantiennes « que puis-je espérer, que puis-je réaliser, que puis-je connaître ? » viennent articuler l'élaboration et la mise en œuvre du projet. Cette logique d'élaboration est pertinente au regard de la mission même de l'établissement, de la réglementation et de la recommandation des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM concernant le projet personnalisé.

#### **Points à améliorer :**

Le projet ne fait pas l'objet d'un suivi formalisé et la prise en compte des éléments intercurrents n'est pas identifiée.

#### **Préconisations :**

*S'assurer de prendre en compte la recommandation des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM concernant l'élaboration du projet personnalisé.*

*S'assurer que la réactualisation d'un projet n'est pas effective que par une situation qui se dégrade. Afin de prendre en compte les éléments intercurrents, il serait intéressant d'élaborer une méthodologie de suivi des actions et d'évaluation dans le cadre du projet personnalisé.*

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

L'EHPAD, de plus, a mis en place un système d'information pertinent par l'intermédiaire de fascicules à disposition des résidents et des familles :

- L'accès au dossier médical suivant la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et le décret n°2006-6 du 4 janvier 2006
- Les réclamations suivant la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) où y sont nommés les 2 médiateurs médicaux, les 2 médiateurs non-médicaux, les représentants des usagers mais aussi le rôle de la CRUQ
- Les biens et valeurs de l'utilisateur d'après les articles L1113-1 et R1113-1 à R1113-9 du code de la santé publique
- La charte des droits et Libertés de la personne âgée dépendante
- La personne de confiance suivant la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relatif aux droits des malades et à la fin de vie
- Les directives anticipées suivant la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relatif aux droits des malades et à la fin de vie. Un guide d'aide aux démarches suite au décès d'une personne à l'hôpital d'Yvetot est disponible.

Les coordonnées des médiateurs externes, ainsi que les modalités pour y recourir sont disponibles à l'accueil et par voie d'affichage dans tous les services d'EHPAD.

Concernant les dossiers des résidents, les informations aux familles se font en suivant la procédure d'accès au dossier.

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

L'admission est préparée avec la famille en construisant un projet cohérent pour un accompagnement de qualité.

Un dossier de préadmission est adressé aux demandeurs. La procédure d'admission est en place. Il y a une réflexion en cours pour l'améliorer, notamment en ce qui concerne la mise en place d'une rencontre avec l'usager organisée avant l'accueil.

La procédure d'admission prévoit la recherche du consentement de la personne quant à son entrée dans l'établissement. Le consentement éclairé est signé par la personne en capacité de le donner ou signé par 3 témoins pour les personnes ne l'étant pas. Il est remis une documentation de présentation de l'établissement à la personne ou à sa famille. La personne, en fonction de ses besoins, rencontre le médecin coordonnateur.

Les directives anticipées sont recherchées systématiquement pour les nouveaux résidents. La psychologue rencontre le résident après son accueil au sein de la structure.

A l'admission, l'établissement formalise un premier recueil des habitudes de vie du résident et de ses attentes qui servira de base au projet personnalisé. Les habitudes alimentaires liées à une pratique religieuse sont également prises en compte.

L'établissement prévoit l'inclusion des usagers pour identifier leurs besoins et leurs attentes notamment à travers des instances dans lesquelles ils sont représentés

Les activités proposées répondent aux besoins des résidents tant d'un point de vue collectif qu'individuel. Les animatrices utilisent le dossier des capacités du résident pour mettre en place des activités, ainsi le support de travail est adapté à chaque usager.

De plus, il y a des prises en charge individuelles avec des sorties pour rendre visite aux familles ou autres.

Il peut y avoir des repas d'anniversaire une fois par mois et un cadeau réalisé par une aide-soignante est offert. Il peut aussi y avoir des repas à thèmes.

L'après-midi, il y a des sorties prévues, soit auprès de la famille, soit des sorties extérieures en ville pour faire du shopping. Cela peut aussi être une promenade dans l'enceinte de l'établissement.

Des activités l'été sont également proposées avec des sorties à la mer par exemple.

L'ensemble de ces activités répond aux besoins des personnes accueillies en tenant compte de leurs attentes.

### **Points à améliorer :**

La procédure d'admission n'inclut pas la présence d'une psychologue, ni la procédure d'accueil. Une psychologue peut néanmoins être sollicitée à la commission d'admission à la demande du médecin.

L'identification des directives anticipées pour l'ensemble des résidents accueillis au sein de la structure. Cette démarche est mise en place pour les nouveaux arrivants.



Il y a une difficulté à mobiliser les aides-soignantes dans le cadre de la commission d'animation, même si des améliorations sont constatées (exemple : la semaine bleue).

La compréhension du fonctionnement et du champ d'activité entre l'équipe d'animation et l'équipe de soins.

### **Préconisations :**

*Réfléchir à la nécessité de systématiser la présence d'une psychologue lors de la commission d'admission et de la procédure d'accueil notamment pour favoriser l'intégration du nouveau résident et de sa famille.*

*Poursuivre l'identification des directives anticipées pour l'ensemble des résidents accueillis.*

*Poursuivre la mobilisation des soignants dans le cadre du projet d'animation et de la commission d'animation, notamment en établissant des liens avec l'accompagnement au quotidien et l'individualisation de l'accompagnement.*

*Permettre aux soignants d'inclure la dimension animation dans le cadre de leur accompagnement au quotidien et notamment en les faisant participer à des temps d'activité.*

Les repas à destination des usagers sont bons.

Les repas mixés sont de qualité. Une vraie démarche qualité est mise en œuvre par rapport aux repas mixés. De plus, une belle présentation est toujours recherchée. Le médecin coordonnateur a mené un travail conséquent avec le personnel de cuisine concernant la réalisation des repas mixés. Ce personnel est très impliqué dans cette démarche. La cuisine a la possibilité de faire du manger-main (Finger-food).

Les usagers rencontrés expriment globalement leur satisfaction concernant la restauration. Des réponses sont organisées au regard des demandes spécifiques d'usagers, à titre d'exemple, des repas froids pour l'été ont été mis en place dès août 2014, en réponse à une demande d'utilisateur.

Les douches sont à l'italienne et adaptées aux besoins des personnes.

Les chambres sont spacieuses et lumineuses. Un éclairage au sol est à disposition dans les chambres pour permettre aux personnels de nuit de travailler sans réveiller l'utilisateur de manière agressive et le déranger.

Le nettoyage de chambre s'organise un jour sur deux.

L'entretien des-chambres est effectué à fond une fois par mois.

Le ménage de chambre est parfait techniquement, et humainement d'après les usagers entretenus.

D'après les usagers rencontrés, il y a eu de grandes améliorations concernant la gestion de leur linge.

Le bâtiment a fait l'objet de rénovation importante, il est adapté aux besoins et aux attentes des usagers.

Chaque unité dispose d'un salon pour l'accueil des familles. Il peut servir de salle d'attente.

### **Points à améliorer :**

Le non-respect de la signalétique des sols mouillés présente des risques potentiels de chutes.

Certains usagers estiment qu'il y a un manque de collation le soir pour éviter la dénutrition.

Il n'y a pas de chariot à hauteur variable dans la partie sale de la blanchisserie.

### **Préconisations :**

*Prévoir systématiquement la signalétique des sols mouillés pour limiter les risques de chutes des résidents et des personnels.*

*Réfléchir à la mise en place d'une tisane ou d'un gâteau le soir.*

*Prévoir un chariot à hauteur variable dans la partie sale au sein de la blanchisserie pour limiter les risques de troubles squelettiques.*

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 ;

Au sein de la structure, il a été mis en place un conseil de la vie sociale. Il réunit des représentants des résidents et des familles de l'EHPAD et du personnel. Il rend des avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement et l'accueil des usagers. Le CVS se réunit au moins 3 fois dans l'année, le quorum est respecté. Le conseil de la vie sociale fonctionne tel que le prévoit la réglementation. Une boîte aux lettres pour le conseil de la vie sociale est à disposition sur chaque unité.

Les comptes rendus du CVS montrent que cette instance est un lieu d'information et un lieu d'échanges entre les membres représentants. Il existe un règlement intérieur du CVS. Une enquête de satisfaction sur le CVS a été effectuée. Il y a eu peu de retour.

Les usagers sont écoutés et entendus, les demandes sont prises en compte. (Ex : terrain de boule, dîner froid l'été...). Les usagers expriment leur satisfaction quant à la

disponibilité des professionnels et de l'établissement pour répondre à leurs demandes. Les familles se sentent également écoutées. La parole est libre.

Il existe également une commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (CRUQC). Elle veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

Une commission repas et une commission générale sont mis en place pour questionner la satisfaction des usagers.

L'avis des usagers est également recueilli concernant l'animation par l'intermédiaire des réunions animations.

Les résidents rencontrés estiment qu'ils sont écoutés au sein de la structure et que leurs demandes sont prises en considération.

### **Points à améliorer :**

La difficulté d'implication des résidents et des familles dans le cadre du CVS.

### **Préconisations :**

*Recueillir la parole des usagers en amont du CVS par le biais des référents afin de faciliter l'implication des usagers.*

*Poursuivre la communication auprès des familles concernant le fonctionnement du CVS, et notamment lors de l'accueil.*

## **D/ La garantie des droits et la politique de prévention 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 ;

La Charte des Droits et Liberté de la Personne Accueillie et la Charte des Droits et Liberté de la Personne Dépendante, le Règlement de Fonctionnement et le numéro « Allo Maltraitance 3977 » sont affichés sur les panneaux d'information à l'accueil et sur les unités.

Le contrat de séjour est établi et élaboré dans les 15 jours suivant l'admission et signé dans le mois suivant l'admission. Le livret d'accueil existe et est transmis à l'accueil d'un nouveau résident.

L'ensemble de ces outils est validé par le conseil de surveillance et présenté au conseil de la vie sociale.

La présentation des différents outils permet au résident et à son entourage d'avoir une information claire compréhensible et adaptée sur l'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD.

L'EHPAD, de plus, a mis en place un système d'information pertinent par l'intermédiaire de fascicules à disposition des résidents et des familles.

Les coordonnées des médiateurs externes, ainsi que les modalités pour y recourir sont disponibles à l'accueil et par voie d'affichage dans tous les services d'EHPAD.

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 ;

Le circuit du médicament est opérationnel, fonctionnel et très cadré. Il y a la photo des résidents sur les piluliers.

Il y a un pharmacien pour l'ensemble du centre hospitalier. Il s'occupe de la gestion des prescriptions. Il est référent « antibiothérapie » pour l'établissement. Il suit la procédure générale RETEX de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. La réglementation est respectée. Il dispose d'un accès total au dossier de l'utilisateur.

Une réflexion est en cours autour de l'automatisation de la pharmacie avec plusieurs partenaires. La pharmacie en interne et son personnel est un réducteur de risque efficace pour l'EHPAD.

Le service technique est en travaux du fait de la réalisation de cloisonnement pour sécuriser les bâtiments en porte coupe-feu deux heures.

Il y a une réactivité immédiate au moindre problème.

Les panneaux de consignes de sécurité sont accrochés sur tous les murs des endroits stratégiques. Ils sont correctement renseignés.

Deux défibrillateurs sont disponibles sur le Centre. Ils sont signalés par un fléchage.

Les extincteurs sont sous coffre dans les unités protégées.

Le local de traitement des déchets infectieux DASRI est au sous-sol. Il est fermé avec un système de code.

Il y a un suivi de production d'eau chaude (légionnelle).

Le registre sécurité est à jour. La commission de sécurité a émis un avis favorable validé en septembre 2012. Toutes les restrictions ont été levées.

Les formations sécurité, incendie, avec évacuations sont réalisées tous les ans pour environ 200 personnes. Une formation autour des ascenseurs pour dégager les personnes bloquées a été réalisée. Le registre sécurité est en place et est à jour. Les formations « sécurité » sont faites.

Un protocole sur les produits phytosanitaires qui sont stockés dans le local de sécurité est mis en place. Le local est ventilé.

Le carnet sanitaire existe.

### **Points à améliorer :**

Il y a besoin d'informatiser toutes les prescriptions.

Les réserves de consommables avec des produits alimentaires, les boissons, les produits d'hygiène, les changes ne sont pas fermés à clé. Il n'y a qu'une clé par unité.

Dans les unités, la salle contenant les déchets ainsi que le DASRI et le linge sale n'est pas fermée à clé.

Il n'y a pas de réunion du service d'entretien.

La formation sur le produit phytosanitaire.

L'organisation du carnet sanitaire constitué de plusieurs dossiers.

### **Préconisations :**

*S'assurer de l'informatisation de l'ensemble des prescriptions.*

*Prévoir la sécurisation des portes des locaux de stockage. Mettre des passes à disposition ou installer des systèmes à code.*

*Prévoir une réunion de service entretien par an.*

*Mettre en place une formation sur le produit phytosanitaire.*

*Réorganiser le carnet sanitaire (également préconisé dans l'évaluation interne).*

Il existe une procédure concernant l'identification d'événements indésirables. En cas d'événement indésirable, une fiche d'événement indésirable est rédigée avec le logiciel ENNOV (Logiciel de gestion de documents et processus) et notamment pour les chutes. Il y a un suivi puis un classement en service qualité. Il y a une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « chute » avec le kinésithérapeute, un médecin, la cadre supérieure de santé.

L'équipe est sensibilisée aux risques de chutes. Toutes les EPP sont présentées en comité de pilotage qualité.

## Points à améliorer :

Il n'existe pas de livret bientraitance bien que des actions soient réalisées pour favoriser la pratique bientraitante au sein de la structure.

### *Préconisations :*

*Réfléchir à la mise en place d'un livret de bientraitance à destination des professionnels et des partenaires intervenants au sein de la structure.*

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'utilisateur ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels ;

Les personnels bénéficient de formation régulièrement et un plan de formation est établi chaque année. Elles sont organisées soit à partir des demandes individuelles, soit à partir des besoins collectifs. Certaines formations ont été prioritaires, déterminées à partir du projet d'établissement et des résultats de l'évaluation interne. La politique de formation est très active et répond aux besoins des professionnels.

Il existe une procédure de recrutement claire et appliquée. De même, que l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels, stagiaires et étudiants font l'objet d'un repérage formalisé dans le cadre notamment du projet social.

Les entretiens annuels sont organisés et permettent d'identifier les besoins de formation et le projet professionnel des agents.

Une commission de formation a été créée en 2012, (1 représentant de chaque corps de métiers), elle met en place un « curseur » pour la formation :

- Niveau 1, les obligations réglementaires,
- niveau 2, apporter des compléments de compétences,
- Niveau 3, préparer un concours, un projet professionnel.

Au sein de l'EHPAD, il est organisé des Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL), régies par le statut de la Fonction Publique Hospitalière, qui ont pour mission d'associer les représentants du personnel à la gestion des situations individuelles des agents stagiaires et titulaires.

Elles émettent ainsi un avis préalable sur les décisions individuelles relatives à la carrière des agents (titularisation, notation, avancement d'échelon ou de grade,...). Il existe une commission par catégorie de personnel.