RAPPORT D'EVALUATION INTERNE

Hôpital Asselin Hédelin

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes
Yvetot (76)

SOMMAIRE

Présentation de l'établissement **Page 3**

1 - L'engagement dans la démarche d'évaluation interne et d'amélioration continue de la qualité **Page 5**

A - L'inscription dans le cadre juridique
B - Les enjeux
C – La démarche retenue par l'établissement
D - Les attendus de la démarche et ses acteurs

2 - Déroulement de l'évaluation interne **Page 9**

A- La préparation d'un pré référentiel
B - L'information des professionnels
C - La constitution des groupes de travail
D - L'initiation à la démarche d'évaluation interne par le formateur consultant
E - Les étapes de l'évaluation interne

3 - Résultat des audits **Page 14**

A- L'ensemble du référentiel a été audité
B- Les collectes ont été synthétisées
C- Les résultats ont généré des Plans d'Amélioration

4- Plans d'action résultant de l'évaluation interne **Page 65**

ANNEXES : **Page 75**

PRESENTATION DE l'ETABLISSEMENT

HISTORIQUE

L'Etablissement est implanté à YVETOT depuis 180 ans grâce à la générosité de Monsieur ASSELIN DESPART qui laisse par testament un legs afin d'établir un hospice sur la commune.

L'Hospice ASSELIN s'établit provisoirement rue du Manoir en 1817. Très rapidement, ce local se révèlera exigu et la construction d'un nouvel établissement est envisagée. Ce sera chose faite en 1841.

Quatre ans plus tard, la chapelle est construite, adossée à ce même bâtiment.

En 1909, un nouveau legs de Mme HEDELIN permet à l'Hospice de prospérer. De ce fait, en 1910, l'établissement est renommé Hospice ASSELIN-HEDELIN.

Puis, viendront au fil des années s'adjoindre autour de cette structure :

- la Maternité en 1939 qui fonctionnera jusqu'en 1991,
- le Pavillon Maupassant en 1964 (Maison de Retraite),
- le Pavillon Pépin en 1977 (Maison de Retraite),
- la cuisine centrale en 1980,
- le Pavillon Bigot de type V 97 en 1987 (Médecine, Moyen Séjour, Long Séjour, Cure Médicale) qui remplace l'ancien bâtiment du XIXème, démoli en 1988, et offre 98 hébergements complets.
- le service Albon en 1994 (psychogériatrie),
- l'aménagement de l'Administration dans les locaux de la Maternité en 1994,
- le rapatriement du centre médico-psychologie en centre ville, en 2002.
- depuis le 1er janvier 2009, les unités de psychiatrie (hôpital de jour et CMP) sont rattachées administrativement au CH du Rouvray.
- depuis le 11 octobre 2013, nouvel EHPAD de 162 logements.
- fin 2013, début des travaux de réhabilitation de 40 logements EHPAD sur le pavillon Bigot

LA POPULATION ACCUEILLIE

L'ÉTABLISSEMENT accueille 202 résidents répartis comme suit :

- 202 lits en EHPAD dont :
  - ✓ 12 places en PASA
  - ✓ 42 lits en UP
  - ✓ 1 lit en Hébergement Temporaire
  - ✓ 2 places d'accueil de jour

LES CONDITIONS D'ADMISSION

L'Etablissement accueille en priorité les habitants de l'agglomération de Rouen mais il accueille aussi des personnes des alentours.
L'admission est préparée avec la famille en construisant un projet cohérent pour un accompagnement de qualité.

LE FINANCEMENT

L'Etablissement est habilité à l'aide sociale, à recevoir des bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie) et répond aux normes d'attribution de l'allocation logement. Les tarifs de l'hébergement et de la dépendance sont fixés par le président du Conseil Général.

LE PROJET D'ETABLISSEMENT

La direction a prévu la réactualisation du projet d'établissement en 2014. L'évaluation interne a fait apparaitre les points à prendre en compte dans la révision du projet. La réactualisation permettra de donner de nouvelles orientations pour les 5 prochaines années et de préparer la prochaine convention tripartite.

LES DIFFERENTES FORMES ET INSTANCES DE PARTICIPATION DES USAGERS

Un conseil de la Vie Sociale est organisé trois fois par an. Y siègent des représentants élus des familles, des résidents et du personnel. Des comptes rendus sont réalisés et mis à disposition des usagers et des professionnels.

LES PERSPECTIVES A VENIR

L'établissement a beaucoup d'atouts en particulier au travers d'une prise en charge de qualité avec des professionnels compétents et motivés. Au niveau des soins, l'équipe est managée par une cadre supérieure et des cadres répartis sur les différents services. Un médecin coordonnateur salarié par l'établissement est garant de la cohésion des soins internes et externes. Un logiciel permet d'assurer une traçabilité de la prise en soin et centralise toutes les données de manière sécurisée. 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. Une cellule qualité permet d'assurer l'amélioration continue dans l'établissement et d'adapter au mieux la prise en charge de chaque résident.

Au-delà de tous ces points positifs, il apparait que l'établissement a des efforts à faire sur les projets personnalisés à formaliser pour chaque résident et sur la gestion des animations. La nouvelle cuisine sur le site doit apporter un plus de manière personnalisée aux attentes des résidents en termes de choix, de goût…Les efforts engagés sur ce sujet doivent être poursuivis. Le projet de réhabilitation engagé en 2013 va permettre d'adapter l'accompagnement des résidents et de proposer un lieu de vie en adéquation avec le projet d'établissement sur l'ensemble de l'établissement. Les 3 Unités Protégées (UP) répondent à un besoin réel de la société actuelle. L'accompagnement est plus adapté et les indicateurs prouvent que les résidents nécessitant une prise en soin adaptée vivent mieux en UP qu'en EHPAD. Actuellement les UP ne sont pas « labellisées » par les tutelles et l'organisation est possible grâce à une implication forte de tous les professionnels de l'EHPAD. Pendant l'évaluation interne, beaucoup de professionnels disent que depuis l'ouverture des UP, le travail est devenu beaucoup plus difficile, la fatigue du personnel se fait ressentir principalement par des arrêts maladie justifiés et ces arrêts fragilisent l'organisation des services de l'ensemble de l'EHPAD. Le PASA répond lui aussi à un véritable besoin pour les résidents. La labellisation n'est pas accordée. La négociation de ces labellisations permettra de rééquilibrer les services pour que le fonctionnement de l'ensemble des Unités (3 UP et 1 PASA) n'ait pas d'impact négatif sur la fonction de l'ensemble de l'EHPAD.

1 - L'ENGAGEMENT DANS LA DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE ET D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

A- Le cadre juridique de l'évaluation interne:

La loi de janvier 2002 instaure l'obligation pour tout établissement de procéder à l'évaluation interne de ses prestations.

B - Parmi les enjeux pour l'ÉTABLISSEMENT :

Passer d'une réponse à l'obligation légale à une opportunité de remettre l'usager au centre de sa pratique

Mettre en œuvre une démarche d'évaluation qui ait à la fois du sens et une âme

Concourir à l'amélioration des prestations de l'établissement en direction des usagers et des partenaires

Procéder à l'évaluation interne n'a de sens qu'en rapport ultérieur avec l'action (notamment l'amélioration continue). Il ne peut être question de se contenter d'une démarche de simple audit, de constats sans suite visible pour les professionnels et/ou l'usager.

La proximité des échéances auxquelles est confronté l'établissement pour produire son rapport d'évaluation interne ne doit pas conduire à brûler les étapes : il est capital de laisser du temps pour l'acculturation des professionnels à cette démarche, et, le cas échéant, la prise en compte de leurs possibles et légitimes résistances. Pour des raisons qui tiennent à la fois aux exigences du législateur, mais aussi à l'éthique et à l'efficacité, l'adhésion des professionnels à la démarche sont incontournables.

Il est sans doute plus facile et plus rapide à une équipe réduite (composée de cadres de l'établissement) de procéder à l'évaluation interne. L'histoire récente du secteur médico-social alerte sur le risque encouru : les institutions qui par le passé avaient procédé à la rédaction ou réactualisation de leurs projets d'établissement sans associer les professionnels ont pu constater à l'usage combien « l'économie » de temps ainsi réalisée se traduisait ultérieurement par un piètre résultat de la démarche projet. Celui-ci s'avérait au final mal connu, peu partagé, et donc mal mis en œuvre.

Cette expérience devrait suffire à indiquer le chemin à suivre pour ne pas renouveler ce phénomène : il est impératif que la démarche soit participative et motivante. **La direction et le Conseil de Surveillance de l'établissement ont souhaité associer les professionnels à la démarche.**

Mais l'intérêt pour la question de l'évaluation interne et la participation qui en résulte ne se décrètent pas. L'établissement a dû en créer les conditions.

C - Conformément aux recommandations de l'Agence de l'Evaluation, l'établissement a souhaité, dans sa démarche interne :

Mettre en place les moyens d'un pilotage à plusieurs étages :

- Pilotage stratégique, au niveau de la direction et participation active dans le comité de pilotage et dans des groupes d'évaluations
- Pilotage opérationnel par la cellule qualité et les cadres des différents services, directement et concrètement investis dans la démarche, notamment par une participation active au comité de pilotage et aux groupes d'évaluation, dans la mise en place des moyens utiles au déroulement de la démarche, dans les phases d'arbitrage.

Concrètement, l'établissement a souhaité associer l'ensemble des professionnels (professionnels soignants, technique, administratifs, services généraux…) aux différentes étapes de la démarche d'évaluation interne : de l'élaboration/adaptation du référentiel à la détermination des plans d'amélioration résultant du travail d'évaluation. Les fiches d'émargement des différentes séances de travail l'attestent.

La Direction de l'Etablissement a fait appel à un prestataire extérieur, IRFA évolution, qui a accompagné l'équipe au niveau méthodologique. Il n'entrait pas dans le mandat de ce prestataire de se prononcer sur le fond des pratiques analysées.

D - La répartition des rôles et missions de chacun, dans la démarche, a été ainsi définie :

Le Conseil de surveillance :

Il a été associé à la démarche lors d'une réunion de conseil au travers d'une information concernant les différentes étapes de l'évaluation interne, les conditions pour que l'évaluation soit réussie et les conditions pour pérenniser la démarche qualité dans le temps.

La direction de l'établissement :

Elle a validé le choix du référentiel d'évaluation : IRFA évolution. Elle a proposé un référentiel articulé à partir de la Recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM « Evaluation interne en EHPAD de 2012» en particulier les 5 axes proposés par l'ANESM.
Elle a donné les moyens aux acteurs de mettre en œuvre l'évaluation interne : commande auprès du prestataire externe, planification de journées d'intervention…

Elle a été garante, tout au long de l'élaboration des axes, de leur pertinence et de leur adéquation aux orientations générales de la structure.

Elle a rassuré l'équipe d'évaluation quant à la suite donnée à la démarche au travers de la mise en place concrète de plans d'actions.

Elle a validé les Plans d'Amélioration résultant de l'évaluation interne.

L'équipe :

Toute l'équipe a été concernée et associée à l'évaluation interne dans ses différentes phases :

- Réunion d'information à l'ensemble du personnel
- Proposition à chacun de pouvoir participer à la démarche soit au travers d'un groupe constitué pour l'évaluation soit au travers d'aide à la collecte d'informations individuelles.
- Etat des lieux concernant les différents items à explorer
- Analyse
- Recherche des pistes d'amélioration de la pratique
- Structuration des axes opérationnels de cette amélioration

De manière plus spécifique a été constitué un comité de pilotage « médico-social » :

Tous ne pouvant s'investir à la même hauteur dans le travail d'évaluation interne, un groupe de pilotage a été constitué avec le médecin, la cellule qualité, le cadre supérieur, les cadres de chaque service, des responsables de différents services (technique, administratif..). Accompagné par l'intervenant externe, le groupe a adapté le référentiel proposé par l'IRFA et a organisé la répartition des audits à effectuer. Le comité a évalué les thèmes plus spécifiques (projet d'établissement, Ressources humaines...).

Constitution des groupes d'évaluation :

Pour permettre d'avoir une vision réelle de l'établissement, le comité de pilotage a décidé de créer un groupe d'évaluation par thème et d'y intégrer des professionnels sur la base du volontariat. Les groupes sont constitués de manière pluridisciplinaire. Chaque groupe était piloté par des membres du comité de pilotage (un cadre et un qualiticien). Ces groupes fonctionnaient parfois avec des professionnels « invités » en fonction des thèmes abordés. Ces groupes continueront le travail d'amélioration à la suite de la démarche d'évaluation.

Groupe d'évaluation en annexe 1.

Ces équipes ont constamment gardé à l'esprit la préoccupation de garantir que la Démarche d'évaluation interne s'inscrive non pas dans une préoccupation de « contrôle », ce qui serait stérile, voire contre-productive, mais bien dans une **perspective d'amélioration continue** du service rendu aux usagers.

Les autres professionnels ont participé à la démarche en position d'audités. Ils se sont attachés à décrire les pratiques telles qu'elles étaient, et non comme ils se les représentaient. Cette volonté de précision et de transparence a permis à l'équipe d'évaluation interne de disposer d'éléments lui permettant de produire un diagnostic fiable.

L'intervenant extérieur:

Le choix de faire intervenir un organisme de formation, plutôt qu'un organisme conseil, a répondu au souhait de permettre, au-delà de s'assurer de la production attendue (synthèse de l'évaluation, élaboration des plans d'action qualité), d'opérer un transfert de méthodes de réflexion, permettant ultérieurement à l'équipe de poursuivre ce travail en complète autonomie, et dans une démarche qui soit celle de l'amélioration continue. En effet, le cycle de l'évaluation ne s'arrête pas là. L'évaluation externe, puis les cycles suivants d'évaluation interne, viendront par la suite alimenter l'amélioration continue.

Le logiciel :

Le logiciel « QUALIRFA » a été utilisé tout au long de la démarche d'évaluation par les différents groupes. L'IRFA a intégré directement dans le logiciel les entretiens programmés pour chaque groupe d'évaluation. Une formation à l'utilisation du logiciel a été apportée aux membres du Comité de pilotage pour permettre une autonomie dans l'utilisation du logiciel.

Une démarche qualité pérenne

La cellule qualité en place permettra d'assurer l'avancement de la démarche d'amélioration continue à la suite de l'évaluation interne notamment en respectant certaines conditions :

- Recomposer le comité de pilotage en intégrant des membres des groupes d'évaluation (IDE, AS, AMP, ASH) dans la limite de 12 professionnels. Un « siège tournant » peut être proposé pour que chaque professionnel puisse participer s'il le désire et pour ouvrir le comité de pilotage à l'ensemble du personnel (place à réserver).
- Le comité de pilotage devra se réunir au moins tous les deux mois et si possible une fois par mois.
- Le comité de pilotage devra valider l'avancement des plans d'actions et évaluer si les plans d'actions ont agi positivement par rapport aux points à améliorer lors de l'évaluation.
- Définir des sous-groupes de travail pour trouver des solutions aux points faibles constatés. Les groupes d'évaluation deviendront alors des groupes de travail et s'associeront entre les services pour résoudre certains problèmes communs. D'autres professionnels n'ayant pas participé aux groupes d'évaluation pourront intégrer un ou plusieurs groupes de travail. L'utilisation d'outils qualités sera utile à ce moment

- Toutes les actions qualité devront être validées par la direction obligatoirement
- Le comité de pilotage devra planifier, organiser la mise en place des plans d'actions.
- Des membres du comité de pilotage pourront animer des groupes de travail auprès d'autres professionnels ne faisant pas partie du comité. Une synthèse sera à réaliser auprès du comité de pilotage pour valider les travaux.
- Le suivi de la démarche d'amélioration continue pourra être réalisé par la cellule qualité et les travaux enregistrés au fur et à mesure sur le logiciel Qualité. Le logiciel permettra de suivre l'ensemble de la démarche et de rappeler les échéances des plans d'actions.
- La direction doit être représentée à chaque réunion de comité de pilotage.

Un « comité » de direction pourrait être instauré pour aborder des sujets relatifs au management de l'établissement. Ce comité pourrait associer la direction, le médecin coordonnateur, le responsable qualité, des cadres...

Un bilan auprès des participants dans les groupes d'évaluation permet d'affirmer que chaque membre des groupes est particulièrement convaincu de l'utilité de la démarche qualité dans l'établissement. L'équipe a fait preuve de professionnalisme pendant tout le temps de l'évaluation et a compris les enjeux qui étaient engagés pour permettre une amélioration continue par la démarche qualité.

Chacun aura un rôle à jouer pour rappeler à l'ensemble du groupe les objectifs fixés.

2 - DEROULEMENT DE L'EVALUATION INTERNE

A– Formalisation et adaptation d'un référentiel :

L'ANESM a préconisé, dans son guide de l'évaluation de septembre 2006, **l'utilisation d'un outil à l'appui de la démarche: le REFERENTIEL d'évaluation interne**.

« L'évaluation ne peut se faire sans quelques outils permettant à la fois d'identifier ce que l'on cherche précisément à apprécier et de se doter d'un cadre structurant, permettant de recueillir des informations pertinentes (en particulier pour ne pas diluer l'évaluation dans une masse d'informations qui serait par la suite difficilement exploitable) ».

L'Agence n'a pas souhaité contraindre les établissements à l'utilisation d'un modèle unique, du fait notamment de leur grande diversité, mais aussi pour permettre que le travail d'élaboration ou d'adaptation de cet outil soit déjà, par lui-même, l'opportunité d'un premier questionnement, et une porte d'entrée dans la démarche.

L'architecture du référentiel QUALIRFA **EHPAD proposé à l'appui de la démarche** est structurée selon les recommandations ANESM relatives à la conduite de l'évaluation interne.

L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	**Février 2012**
La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles	**Juillet 2009**
Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles	**Avril 2008**

Faisant elles mêmes suite au guide pour l'évaluation interne du CNESM de 2006.

L'ANESM ayant également préconisé de décliner l'outil d'évaluation selon trois niveaux :

- des références
- des critères
- des indicateurs**.**

Il en résulte une structuration de QualIRFA par:

DOMAINES (Egalement appelés AXES),
REFERENCES (également appelées Thèmes)
CRITERES.

Les DOMAINES sont ceux spécifiquement stipulés par l'ANESM dans ses diverses publications.

DOMAINES (AXES) inspirés DE LA RBPP de février 2012

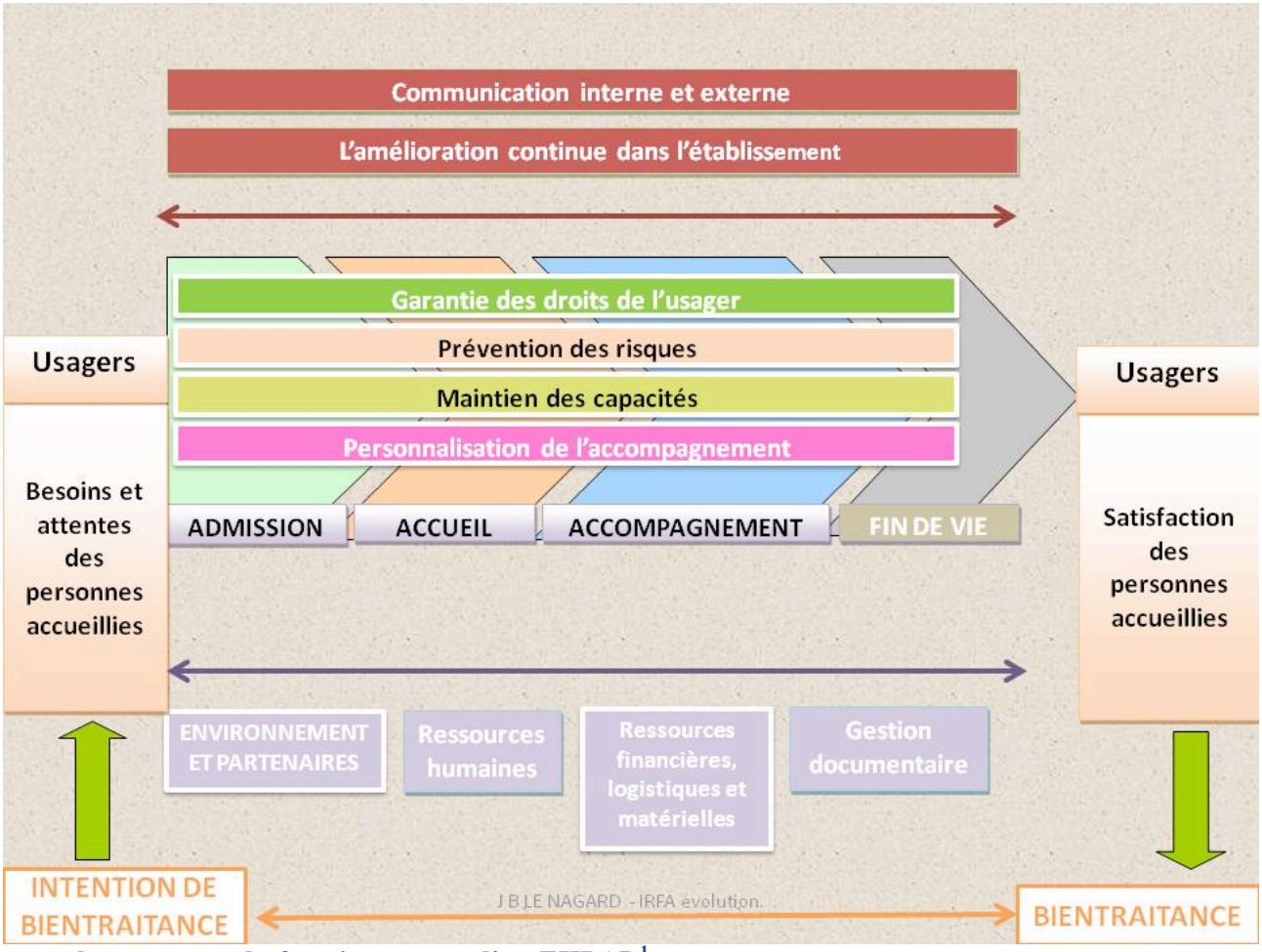
DIC	GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS
PREV	PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE INHERENTS A LA VULNERABILITE DES RESIDENTS
DEP	LE MAINTIEN DES CAPACITES DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION DE DEPENDANCE
PERS	LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT
FDV	L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

DOMAINES complémentaires issus de la recommandation initiale du CNESMS de septembre 2006, et qui seront spécifiquement interrogés par l'évaluation externe :

PROJ	LE PROJET D'ETABLISSEMENT
ENV	L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT
ORG	L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT
RISQUES	GESTION DES RISQUES
RH	RESSOURCES HUMAINES, MANAGEMENT ET ORGANISATION DU TRAVAIL
COM	LA COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE

DOMAINES contribuant à la maîtrise et la pérennisation de la démarche d'amélioration continue :

GDOC	LA GESTION DOCUMENTAIRE
AMELIO	L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE



Approche processus du fonctionnement d'un EHPAD[1]

[1] Extrait de « L'évaluation interne en pratique » JB LE NAGARD- Marc RENARD- Editions ARSLAN.

Chaque domaine est décliné en références (nombre variable selon les chapitres)

Références : ce terme renvoie ici à l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires, aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles ainsi qu'au projet de l'établissement ou aux projets de services.

Chaque référence est déclinée en critères (nombre variable selon les références)

Critères : ils indiquent comment s'appliquent ces références ; ils énoncent de manière concrète les propriétés et le contenu des exigences que l'on se fixe, des réalisations que l'on estime souhaitables ; ils doivent être tels qu'ils soient possible, voire simple, d'apprécier le niveau où se situent les pratiques observées dans l'établissement ou le service et d'émettre une forme de jugement sur les réalités relevées au cours du processus de l'évaluation.

Lors de la phase initiale de la démarche, références et critères ont fait l'objet de débats, permettant de les adapter au plus près du contexte spécifique de l'établissement, et de la compréhension que pourront en avoir les professionnels audités.

Les indicateurs ne figurent pas dans le référentiel :

Indicateurs : pour chacun des critères, on identifie ensuite un ou plusieurs indicateurs qui, de la manière la plus concrète possible, permettent de décrire, voire de mesurer, une action, un effet, un impact.

Volontairement, le référentiel ne comprend pas d'indicateurs pré construits. La formation à la méthodologie de l'audit a induit les auditeurs à rechercher ce qui peut « faire preuve » de plusieurs manières (la preuve documentaire d'une pratique ne pouvant pas toujours exister).

B - L'information des professionnels

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.

Lettre d'information en annexe 2.

12/09/2013	Réunion de présentation de la démarche aux professionnels

Contenu de l'intervention :

Intérêt de la démarche qualité pour le résident, sa famille, les professionnels et l'établissement.

La qualité dans le secteur médico-social: enjeux actuels (fondements et finalités de la loi du 02/01/2002)

Les différentes phases d'une démarche qualité :

- définition du service rendu (référence : le Projet d'Etablissement)
- auto évaluation des pratiques – la notion de référentiel
- analyse de l'environnement
- évaluation et suivi de la satisfaction des usagers de l'établissement
- maîtrise de la qualité
- amélioration continue de la qualité

Les résultats attendus

- le Groupe de Pilotage de l'évaluation interne et son articulation avec les travaux de groupe qui pourront se mettre en place
- les travaux en inter-session
- les engagements respectifs (personnels, direction, intervenant IRFA)

C- La constitution du comité de pilotage et des groupes d'évaluation

Ils ont été constitués de manière stratégique avec des critères de représentativité des différents services.

Ils sont composés de :

- Les Médecins
- La cellule qualité
- Le cadre supérieur
- Les cadres de chaque service
- Des soignants (IDE, AS, AMP, ASH) par service
- Responsables techniques
- Autres professionnels (diététicienne, psychomotricienne, kinésithérapeute, psychologue …)

Chaque séance de travail de ce groupe est tracée par une feuille d'émargement.

D - L'initiation à la démarche d'évaluation interne

12/09/2013	Le comité de pilotage

Présentation du pré référentiel proposé. Premier travail (en sous groupes) d'adaptation du référentiel. Inclusion d'éléments résultant notamment du Projet d'Etablissement, mais aussi adaptation à la terminologie utilisée par les professionnels.

Par la suite, les regroupements ont fait alterner des apports méthodologiques par le formateur, et des travaux de groupe permettant d'aboutir progressivement à la réalisation des recueils d'information, à leur synthèse et à leur exploitation.

Les contenus de formation à l'appui de la démarche ont abordé :

Les outils et les méthodes de recueil de données permettant de faire le diagnostic de l'établissement:
- Les différentes modalités d'organisation de l'auto évaluation
- Le choix des outils
- Construction d'outils de mesure de la qualité (audits, indicateurs...)
- L'élaboration de critères d'évaluation

Les techniques d'animation de groupe :
- Comment faciliter l'expression de tous ?
- Les méthodes de consultation des personnels

La conduite de l'audit
- Le choix des audités
- Formation à l'audit
- L'organisation et planification des audits

Les écrits, les synthèses.

E - Les étapes et le calendrier de l'évaluation interne

L'évaluation interne a été conduite par le comité de pilotage, sous la responsabilité de la Direction, selon le calendrier ci-dessous.

12/09/2013 Journée	26/09/2013 Journée	27/09/2013 Journée
03/10/2013 Journée	16/10/2013 Journée	23/10/2013 Journée
29/10/2013 Journée	04/11/2013 Journée	25/11/2013 Journée
11/12/2013 Matinée		

Le travail du groupe a successivement consisté à :

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 et échéancer les Plans d'Action (ou d'Amélioration)

Les enquêtes de satisfaction des résidents

Une enquête de satisfaction a été réalisée juste avant l'évaluation interne. Les enquêtes intègrent des critères recommandés par l'ANESM et permettent d'apporter un regard venant directement de l'usager. Le comité de pilotage a réutilisé les résultats pour intégrer l'avis des résidents sur des critères de l'évaluation interne. Les résultats des enquêtes sont présentés en annexe.

Résultat des enquêtes de satisfaction Annexe 3

Outre le Groupe Projet, d'autres professionnels ont été spécifiquement sollicités pour des travaux liés à leur expertise :

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

3 - RESULTAT DES AUDITS

A -Premier constat : l'ensemble du référentiel a été audité par l'équipe d'évaluation. Les personnes auditées ont fait preuve de la transparence souhaitée, de sorte qu'il résulte concrètement de cette évaluation interne un repérage de nombreux points d'amélioration de la pratique.

B- Deuxième constat :

Les auditeurs ont à chaque fois su utiliser à un juste niveau leur connaissance du terrain, et de la réalité des pratiques, pour ne pas se contenter d'affirmations vagues et non fondées. Le recueil de données est donc « sincère », à défaut d'être parfaitement et de manière constante adossé à des éléments de preuve.
Les membres des groupes d'évaluation ont chacun pu participer à auditer des membres du personnel et des résidents pour recueillir le maximum d'élément pour permettre de faire un état des lieux au plus près de la réalité. Des éléments de preuves ont été recueillis mais il reste à les enregistrer dans le logiciel qualité ENNOV.

C – Synthèse des résultats :

Figurent pages suivantes, classés PAR REFERENCE, les synthèses de recueils de données et les renvois aux PAQ qui ont résulté des constats opérés. Le détail de ces recueils figure dans les fiches de collecte élaborées par CRITERE, et dont un exemple figure en annexe.

SYNTHESE DES AUDITS REALISES PAR L'ETABLISSEMENT

DIC GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS

DIC01 LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS

LES OUTILS REGLEMENTAIRES DE LA LOI 2002-2, RESPECT DE LA CITOYENNETE, DES DROITS, LIBERTES ET EXPRESSION

Points forts :

1. **L'établissement dispose d'un livret d'accueil et d'un règlement de fonctionnement.**
2. **La Charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée et facilement consultable.**
3. **L'établissement dispose d'un contrat de séjour type et il a fait l'objet d'une validation par le Conseil de Surveillance**
4. **L'établissement dispose de la liste des personnes qualifiées de son département (loi 2002-2) et la liste est affichée.**
5. **La personne accueillie est informée sur ses droits fondamentaux, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition (personne de confiance, personne qualifiée).**
6. **Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement ont fait l'objet d'une consultation du CVS (ou autre forme de participation des résidents), d'une consultation du CTE et d'une validation par le CS**
7. **L'application concrète du règlement de fonctionnement fait l'objet d'échanges entre les professionnels.**
8. **Le règlement de fonctionnement comporte notamment des dispositions sur les règles d'hygiène et de santé, les modalités concrètes de l'exercice des droits et des devoirs des personnes accueillies (complété en fonction du contenu du contrat de séjour de l'établissement)**
9. **Le règlement de fonctionnement est adapté à l'usager (formulations, taille de police utilisée…)**
10. **Un contrat de séjour est élaboré avec la personne accueillie dans les 15 jours suivant son admission et signé dans le délai d'un mois suivant son admission**
11. **L'établissement ne fait aucune discrimination (liée à l'origine, la religion, la classe sociale …) quant à l'accueil et à la prise en charge d'un usager.**
12. **L'établissement organise les moyens (internes ou externes) permettant aux résidents de pratiquer le culte de leur choix (mise à disposition d'une salle, organisation de messes)**
13. **L'établissement organise les moyens permettant l'exercice des droits civiques des personnes accueillies (Envoi d'une information pour l'inscription sur les listes électorales, présence d'un formulaire d'inscription sur les listes électorales dans le dossier d'admission, accompagnement, mise en place des procurations…)**
14. **L'établissement met régulièrement à jour les informations concernant la protection juridique (sauvegarde, curatelle, tutelle) des résidents.**
15. **Les résidents ont leur trousseau, l'inventaire est réalisé 2 fois par an et les produits et le linge de toilette sont individualisés.**

16. **Le personnel frappe ou sonne à la porte de la chambre des personnes accueillies et il attend la réponse mais ne marque pas temps d'attente suffisant avant d'entrer.**
17. **L'établissement a mis en place les moyens favorisant la correspondance écrite et orale et en garantissant la confidentialité**
18. **Les professionnels sont formés aux risques de la contention et aux bonnes pratiques en la matière.**
19. **Le consentement de la personne accueillie est systématiquement recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, pour tout acte de prise en soins la concernant.**

Points à améliorer :

1. **La personne accueillie n'est pas informée sur les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie**
2. **Le projet d'établissement comporte des valeurs éthiques mais pas de règles déontologiques sur lesquelles s'appuient les actions des professionnels. Il n'existe pas de chapitre spécifique dans ce domaine**
3. **Le projet d'établissement ne formalise pas la notion de « risque acceptable » et les conditions dans lesquelles l'équipe peut assurer, pour chaque personne accueillie, un bon équilibre entre liberté et sécurité.**
4. **Le livret d'accueil n'est pas suffisamment adapté aux résidents (formulations, taille de police utilisée…) et il n'est pas suffisamment conforme aux dispositions légales et réglementaires**
5. **Le contrat de séjour ne fait pas l'objet d'un avenant dans les 6 premiers mois et d'un avenant annuel en lien avec l'évaluation du projet personnalisé**
6. **A l'entrée dans l'établissement, la personne accueillie ne reçoit pas suffisamment d'informations pratiques concernant son séjour et l'accueil manque d'organisation**
7. **Tout au long de son séjour, la personne accueillie ne reçoit pas suffisamment d'information claire et adaptée sur sa situation et les objectifs de sa prise en soins. Cette transmission d'information ne fait pas l'objet d'une trace écrite.**
8. **La personne accueillie n'est pas clairement informée sur les directives anticipées, leurs modalités de leur application (sauf pour les nouvelles admissions)**
9. **L'équipe des professionnels ne s'est pas interrogée suffisamment sur l'utilisation du vouvoiement ou du tutoiement, ainsi que sur l'utilisation du prénom et du nom de famille.**
10. **Il n'existe pas de procédure visant à limiter et codifier le recours à la contention physique fondée sur 3 points : évaluation de la situation, prescription médicale, surveillance régulière de la contention validée et diffusée**
11. **Les nouveaux professionnels, les remplaçants et les stagiaires ne sont pas suffisamment informés des bonnes pratiques relatives à la contention**
12. **Les résidents et les personnes de confiance ne sont pas systématiquement informés de manière permanente des soins qui sont proposés ou délivrés.**

ADMISSION DES RESIDENTS DANS LA STRUCTURE

Points forts :

1. **Il existe une procédure d'admission écrite mais elle n'inclue pas la phase de pré admission et cette procédure est connue des professionnels concernés.**
2. **La procédure d'admission prévoit une rencontre avec la personne et sa famille (dans l'établissement ou au domicile de la personne), et une visite de l'établissement par la personne. Cette procédure est appliquée.**
3. **La procédure d'admission prévoit :**
   - **la recherche du consentement de la personne quant à son entrée dans l'établissement. Cet aspect de la procédure est appliqué, et le recueil est « tracé ». Le Consentement éclairé est signé de la personne en capacité de le donner et le consentement éclairé signé par 3 témoins pour les personnes n'étant pas en capacité de le donner.**
   - **la remise d'une documentation de présentation de l'établissement aux personnes et/ou au représentant légal lors de pré admission.**
   - **l'information de la personne et/ou de son représentant légal des alternatives existantes à l'entrée en établissement.**
   - **le recueil d'un avis médical si possible avant l'entrée (médecin traitant, médecin du service d'origine).**
   - **une rencontre entre le médecin coordonnateur et le futur résident (si possible avant la décision d'admission). Cet aspect de la procédure est appliqué dans le cas où le médecin coordonnateur en détermine le besoin.**
4. **Une réponse est systématiquement donnée pour faire part de la décision (positive ou négative) quant à l'admission et un courrier envoyé par l'accueil au futur résident et au médecin traitant.**
5. **L'établissement tient un registre des entrées et sorties.**
6. **L'établissement possède une assurance responsabilité civile souscrite pour tous les résidents. Les résidents sont informés par le règlement de fonctionnement.**
7. **Le diagnostic de maladie d'Alzheimer ou apparentée a été posé préalablement à l'admission dans une unité dédiée pour 75 à 80% des résidents.**
8. **75 à 80% des résidents ont été diagnostiqués avant leur admission.**
9. **A l'admission, l'établissement formalise sur un questionnaire un premier recueil d'habitudes de vie du résident et de ses attentes qui servira de base au projet personnalisé (envoyé à domicile)**
10. **La personne accueillie est présentée aux autres résidents ainsi qu'aux professionnels**
11. **Chaque personne accueillie dispose d'un espace personnel et individuel, ou double pour les couples qui le désirent**
12. **L'équipement des chambres répond de manière individualisée au besoin de la personne accueillie (lit médicalisé, matériel médical...)**
13. **Chaque chambre est équipée d'une prise de téléphone avec accès extérieur direct, d'une prise d'antenne de télévision, d'une possibilité d'accès à internet**
14. **Chaque personne accueillie peut amener du mobilier, apporter des objets et effets personnels, et décorer sa chambre (dans les limites du règlement de fonctionnement et sous réserve des dispositions relatives au classement au feu des locaux de l'ERP).**
15. **Chaque personne accueillie peut disposer des clés de sa chambre et /ou de son mobilier privatif**
16. **Les résidents ont librement accès à tout moment de la journée à leur chambre et aux lieux collectifs**

17. **Hors de leur chambre/logement, des lieux permettent aux résidents de recevoir dans l'intimité leurs familles (salon, lieux de restauration, etc.)**
18. **Les professionnels connaissent les bonnes pratiques relatives au respect de la vie privée des résidents**
19. **L'établissement a formalisé la liste des documents constituant le « dossier » de la personne accueillie (« sommaire » du dossier).**
20. **Une procédure « dossier de l'usager » décrit les modalités de constitution, de tenue, d'archivage, elle formalise les droits d'accès, et les responsabilités des différents intervenants concernant l'alimentation et la consultation du dossier**
21. **La procédure « dossier de l'usager » précise les éléments susceptibles d'être communiqués ou non aux partenaires extérieurs. Ces transmissions aux partenaires font l'objet d'une traçabilité.**
22. **Le dossier de la personne accueillie peut-être localisé et accessible à tout moment pour les personnes habilitées.**
23. **Les professionnels ont été sensibilisés à la confidentialité des informations contenues dans les dossiers des personnes accueillies (formation sur le secret professionnel)**
24. **Les dossiers des personnes accueillies sont strictement inaccessibles aux autres usagers (portes badgées)**
25. **La personne accueillie ou son représentant légal est informé de l'informatisation de son dossier**
26. **Le fichier informatisé a été déclaré à la CNIL**

Points à améliorer :

1. **La procédure d'admission ne permet pas d'offrir la possibilité de prise de contact progressive avec la structure (participations ponctuelles à des activités, des repas, visites successives, etc.…).**
2. **L'établissement n'a pas toujours l'information si le diagnostic a été posé avant l'entrée. L'annonce du diagnostic est rarement tracée.**
3. **La durée de la prise en soins en unité dédiée (UP) n'est pas évoquée avec la personne et son aidant. Les critères de changement d'unité ne leur ont pas toujours été clairement énoncés et ne sont pas précisés dans le contrat de séjour**
4. **Les résidents sont régulièrement interrogés sur leur sentiment de sécurité au sein de l'établissement et dans leur chambre (Enquête de satisfaction)**
5. **Le résident et/ou ses proches sont associés aux réflexions sur la liberté d'aller et venir, les risques liés à la contention, le consentement et le libre choix des résidents**
6. **L'établissement n'a pas formalisé de procédure de « premier accueil et d'intégration ».**
7. **La procédure ne détermine pas les étapes de visite nécessaires à la découverte de l'établissement et de son environnement par la personne accueillie**
8. **Il n'existe pas de procédure de « premier accueil et intégration » qui inclut une aide à l'installation et à l'appropriation de son nouveau domicile par le résident.**
9. **La procédure de « premier accueil et intégration » ne décrit pas les modalités d'évaluation de la situation, d'évaluation des potentialités et des difficultés de la personne accueillie (dont spécifiquement : fonctions cognitives).**
10. **Il n'y a pas suffisamment de réunions régulièrement organisées sur les bonnes pratiques de la vie quotidienne : fermeture des chambres, respect lors de la toilette, dignité de l'habillement, manière de s'adresser aux personnes**
11. **Chaque information contenue dans le dossier de la personne accueillie est datée mais ne comporte pas tous les éléments nécessaires à l'identification du professionnel qui l'y a consignée**

DIC02 LA GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS

REPRESENTATION DES USAGERS

Points forts :

1. **L'établissement dispos d'un CVS, le nombre de résidents et leurs représentants est supérieur à la moitié du nombre total des membres. Le choix des participants est réalisé par vote.**
2. **Le CVS se réunit plus de trois fois par an. Ces réunions font l'objet de comptes-rendus diffusés. Ces modalités sont prévues dans le règlement intérieur du CVS**

Points à améliorer :

1. **Les résultats des réunions de CVS ne sont pas suffisamment analysés avec les professionnels**
2. **Des documents concernant la vie et l'évolution de l'établissement ne sont pas remis à la famille (exemple : journal d'établissement, lettre d'information, site internet …)**
3. **Il n'existe pas suffisamment de modes de participation des résidents et de leur entourage en plus du CVS**

RECUEIL, ANALYSE ET TRAITEMENT DES PLAINTES ET RECLAMATIONS

Points forts :

1. **L'établissement a mis en place un système de recueil et d'enregistrement des insatisfactions et plaintes des usagers (familles, résidents) : CRUQ, enquêtes de satisfaction, boîte à idées**
2. **L'établissement a mis en place un système de recueil et d'enregistrement des suggestions des usagers (familles, résidents) : boîtes à idées, enquêtes de satisfaction …**
3. **L'établissement prend en compte ces insatisfactions, plaintes et suggestions. Cette prise en compte fait l'objet d'une traçabilité (CR CRUQ - CVS, Courriers de réponses aux plaintes, PAQ)**
4. **L'établissement s'assure que les décisions prises suite aux réclamations et/ou suggestions sont diffusées aux acteurs concernés**

SIGNALEMENT DES ACTES DE MALTRAITANCE

Points forts :

1. **Le numéro national d'appel – Allo maltraitance – 3977 est affiché à la vue de tous dans un lieu pertinent.**
2. **Les coordonnées des personnes qualifiées sont affichées à la vue de tous dans un lieu pertinent.**
3. **La direction informe les professionnels, les bénévoles, les personnes accueillies de la protection dont ils bénéficient en cas de signalement de fait de maltraitance.**
4. **Le plan de formation intègre des formations à la prévention de la maltraitance**

Points à améliorer :

1. **Il n'existe pas de procédure de signalement des faits de maltraitance aux autorités de contrôle et à la justice qui intègre la définition de la maltraitance retenue par l'ANESM et les articles du code pénal et de procédure pénale y afférant**
2. **Les partenaires ne sont pas suffisamment sensibilisés aux risques de maltraitance.**

PREV PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE INHERENTS A LA VULNERABILITE DES RESIDENTS

PREV01 LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Points forts :

1. **L'établissement possède des protocoles précisant les conduites à tenir face à un résident douloureux et ces protocoles « douleur » sont connus des professionnels concernés**
2. **La plupart des professionnels soignants sont formés au dépistage de la douleur.**
3. **Le protocole « douleur » prévoit une évaluation systématique (utilisation d'une échelle visuelle analogique,...) ; une prise en charge spécifique des résidents**
4. **L'établissement utilise des échelles d'autoévaluation ou d'hétéro évaluation de la douleur (EVA, DOLOPLUS et ALGOPLUS) et il utilise des moyens médicamenteux et non médicamenteux pour traiter la douleur (matelas anti-escarres, matelas à air, coussins de positionnement, kiné, massages, thermothérapie...)**
5. **Le protocole « douleur » prévoit l'évaluation régulière de l'efficacité des effets constatés des thérapeutiques mises en place.**
6. **L'établissement coordonne son intervention au niveau de la prise en compte de la douleur avec celle des acteurs (infirmière, kiné..) et le médecin traitant.**

Points à améliorer :

1. **Les recommandations et les synthèses existantes concernant la prise en charge de la douleur (ANESM, HAS, RBPP, Mobiqual) ne sont pas diffusées, et appropriées par les professionnels.**

PREV02 LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES

Points forts :

1. **Les professionnels sont formés aux conduites à tenir en cas de chute, aux notions de relever de sol**
2. **Les chutes font l'objet d'un signalement écrit systématique ; d'une analyse des causes. (Déclaration des chutes sur le logiciel qualité ENNOV, EPP Chutes existant, rapport annuel sur les chutes présenté au COPIL qualité et gestion des risques et aux instances, Analyse médicale systématique des chutes graves et / ou à répétition**
3. **Les espaces de circulation internes et externes comportent un éclairage adapté (permanent, à déclenchement automatique (Bâtiment "Pépin")**
4. **Les circulations ne comportent pas de dénivellations.**
5. **Les techniques d'entretien des locaux (bio nettoyage) prennent en compte les risques de chute (signalement sols mouillés, interdictions provisoires de circulation, utilisation d'auto-laveuse)**
6. **Des systèmes d'aide au niveau ergonomie et prévention des chutes sont mis en place (mains courantes, matériel de déambulation).**
7. **Des protections spécifiques sont prévues pour les résidents à risque.**
8. **L'établissement a mis en place des actions individuelles ou collectives en vue de prévenir l'altération de la mobilité des personnes accueillies (Atelier marche avec le kiné, gym douce Sur le PASA et sur l'EHPAD, atelier Marche avec les brancardiers, mise en place des indicateurs ANESM**
9. **La rééducation de la personne ayant chuté est organisée en interne.**
10. **Il existe des fiches de déclaration des chutes, incluant une analyse des causes par le rédacteur, un bilan réalisé par le médecin ou l'IDE référente avec la contribution de l'équipe. Ces fiches sont transmises à l'ensemble des acteurs concernés.**
11. **Les chutes font l'objet d'une analyse en équipe pluridisciplinaire.**
12. **Des actions correctives sont mises en place à partir de cette analyse : adaptation du matériel, adaptation du logement, lieux et endroits dangereux rendus inaccessibles…**

Points à améliorer :

1. **L'établissement ne possède pas de protocoles précisant les conduites à tenir face à un résident chuteur (prévention, intervention).**
2. **Le risque de chute du résident n'est pas systématiquement évalué lors de l'élaboration et de la réévaluation de son projet personnalisé**
3. **Les chutes ne font pas l'objet d'une politique de prévention formalisée ; ni d'un protocole (médicamenteux et non médicamenteux) de prise en charge clairement défini, incluant un suivi des personnes ayant eu des fractures secondaires à une chute.**
4. **Les espaces de circulation internes et externes ne comportent pas un éclairage adapté (permanent, à déclenchement automatique) pour le bâtiment Bigot**
5. **L'établissement n'a pas mené de réflexion éthique sur le thème du « droit au risque ».**
6. **Tous les résidents ne bénéficient pas suffisamment de soins de pieds chaque fois que nécessaire : suivi de l'état des pieds effectué par les agents de l'établissement mais difficultés avec les intervenants extérieurs (pédicures ne viennent pas toujours, problème de vérification du travail effectué, de facturation)**
7. **L'établissement n'a pas mis en place de partenariats avec les consultations spécialisées (gériatrie, neurologie, rhumatologie, pédicurie) du territoire en vue de la prévention des chutes.**

PREV03 LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES ESCARRES

Points forts :

1. **L'établissement possède des protocoles visant à prévenir le risque d'escarres et à intervenir de manière adaptée en cas d'escarre constitué et les protocoles « escarres » sont connus des professionnels**
2. **Les professionnels sont formés au risque d'escarres**
3. **L'établissement dispose des matériels nécessaires permettant de prévenir les escarres au lit, au fauteuil (matelas escarres, lits, coussins, chaussons arceaux ...)**
4. **Il existe une personne ou structure ressource (interne ou externe) référente pour la prise en charge des escarres constituées (Service d'orthopédie et service de chirurgie plastique du CHU).**

Points à améliorer :

1. **Les recommandations de bonnes pratiques concernant les escarres ne sont pas diffusées auprès des professionnels**

PREV04 LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION

Points forts :

1. **Ce bilan est régulièrement réactualisé. Les réactualisations, et les actions d'adaptation qui en découlent, sont notées dans le dossier de la personne accueillie.**
2. **Les habitudes alimentaires liées à une pratique religieuse sont prises en compte.**
3. **L'établissement dispose du recours possible à des intervenants spécialisés : transfert des résidents au CHU pour les troubles de la déglutition (physiologie digestive) et présence d'une diététicienne, d'un kinésithérapeute, d'une psychomotricienne**
4. **La composition des menus fait l'objet d'un avis médical**
5. **Une évaluation par la diététicienne permet de repérer les situations à risque de dénutrition à l'entrée, semestriellement et un rapport d'évaluation de l'état nutritionnel est envoyé au médecin coordonnateur partagé avec les autres médecins**
6. **Les professionnels sont formés aux risques de la dénutrition et de déshydratation.**
7. **Les éléments recueillis faisant apparaître un risque de dénutrition/déshydratation sont systématiquement transmis aux professionnels concernés (médecins, IDE)**

8. **Tous les résidents sont pesés une fois par mois et les évolutions du poids sont suivies en réunion pluridisciplinaire**
9. **Les personnes accueillies qui le souhaitent, peuvent avoir une "collation" (tisane….) après le repas du soir**
10. **Il existe un suivi des aliments effectivement absorbés par les personnes accueillies pour pallier au risque de dénutrition.**
11. **Les sondes gastriques font l'objet d'une prescription et d'un suivi médical.**
12. **A une fréquence pré déterminée en fonction de l'intérêt thérapeutique, et des possibilités organisationnelles, les professionnels prennent leur repas avec les personnes accueillies, et s'y impliquent dans une dynamique d'accompagnement dans les unités protégées et au PASA.**
13. **L'établissement organise la convivialité des repas (cadre agréable, plan de table, horaires adaptés, qualité gustative…) et il propose une présentation agréable des aliments**
14. **L'établissement porte une attention particulière au fait d'éviter le recours systématique aux aliments mixés** et **les régimes ou repas mixés font l'objet d'une prescription et d'un suivi médical**
15. **L'établissement favorise des modalités particulières de prise d'aliments pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer**
16. **Une enquête sur l'hygiène bucco-dentaire a été réalisée au sein de l'établissement.**

Points à améliorer :

1. **Le bilan d'entrée ne permet pas de recueillir les attentes et souhaits des personnes accueillies en termes d'habitudes alimentaires antérieures, de goûts et dégoûts, de temps à consacrer aux repas, et des horaires, les besoins d'aide matérielle au résident au moment du temps repas pour tous les résidents**
2. **L'établissement ne dispose pas d'un protocole « nutrition » précisant les conduites à tenir avec un résident dénutri ou en risque de dénutrition.**
3. **Tous les résidents n'ont pas une activité physique quotidienne (marche, activité physique adaptée, autre…)**
4. **Il n'existe pas de réponse alternative satisfaisante en termes de qualité et de diversité lorsqu'un des plats ne convient pas à la personne accueillie.**
5. **Il n'existe pas de dispositif qui permet de répondre à des demandes particulières et exceptionnelles en dehors des horaires des repas**
6. **Le délai maximal entre la fin du dîner et le début du petit déjeuner est supérieur à 12 heures.**
7. **L'hydratation fait l'objet d'une surveillance régulière avec des boissons à portée de mains des personnes accueillies mais il n y a pas de suivi systématique et individualisé des apports hydriques des personnes à risque.**
8. **L'établissement ne met pas suffisamment en place les moyens matériels pour répondre à ces besoins (outils de réservation de repas, organisation....)**
9. **Il n'existe pas de procédure de service de repas en chambre**
10. **L'hygiène bucco-dentaire n'est pas systématiquement suivie pour tous les résidents.**

PREV05 LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT

Points forts :

1. **L'établissement dispose de protocoles précisant la conduite à tenir avec un résident ayant des troubles de l'humeur et du comportement**
2. **Les personnes atteintes de détérioration intellectuelle bénéficient d'un bilan cognitif.**
3. **L'équipe pluridisciplinaire évalue régulièrement les troubles de l'humeur et les troubles du comportement des résidents dépistés avec les échelles recommandées**
4. **Les troubles dépistés sont rapportés à la psychologue qui réalise un entretien et utilise les échelles recommandées si nécessaire**
5. **Des professionnels sont formés à l'utilisation de l'échelle d'évaluation et du dépistage des troubles du comportement NPI-ES**
6. **Les professionnels en contact avec les résidents ont suivi des formations centrées sur le « savoir être » et le « savoir faire » auprès de personnes atteintes de détérioration intellectuelle (éducation thérapeutique, formations ASG, bientraitance, humanitude, troubles psycho-comportementaux)**
7. **L'établissement associe les proches et recueille leur avis sur la prise en soins de leur parent présentant des troubles du comportement**
8. **L'établissement fait intervenir des professionnels spécialisés : psychologue ; psychomotricien, ergothérapeute (internes, externes)**
9. **L'établissement organise sa coordination avec les intervenants libéraux et le médecin traitant**
10. **L'établissement a formé les professionnels aux prises en charge non-médicamenteuses des troubles du comportement des résidents ayant une maladie d'Alzheimer (humatitude, ASG, formation psychomotricienne...)**
11. **L'établissement dispose d'espaces spécifiques pour l'accompagnement et les soins aux personnes accueillies atteintes de détérioration intellectuelle.**
12. **L'établissement a mis en place une information auprès des bénévoles et des aidants pour comprendre les spécificités de la maladie d'Alzheimer et les attitudes à privilégier**

Points à améliorer :

1. **Les protocoles « troubles du comportement » ne sont pas connus des professionnels**
2. **Les recommandations concernant les troubles de l'humeur et du comportement (HAS, RBPP, Mobiqual, Anesm) ne sont pas suffisamment diffusées auprès des professionnels**
3. **Une évaluation permet de dépister les troubles de l'humeur et du comportement à l'entrée, mais pas annuellement pour tous les résidents**

4. **L'établissement dispose, ou collabore avec des dispositifs spécifiques : unité protégée (UP), pôle d'activité et de soin adapté (PASA), accueil de jour…Ces unités existent mais ne sont pas encore homologuées.**
5. **L'établissement ne réévalue pas régulièrement les prescriptions de neuroleptiques et des psychotropes en collaboration avec les médecins.**
6. **Il n'existe pas suffisamment d'actions collectives de prévention de l'altération des fonctions cognitives (sauf pour le PASA)**

PREV06 L'ANALYSE ET LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX

Points forts :

1. **L'établissement a renseigné le manuel d'auto évaluation du risque infectieux en EHPAD (GREPHH Janvier 2011) et a mis en place des axes d'amélioration en rapport avec les résultats obtenus**
2. **Les procédures concernant l'hygiène et la prévention des infections sont élaborées, validées et diffusées.**
3. **Les professionnels connaissent les procédures « hygiène et prévention des infections ».**
4. **Les résidents, les visiteurs et les bénévoles sont informés des procédures standard en matière de prévention des infections, dont l'hygiène des mains (affiches, boîte à coucou…)**
5. **L'établissement dispose des compétences d'une infirmière hygiéniste au sein de l'établissement**
6. **Il existe un protocole sur les conduites à tenir en cas d'accident d'exposition au sang**
7. **L'établissement incite aux vaccinations des professionnels et des résidents**
8. **L'établissement a mis en place un relevé systématique des infections, une analyse par une personne compétente, et des actions correctives.**

PREV07 LA CONTINUITE DES SOINS

CONTINUITE DES SOINS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Points forts :

1. **L'établissement s'est attaché les services d'un médecin coordonnateur diplômé en gérontologie**
2. **Les médecins traitants refusent la convention proposée par l'établissement**
3. **Il existe une permanence des soins médicaux formalisée soit en interne soit en externe, incluant les urgences, les mesures à prendre en cas d'hospitalisation ou de retour d'hospitalisation.**
4. **Les professionnels connaissent et appliquent les mesures garantissant la permanence des soins**

5. **L'établissement a 2 cadres de santé et 1 cadre supérieur de santé**
6. **Il existe une procédure formalisée et systématique de transmissions à chaque changement d'équipe. Elle est appliquée.**
7. **Les locaux permettent une organisation des soins adaptée à l'état des personnes accueillies**
8. **Un plan de soin personnalisé est mis en place.**
9. **Le dossier individuel dans PSI contient notamment: une identification du médecin traitant, une identification de la personne de confiance, les antécédents médicaux, les allergies et contre-indications médicamenteuses, une évaluation globale de la personne, les affections dont elle est atteinte, l'état de dépendance, les traitements médicamenteux et les soins paramédicaux mis en œuvre et leur suivi (évaluation), les protocoles et aides mis en œuvre et leur suivi (évaluation), des synthèses périodiques**
10. **Ce dossier individuel est alimenté, selon les rubriques, par l'équipe de soins, le médecin coordonnateur, le médecin traitant extérieur, les paramédicaux, les intervenants libéraux**
11. **Les prescriptions médicales sont écrites, lisibles et signées**
12. **Il existe une liste type des médicaments prescrits au sein de l'institution. Cette liste a été élaborée par le pharmacien avec le médecin coordonnateur. Elle est mise à disposition du médecin traitant.**
13. **Une procédure permettant de vérifier le suivi des traitements prescrits, la prise effective, l'efficacité, les effets secondaires pour chaque résident**
14. **La distribution et l'entretien des matériels adaptés à la prise en charge des maladies « aiguës » sont organisés (Aérosols, oxygène, pompe d'alimentation entérale…)**
15. **Il existe une procédure indiquant la prise en charge de l'urgence médicale (infirmière qui appelle le médecin d'astreinte). Cette procédure est connue des professionnels**
16. **La permanence des soins de nuit est assurée par du personnel qualifié (IDE, AS ou AMP)**
17. **Le personnel de nuit dispose d'un système d'alerte individuel en cas d'accident (PTI)**
18. **Les formations « incendie » sont réalisées une fois par an pour tous les professionnels (Evacuation et maitrise du feu)**

Points à améliorer :

1. **Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme aux textes**
2. **L'établissement n'a pas passé convention avec les médecins traitants intervenant dans l'EHPAD**
3. **L'organisation des soins (fiches de poste, plannings, fiches d'activité) tient compte des objectifs du projet de soins mais il n'y a pas suffisamment de moyens alloués pour gérer les contraintes du nouveau bâtiment ce qui provoque une difficulté de gestion du personnel ....**
4. **Les locaux ne permettent pas une organisation des soins adaptée à l'état des personnes accueillies dans le bâtiment "Bigot"**

CONTINUITE DES SOINS AVEC LA FILIERE

Points forts :

1. **L'établissement a repéré ses partenaires de la filière gériatrique**
2. **L'organisation des soins permet un recours rapide, chaque fois que nécessaire à l'oto-rhino-laryngologiste, à l'ophtalmologiste, au chirurgien-dentiste …**
3. **L'établissement gère en interne les hospitalisations (SSR et médecine dans le même établissement). Il y a une régulation en interne réalisée par les médecins.**
4. **L'établissement a prévu et met en œuvre des moyens de suivi pour les résidents hospitalisés (préparation au transfert, continuité des soins, poursuite de l'accompagnement pendant hospitalisation, préparation avec l'hôpital des retours après hospitalisation…). Les soins de suite et de réadaptation sont au sein de l'établissement.**

Points à améliorer :

1. **L'établissement n'a pas mis en place de commission de coordination avec les intervenants libéraux**

DEP LE MAINTIEN DES CAPACITES DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION DE DEPENDANCE

DEP01 LE MAINTIEN DES CAPACITES DE DEPLACEMENT ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES NON VALIDES

Points forts :

1. **L'équipe met en place un plan de soins et d'aides personnalisées concernant la toilette, les déplacements, le port de prothèses (dentiers, lunettes, appareils auditifs…) basés sur des évaluations individuelles.**
2. **L'établissement met en place des matériels d'aide au déplacement (cannes, déambulateurs, fauteuils) adaptés aux besoins du résident**
3. **La conception des locaux permet la liberté d'aller et venir des personnes accueillies**
4. **L'établissement a réalisé le diagnostic accessibilité obligatoire et met en place les actions correctives.**
5. **L'équipe de kinésithérapie réalise des ateliers marche.**
6. **Les personnes accueillies ont accès à un système d'appel adapté leur permettant de prévenir d'un danger ou d'un incident (appels malades : au lit, dans la salle d'eau, dans les toilettes)**
7. **L'établissement s'assure que le système de réponse d'appels des résidents (sonnettes…) garantit une réponse rapide, et dispose d'un logiciel de traçage des appels et des réponses (sauf pour le pavillon Bigot)**
8. **L'établissement dispose d'un temps de kinésithérapeute**
9. **L'établissement met en place un apprentissage au déplacement en fauteuil pour les résidents (si besoin)**

Points à améliorer :

1. **Le Projet d'établissement ne formalise pas d'objectifs en matière de maintien des capacités dans les actes de vie quotidienne.**
2. **Les objectifs en matière de maintien de l'autonomie n'ont pas été présentés aux professionnels, aux résidents et à leurs proches**
3. **L'établissement ne procède pas à une évaluation gérontologique pour tous les résidents à l'entrée du résident en utilisant un outil adapté**
4. **Les professionnels ne repèrent pas systématiquement les éléments de l'histoire de vie de la personne susceptibles de lui permettre ultérieurement d'interpréter au mieux les troubles**

5. **L'évaluation gérontologique n'est pas régulièrement réactualisée en utilisant le même outil adapté (au minimum tous les 6 mois)**
6. **Les plans d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne sont formalisés mais pas régulièrement réactualisés.**
7. **L'équipe ne prend pas l'avis d'un ergothérapeute pour le choix et la mise à disposition de ces matériels (difficulté de recrutement)**
8. **La signalisation interne n'est pas suffisamment adaptée aux capacités des personnes accueillies et pour leur permettre de repérer les différents lieux de l'établissement et les différents acteurs**
9. **Les professionnels ne se rendent pas tous disponibles pour accompagner les résidents dans leurs déplacements si besoin**
10. **L'établissement ne met pas suffisamment en place des groupes de gymnastique ou d'activités physiques adaptées**

DEP02 LE MAINTIEN DES CAPACITES A LA TOILETTE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AYANT BESOIN D'UNE AIDE TOTALE

Points forts :

1. **L'évaluation gérontologique comporte un volet spécifique sur la toilette, régulièrement réévalué et transmis aux équipes dans les UP**
2. **La toilette et les soins sont effectués dans le respect de la personne (discrétion…) et elle est conçue comme un soin et un temps privilégié pour la relation (formation Humanitude).**
3. **Les professionnels concernés sont sensibilisés ou formés à la dimension relationnelle de la toilette (formation Humanitude)**
4. **La toilette est organisée pour préserver l'autonomie fonctionnelle. Toutes les étapes sont préparées avant de les mettre en œuvre en installant un rituel avec la personne**
5. **L'adhésion de la personne est recherchée, et l'établissement a mis en place des modalités de gestion des refus respectueuses de la personne**
6. **Les temps de toilette sont planifiés en fonction des besoins d'aide à apporter, notamment les weekends et jours fériés**
7. **L'établissement donne la possibilité de créer un binôme pour faire des toilettes « difficiles » (résidents invalides, douloureux, anxieux…)**
8. **Le choix est laissé à la personne notamment de ses vêtements, des modalités (lavabo, douche, toilette avec friction, etc.)**
9. **L'aide apportée fait l'objet d'une traçabilité permettant à l'équipe et, si souhaité, un référent familial, d'être informés.**
10. **Il existe un cabinet de toilette accessible en fauteuil dans tous les espaces personnels**
11. **Les cabinets de toilettes et salles de bains sont adaptés : barres d'appui, fauteuil pour douche, hauteur de lavabo….**
12. **L'équipe porte une attention particulière à la prévention de l'incontinence en proposant d'aller aux toilettes fréquemment, laissant les toilettes accessibles, en les identifiant bien à l'aide de différents logos.**
13. **Lorsque le recours aux protections est incontournable, l'équipe recourt à des protections qui permettent de ne pas la réveiller de façon intempestive pour la changer durant la nuit.**

Points à améliorer :

1. **L'évaluation gérontologique comporte un volet spécifique sur la toilette mais ce n'est pas réalisé et tracé dans tous les services (régulièrement réévalué et transmis aux équipes)**
2. **L'évaluation gérontologique ne comporte pas de bilan étiologique pour chaque personne présentant un problème d'incontinence (catalogue mictionnel, bilan uro-dynamique...)**
3. **Les heures de toilette ne prennent pas suffisamment en compte les demandes des résidents surtout en liaison avec les contraintes logistiques et RH**
4. **Le choix n'est pas suffisamment laissé à la personne notamment du moment de la toilette en dehors des unités protégées**
5. **Les revêtements des salles d'eau ne sont pas antidérapants mais une pellicule de colle les rend glissants**
6. **L'équipe n'aborde pas toujours les questions des protections avec le résident ou ses proches**

PERS LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

PERS01 LE PROJET PERSONNALISE (Projet d'accueil et d'accompagnement)

Points forts :

1. **Le projet d'établissement fait explicitement référence aux objectifs de la démarche de personnalisation**
2. **Il existe une prise en compte de l'avis du résident ou des proches lorsqu'un résident doit être hospitalisé mais il n'est pas intégré dans le projet de vie personnalisé**
3. **Le projet personnalisé (ou dossier de soins) contient les dispositions de fin de vie en y incluant les directives anticipées (convictions religieuses, rite funéraire)**
4. **Un coordinateur est chargé d'impulser, suivre et coordonner la mise en place des projets personnalisés.**
5. **L'établissement organise les articulations nécessaires avec les intervenants extérieurs autour du projet personnalisé (non formalisé)**
6. **Un référent familial (interlocuteur privilégié de l'établissement) est désigné par la personne accueillie (ou la famille)**
7. **Le référent familial et/ou le tuteur est informé de tout incident majeur ou de tout accident concernant la personne accueillie**

Points à améliorer :

1. **Il existe un projet de vie personnalisé pour chaque résident mais la démarche est en cours (période de test).**
2. **Il n'existe pas de procédure « projet personnalisé » qui formalise les modalités d'élaboration, de formalisation, d'actualisation du projet personnalisé, et son (ses) document support**
3. **La procédure « projet personnalisé » ne décrit pas l'implication de toutes les parties prenantes de l'accompagnement, la recherche du consentement et l'adhésion de la personne accueillie, de sa personne de confiance et de ses représentants légaux dans les différentes phases du projet**
4. **Le projet personnalisé n'inclut pas le recueil de l'avis de la personne accueillie et de son représentant légal en ce qui concerne les sorties temporaires, les hospitalisations, les changements d'institution, ou le retour à domicile**
5. **La démarche de personnalisation prend en compte partiellement l'ensemble des besoins et attentes du résident dans les domaines: cadre de vie, rythme de vie, rituels personnels, soins, vie quotidienne, vie sociale, spirituelle, affective…**
6. **L'établissement intègre dans l'accompagnement du résident un volet relatif aux relations aux autres usagers et au rapport à la vie collective (cohabitation, place à table, sexualité, liens familiaux…) mais ce n'est pas intégré dans le Projet personnalisé**
7. **Les objectifs du projet personnalisé du résident ne sont pas présentés aux professionnels concernés ni au résident et à ses proches**
8. **Il n'existe pas de réunions d'élaboration et d'actualisation des projets personnalisés**
9. **Le projet personnalisé n'est pas formalisé dans un document décrivant les objectifs généraux, les méthodes d'action, les échéances, et les modalités d'évaluation**
10. **L'établissement maintient la possibilité d'une continuité des liens existants et souhaités (intervenants, familles, etc.) mais ce n'est pas formalisé dans le projet personnalisé**
11. **L'établissement identifie les proches que la personne accueillie souhaite voir, la personne de confiance, et les interlocuteurs de l'équipe pour toute décision mais ce n'est pas intégré au projet personnalisé**
12. **Le projet personnalisé n'inclut pas de plan d'aide aux actes essentiels de la vie courante adapté au degré d'autonomie de la personne mais en cas de perte d'autonomie une toilette évaluative permet d'adapter la prise en charge aux capacités résiduelles du résident**
13. **Le recueil initial des besoins, attentes et habitudes de la personne n'est pas suffisamment complété et actualisé tout au long des trois mois suivant l'entrée dans l'établissement.**
14. **Des grilles d'évaluation complémentaires à la grille AGGIR ne sont pas utilisées dans le cadre de l'évaluation des besoins mais l'évaluation des besoins est réalisée lors des transmissions globales**
15. **Le recueil des besoins, attentes et habitudes de vie doit servir de base à la formalisation du projet personnalisé et de l'avenant au contrat de séjour mais la mise en place des projets personnalisés est en cours**
16. **L'établissement formalise des objectifs simples, concrets, réalistes et les actions visant à les atteindre mais le projet personnalisé n'est pas formalisé**
17. **Le résident ne reçoit pas une information claire, compréhensible et adaptée concernant son projet, et la mise en œuvre de celui-ci (personnes non ou mal communicantes…)**
18. **Le médecin traitant n'est pas informé du projet personnalisé de ses patients**
19. **La famille ou le représentant légal du résident ne dispose pas d'une information claire, compréhensible et adaptée concernant le projet personnalisé du résident et sa mise en œuvre car il n'est pas mis en place actuellement**
20. **La remontée des informations émanant des familles ou du représentant légal est prise en compte dans le cadre de l'accompagnement du résident mais pas dans le cadre de l'actualisation du projet**

21. **Le projet personnalisé n'est pas revu avec le résident (et/ou son représentant légal) une fois par an, et plus souvent en cas d'événement le justifiant**
22. **La participation des familles au projet personnalisé n'est pas tracée dans le projet**
23. **Un référent et/ou co-référent n'est pas désigné par l'équipe puis identifié par la personne accueillie, la personne de confiance, les représentants légaux, les partenaires et les professionnels**
24. **L'établissement n'a pas formalisé la mission, la place et le rôle du référent et les conditions de changement de référent ne sont pas définies et connues des usagers**
25. **Il n'existe pas de tableau de suivi des référents désignés, connu et régulièrement actualisé**
26. **Le référent ne prépare pas et ne réalise pas les bilans intermédiaires à différentes étapes de l'évolution du projet**
27. **Le référent ne rencontre pas la personne accueillie et/ou son représentant légal à sa demande pour faire le point sur son projet. Ces rencontres ne font pas l'objet de compte-rendu.**
28. **Le référent ne prépare pas l'évaluation aux dates déterminées dans le projet initial**

PERS02 LA PERSONNALISATION DES ACTIVITES SOCIALES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

Points forts :

1. **Un projet d'animation, de vie sociale et culturelle est inclus dans le projet d'établissement.**
2. **Le projet d'animation décrit les activités internes et externes régulières ou événementielles en lien avec les objectifs d'accompagnement sur la base des conclusions des grandes transmissions**
3. **Le projet d'animation précise le rôle de chacun : professionnels, bénévoles**
4. **L'établissement dispose d'animateurs, ou les professionnels de soins disposent de temps spécifiquement consacrés à l'animation :**

- **3 animateurs à temps plein**
- **les AS des unités protégées consacrent environ 3h chaque jour pour l'animation**
- **sur les autres services, l'animation est proposée en fonction des disponibilités du secteur entre 1h et 5h par mois**
- **Certains agents proposent des projets (marché, repas à thème...)**
- **l'association des amis de l'hôpital comprend 10 bénévoles impliqués dans les animations**

5. **Il existe un référent, (des) référent(s) chargé(s) de coordonner la vie sociale et l'animation. La mission de référent animation est clarifiée par une fiche de poste**
6. **Les activités d'animation sont présentées aux résidents et à leurs proches.**

7. **L'affichage des plannings d'animation est réalisé dans chaque service, à l'accueil, dans les ascenseurs et prochainement des téléviseurs diffuseront le programme animation de la semaine**
8. **L'établissement offre aux résidents la possibilité de choisir des activités correspondant à leurs attentes dans le cadre de la vie quotidienne et sociale.**
9. **Pour les résidents, tous les 6 mois les transmissions globales pointent les animations qui pourraient correspondre aux capacités des résidents.**
10. **Il existe des activités spécifiques pour les personnes présentant une détérioration intellectuelle dans les unités "Alzheimer" et le PASA.**
11. **Les professionnels favorisent l'expression des souhaits des personnes ayant des difficultés de communication dans les unités Alzheimer**

Points à améliorer :

1. **Le projet d'animation n'est pas connu des professionnels et l'établissement n'en informe pas systématiquement les nouveaux professionnels**
2. **Le projet d'animation ne précise pas le rôle des aidants et des proches**
3. **Les professionnels n'adoptent pas suffisamment des modes de sollicitations adaptés pour inciter les résidents à participer aux activités en lien avec leur projet personnalisé.**
4. **L'établissement n'a pas établi la liste des activités individuelles et collectives possibles le week-end et jours fériés et celles qu'il ne lui est pas possible d'organiser.**
5. **Les professionnels recueillent les souhaits individuels des résidents concernant les activités individuelles et collectives, lors du premier accueil mais la mise à jour n'est pas réalisée au moins une fois par an.**
6. **Les professionnels ne favorisent pas suffisamment l'expression des souhaits des personnes ayant des difficultés de communication dans les unités "EHPAD"**

PERS03 LA POSSIBILITE DU MAINTIEN DES LIENS SOCIAUX

Points forts :

1. **La participation de la famille aux activités de la vie quotidienne et à la vie de l'établissement est favorisée, dans le respect du projet personnalisé et du fonctionnement de l'établissement.**
2. **L'établissement recueille les attentes des proches relatives à l'établissement, aux activités proposées à leur parent.**
3. **Les logements individuels et les lieux collectifs sont aménagés de manière à faciliter l'accueil des proches sauf pour (B 2)**
4. **L'établissement favorise les sorties en familles, en organisant notamment la préparation des médicaments.**
5. **Le personnel (animateurs) et les bénévoles peuvent, dans certaines circonstances, accompagner la personne accueillie lors d'événements familiaux**
6. **L'établissement facilite les sorties individuelles permettant aux résidents de poursuivre des activités antérieures à leur entrée en EHPAD.**

7. **L'établissement a établi des partenariats avec des structures sociales, culturelles, de loisirs, pour mieux répondre aux besoins et attentes des résidents (Clubs, centre de loisirs, médiathèque....)**
8. **L'établissement dispose de moyens (véhicules, et vikibus) permettant des sorties à l'extérieur.**
9. **L'établissement propose des activités visant le maintien du lien intergénérationnel (projet estime de soi avec différentes structures (hôpital de jour, CCAS, association les nids...)**
10. **La présence des bénévoles est organisée à travers une charte d'engagement réciproque entre l'établissement et les bénévoles**
11. **Les résidents ont accès à des prestations complémentaires comme la coiffure, les soins esthétiques, la pédicurie….. en faisant appel éventuellement aux prestataires de leur choix (choix du coiffeur, du pédicure....)**

Points à améliorer :

1. **L'établissement ne fait pas connaitre aux proches les activités où ils sont invités**
2. **L'établissement ne recueille pas les attentes des proches relatives au projet personnalisé**
3. **L'établissement ne dispose pas de moyens (passages protégés, circuits adaptés) permettant des sorties à l'extérieur.**

FDV L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

FDV01 L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE DES RESIDENTS

RESPECT DE LA VOLONTE DE LA PERSONNE

Points forts :

1. **Le projet d'établissement décline les modalités d'accompagnement des personnes en fin de vie**
2. **Les modalités de l'accompagnement de fin de vie sont présentées aux résidents et à leurs proches**
3. **Lors de la rencontre entre le médecin coordonnateur et la famille, discussion sur les 4 médecines (préventive, curative, palliative et fin de vie)**
4. **CR de la réunion de synthèse de fin de vie signé par la famille**
5. **L'établissement recherche systématiquement la formalisation de « directives anticipées ». L'information est donnée par écrit avant l'admission et la psychologue rencontre le résident dans les jours suivant l'admission**

6. **L'établissement recueille les souhaits des résidents en matière de rites religieux ou cultures en cas de décès, lors de la préadmission, un formulaire est envoyé dans lequel un item aborde ce sujet.**
7. **Lorsque le résident est non communicant, l'avis des proches est sollicité.**
8. **L'établissement prévoit la possibilité de contacts aisés et rapides avec les représentants des cultes dans le cadre de la fin de vie**
9. **La famille et/ou le représentant légal sont associés à la prise en compte des besoins spécifiques de la personne accueillie en fin de vie**
10. **L'établissement organise sa prise de décisions concernant l'accompagnement de fin de vie dans le respect de la loi Leonetti**
11. **L'établissement a mis en place une procédure collégiale d'aide à la décision médicale pour les résidents « non conscients » en situation d'arrêt ou de limitation de traitement (réunion pluridisciplinaires sur la fin de vie)**

Points à améliorer :

1. **Les modalités de l'accompagnement de fin de vie ne sont pas suffisamment connues des professionnels et présentés aux nouveaux professionnels mais il y a une culture de l'accompagnement de fin de vie dans l'établissement**

SOULAGEMENT DES DOULEURS PHYSIQUES

Points forts :

1. **Le projet de soins définit l'ensemble des mesures propres à assurer les soins palliatifs que l'état des personnes accueillies requiert, y compris les plans de formation spécifique des personnels.**
2. **Les professionnels ont été formés à l'accompagnement de fin de vie, à la dimension éthique de la fin de vie**
3. **La fin de vie fait l'objet d'une évaluation des signes de confort et d'inconfort physiques en fin de vie (évaluation pluridisciplinaire).**
4. **Le projet d'établissement décrit les actions de coopération mises en place pour la mise en œuvre des soins palliatifs (hôpital, unités mobiles …)**
5. **L'établissement a formalisé ces modalités de collaboration (convention EMSP) et ces modalités prévoient, lorsque cela est possible, des visites de la part des professionnels de l'établissement pour assurer une continuité d'accompagnement et de soins**
6. **L'établissement a passé une convention avec une équipe mobile et/ou une unité de soins palliatifs (Convention EMSP)**
7. **L'établissement favorise et organise l'intervention de personnes ressources et/ou bénévoles formés pour améliorer l'accompagnement en fin de vie (convention avec une association de bénévoles Détente Arc en Ciel)**

Points à améliorer :

1. **L'établissement ne dispose pas de procédure permettant d'évaluer les signes de confort et d'inconfort physiques en fin de vie.**

PRISE EN COMPTE DES SOUFFRANCES PSYCHOLOGIQUES ET SPIRITUELLES

Points forts :

1. **L'établissement organise l'accompagnement psychologique selon le besoin des résidents.**
2. **L'établissement s'organise pour favoriser la disponibilité du personnel intervenant habituellement auprès de la personne dans le cadre de la fin de vie.**
3. **L'établissement favorise la présence des proches ou des personnes réclamées par le résident.**

Points à améliorer :

1. **L'établissement n'organise pas suffisamment d'accompagnement des autres résidents dans le cadre de la fin de vie (visite à la chambre mortuaire autorisée pour les résidents qui le souhaitent, possibilité d'aller aux inhumations avec l'équipe de l'animation).**

FDV02 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LEURS ENTOURAGES (proches et professionnels) A CE MOMENT LA

ACCOMPAGNER LES PROCHES

Points forts :

1. **L'établissement a identifié un référent familial et les proches impliqués dans l'accompagnement de leur parent et les informe régulièrement de l'état de leur parent**
2. **L'établissement recueille régulièrement l'avis des proches sur le confort physique et psychique de leur parent**
3. **L'établissement a mis en place des moyens de repérer la souffrance des proches : entretiens avec des professionnels de l'établissement, orientation vers des consultations médicales, des associations de soutien…**
4. **Les visites à la personne en fin de vie sont possibles 24h/24h pour ses proches**
5. **Un fauteuil ou un lit est proposé à la famille dans la chambre de la personne accueillie dans le cadre de la fin de vie**

Points à améliorer :

1. **Une pièce de repos indépendante de la chambre n'est pas proposée à la famille dans le cadre de la fin de vie**

SOUTENIR LES PROFESSIONNELS

Points forts :

1. **L'établissement prévoit un soutien psychologique (groupes de parole avec la psychologue de l'établissement) pour les membres de l'équipe**

PROJ LE PROJET D'ETABLISSEMENT

PROJ01 LA CONFORMITE DU PROJET AUX EXIGENCES LEGALES

Points forts :

1. **Le Projet d'Etablissement mentionne; le type d'établissement ou de service ; l'adresse usuelle et les principales coordonnées ; le nom et la raison sociale de l'organisme gestionnaire**
2. **Les effectifs d'accueil décrits dans le projet sont conformes à la capacité autorisée de l'établissement.**
3. **Le Projet fait référence à la charte des droits et libertés de la personne accueillie et il formalise une analyse des souhaits et besoins des résidents**
4. **Le projet d'établissement fait explicitement référence à la notion de personnalisation.**
5. **Le projet d'établissement est daté et comporte une date de validité**

Points à améliorer :

1. **Le Projet d'Etablissement ne mentionne pas le nom usuel réactualisé; le type d'établissement ou de service selon le code Finess**
2. **Le projet d'établissement énonce brièvement les missions générales au regard de sa convention tripartite. Les actions prioritaires sont cohérentes dans les deux documents.**
3. **Le Projet n'intègre pas au fur et à mesure de ses réactualisations les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.**
4. **Le projet d'établissement ne formalise pas d'analyse des souhaits et besoins des familles.**
5. **Le projet d'établissement n'est pas revu à minima tous les cinq ans, ou lorsque des évolutions majeures surviennent (évolution plus rapide la dépendance, création d'unité)**

PROJ02 COHERENCE AVEC L'ENVIRONNEMENT

Points forts :

1. **Le projet d'établissement s'inscrit dans les orientations du schéma régional de santé.**
2. **Le projet d'établissement formalise ses complémentarités avec les autres établissements et services sociaux, médico sociaux et sanitaires**

(conventions…).

3. **Le projet d'établissement prévoit des engagements en matière de coopération (mutualisations, groupements…).**
4. **Le Projet d'établissement formalise les activités proposées de manière complémentaire à son activité principale (accueil de jour, hébergement temporaire).**
5. **Le projet d'établissement décrit les possibilités et les modalités de son ouverture sur l'environnement (ville, structures voisines…).**

PROJ03 LA STRUCTURATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Points forts :

1. **Le projet d'établissement comporte :**
   - **un « projet médical »**
   - **un « projet de soins »**
   - **un « projet de vie sociale »**
   - **un volet « projet d'animation »**
   - **un volet « hôtellerie »**
   - **un volet « restauration »**
   - **un « projet architectural »**
   - **un « projet social »**

2. **Le projet médical décrit l'organisation médicale interne, l'intervention des professionnels médicaux et para médicaux de l'établissement, et des libéraux.**
3. **La rédaction du projet de soins a été pilotée par le cadre supérieur de santé en associant le Cadre de santé et les professionnels.**
4. **Le volet « hôtellerie » du projet de vie sociale prend en compte la maintenance des locaux collectifs et privatifs, l'hygiène des locaux et l'entretien du linge (personnel, de l'établissement).**
5. **Le projet social aborde l'évaluation des conditions de travail, l'expression du personnel, l'information du personnel, la communication, la satisfaction au travail, les axes de formation et les besoins en personnels.**
6. **Le « volet architectural » prend en compte les besoins identifiés des personnes en termes de sécurité, accessibilité, signalétique, espaces privatifs …**
7. **Le projet d'établissement décrit l'organisation des différentes unités de vie et leur articulation entre elles et le reste de la structure.**
8. **Le projet d'établissement décrit les modalités de déambulation des personnes atteintes de détérioration intellectuelle.**

Points à améliorer :

1. **Le volet « hôtellerie » du projet de vie sociale ne prend pas suffisamment en compte le confort de l'espace privatif de la personne accueillie (personnalisation de la chambre, connexions télévision, téléphone, internet.).**

2. **Le volet « restauration » du projet de vie sociale ne formalise pas l'organisation de la commission menus et/ou commission restauration pluri professionnelle, associant les résidents.**
3. **Le projet médical ne décrit pas suffisamment de manière précise les critères d'admission (Pathos, GIR, GMP, détérioration intellectuelle etc...) et les limites de leur prise en soins.**
4. **La rédaction du projet de soins n'a pas été pilotée par le médecin coordonnateur**
5. **Le projet de soins ne fait pas suffisamment référence à une notion de personnalisation de l'accompagnement. Il ne définit pas suffisamment les procédures et protocoles de prise en soins des personnes accueillies.**
6. **Le projet de soins ne détermine pas suffisamment les règles d'hygiène générale et celles apportées aux soins.**
7. **Le projet de soins ne prend pas en compte la prévention des risques iatrogènes médicamenteux.**
8. **Le volet « animation » du projet de vie sociale ne prévoit pas une articulation entre les activités collectives et les attentes individuelles de la personne accueillie.**
9. **Le volet « animation » du projet de vie sociale n'identifie pas de « référent animation » au sein de l'équipe (animateur diplômé, AMP, AS ou autre).**
10. **Le projet social n'est pas suffisamment cohérent avec les missions définies dans le projet d'établissement.**
11. **Il n'existe pas de projet social prévoyant la GPMC (Gestion prévisionnelle des métiers et compétences) : formation, professionnalisation, spécialisation.**

PROJ04 PROCEDURES ET PROTOCOLES DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Points forts :

1. **Le projet d'établissement inclut des plans d'améliorations visant à la meilleure adaptation aux besoins, attentes, satisfactions des personnes accueillies.**
2. **Les plans d'actions contenus dans le projet énoncent clairement les étapes, le planning, les pilotes, les ressources allouées (moyens humains) pour atteindre les objectifs et ils font l'objet d'un suivi rigoureux et systématique.**

Points à améliorer :

1. **Le projet d'établissement ne décrit pas les modalités de l'amélioration continue de la qualité dans l'établissement.**

PROJ05 LA METHODOLOGIE D'ELABORATION, DE VALIDATION, DIFFUSION DU PROJET

Points forts :

1. **L'élaboration du projet d'établissement a associé les différentes catégories de professionnels et les représentants des instances (CS, CVS, CTE, …).**

2. **Le projet d'établissement a fait l'objet d'une présentation spécifique aux autorités de contrôle (ARS, Conseil Général)**
3. **Le projet d'établissement a fait l'objet d'une version « condensée » pour le rendre lisible par tous (tableaux)**

Points à améliorer :

1. **L'élaboration du projet d'établissement n'a pas suffisamment associé l'entourage des personnes accueillies et les bénévoles**
2. **Le projet d'établissement et chacune de ses réactualisations n'a pas été diffusé à tous les professionnels, et à certains partenaires. Cette diffusion n'a pas fait l'objet d'une traçabilité.**
3. **Les réactualisations du projet d'établissement ne s'appuient pas notamment sur les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, l'analyse des réclamations et plaintes, ainsi que les conclusions des évaluations internes**

PROJ06 SPECIFICITES PATIENTS ALZHEIMER

Points à améliorer :

1. **Concernant les personnes présentant une pathologie Alzheimer, le projet d'établissement n'identifie pas suffisamment les critères d'admission et de non admission des personnes, ainsi que les limites de la prise en charge**
2. **Ces critères et ces limites ne sont pas expliqués aux résidents ou aux familles.**
3. **Le projet d'établissement ne formalise pas de manière anticipée les situations susceptibles de relever d'une hospitalisation ou réorientation.**
4. **Concernant les personnes présentant une pathologie Alzheimer, le projet ne comprend pas :**

- **la recherche et le consentement de la personne et de sa famille en cas de réorientation**
- **un volet spécifique portant sur les moyens de maintenir ou d'améliorer l'autonomie des personnes dans la vie quotidienne, sociale, citoyenne, de maintenir un bon état général**
- **un volet spécifique portant sur les moyens de prévenir l'apparition des troubles psychologiques et comportementaux**
- **un volet spécifique portant sur l'organisation en petites unités de vie et leur articulation avec le reste de la structure**
- **un volet spécifique portant sur l'adaptation au rythme de vie des personnes accueillies grâce à la souplesse des horaires et du fonctionnement de la vie quotidienne**
- **les modalités d'une évaluation régulière des capacités, besoins et attentes des personnes accueillies**
- **la place spécifique des aidants**

ENV L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT

ENV01 INSERTION DE L'ETABLISSEMENT DANS LE CONTEXTE TERRITORIAL

Points forts :

1. **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. Participation à des groupes de travail :**

- **groupe de travail sur les recommandations de l'ANESM (Document ANESM Signataire T4 BBP Accompagnement personnalisé de la santé du résident)**
- **réunions avec l'ARS sur l'hôpital numérique**
- **participation à l'Observatoire National de la fin de vie**
- **FHF-HN Groupe de travail Médico-Social**
- **membre Fondateur de l'espace de réflexion éthique de Haute Normandie EREHN**
- **membre de l'OMEDIT (médicaments...)**
- **membre de l'Association Normande de Gérontologie**
- **membre de l'association Française des Médecins Médiateurs**
- **groupe COCLINNOR (Réseau d'hygiène, travaux entre les établissements...)**

2. **L'établissement a développé des liens interinstitutionnels au service de la qualité de l'accompagnement proposé :**

- **adhérent à la MAIA d'Yvetot**
- **accompagnement et information des aidants pour la maladie d'Alzheimer avec le CLIC et le RLPS**
- **projet estime de soi avec le CCAS**
- **travaux inter établissement COCLINNOR**
- **projet en cours de mise en place de consultations mémoire**
- **le CLAN de l'établissement travaille en collaboration avec le CLAN de Lillebonne Bolbec**
- **association Détente Arc en Ciel sur la fin de vie**
- **collaboration avec association Les Diabétiques de France**
- **organisateur des journées gérontologiques d'Yvetot, SIDA, diabète, nutrition (invitation des partenaires externes)**
- **organisation de conférences sur les thématiques proposées par le CVS**
- **travail en réseau avec HAD, CCAS, EMSP (équipe mobile de soins palliatifs)**
- **CEGART, RLPS, CLIC, EMGP (équipe mobile de géronto-psy)**

- **CSAPA**

3. **Les actions d'ouverture engagées par l'établissement permettent aux personnes accueillies de bénéficier des services offerts par le territoire (VIKIBUS avec arrêt dans l'établissement, transport adapté pour les personnes en fauteuil) :**

- **marché**
- **piscine, cinémas, sorties cueillette des légumes et fruits...**
- **animations dans le cadre de la semaine bleue**
- **foire à tout publique dans l'établissement**
- **projets culturels en lien avec la galerie "DUCHAMP"**

4. **L'établissement met ponctuellement à disposition de l'environnement : ses locaux, du matériel… (AMY (association des médecins Yvetotais), AAA, Maison médicale, prêts de véhicules, groupe de réflexion éthique, consultations gynécologiques de l'hôpital de Lillebonne, AAH, site d'examen pour le SSIAP1, Association chorale "les Choeurs Gais")**

ENV02 LOCALISATION ET CADRE DE VIE

Points forts :

1. **L'établissement est facilement accessible par les personnes accueillies (Vikibus accessible aux résidents)**
2. **La localisation de l'établissement permet une offre de service répondant aux besoins des personnes accueillies. L'établissement est à 1 km du centre ville et à 2 km au plus de tous les commerces... L'établissement a mis en place un accompagnement personnalisé des résidents (Coursière qui accompagne les résidents, véhicules adaptés ...)**
3. **La localisation de l'établissement facilite la participation à des activités culturelles et cultuelles, ou sociales (marché, courses, promenades, Galerie DUCHAMP, MJC, Cinéma, Médiathèque), collaboration avec le CHU de Rouen sur les projets culturels**
4. **Les relations avec le voisinage font l'objet d'une attention particulière de la part de l'établissement.**
5. **Les espaces extérieurs sont entretenus (Coupe des haies, gazon...) et ils sont aménagés pour le confort des personnes accueillies (bancs, salon de jardin, chaises)**
6. **L'établissement propose un cadre de vie agréable au plan visuel, olfactif, auditif, température des locaux.**
7. **Le cadre de vie (locaux, jardin et environnement proche) fait l'objet d'embellissements réguliers : jardinières au balcon, parterres de fleurs, peinture (décoration des locaux communs par des artistes, des résidents)**
8. **Les personnes accueillies sont consultées sur ces projets d'embellissement, et, dans la mesure du possible, associées à leur réalisation.**
9. **Les locaux du pavillon « Pépin » sont conformes au cahier des charges d'avril 1999 et aux exigences de l'arrêté du 13 aout 2004 (Rafraichissement des locaux).**
10. **La surface des chambres est supérieure à 20 mètres carrés pour la partie "Pépin" 162 lits**
11. **L'organisation des espaces permet le respect de l'intimité et de la vie privée des résidents.**
12. **Toutes les chambres ont une salle de bain sur le bâtiment « Pépin »**

Points à améliorer :

1. **L'établissement n'informe pas suffisamment les personnes accueillies et leurs proches des activités proposées par l'environnement de l'établissement.**
2. **La signalisation externe ne permet pas de repérer aisément l'établissement.**
3. **Les résidents en fauteuil roulant ne peuvent pas se déplacer seuls aux abords de l'institution dans le jardin (pentes), et hors de l'établissement.**
4. **Les locaux du pavillon BIGOT ne sont pas conformes au cahier des charges d'avril 1999 et aux exigences de l'arrêté du 13 aout 2004 (Rafraichissement des locaux).**
5. **La surface des chambres n'est pas supérieure à 20 mètres carrés pour la partie "Bigot" (40 lits)**

ENV03 L'INCLUSION DANS DES RESEAUX

Points forts :

1. **L'établissement fait partie d'un système de soins coordonné ou d'un réseau (Réseau des Hautes Falaises (EHPAD, Hôpital...) et d'un STAFF Médico-Social (intégrant des représentants HAD CCAS SSIAD CLIC Sanitaire).**
2. **Les objectifs de ces réseaux au regard de la qualité de la prestation sont clarifiés**

ENV04 FORMALISATION ET EVALUATION DES PARTENARIATS

Points forts :

1. **L'établissement a passé une convention avec un service ou une consultation gériatrique permettant de bénéficier chaque fois que nécessaire d'une évaluation individuelle et/ou d'un suivi gériatrique (Convention de géronto-psy avec le CHSR)**
2. **L'établissement a recours, en fonction des besoins, au secteur psychiatrique (CMP en face de l'hôpital, Consultation sur place avec un Psychiatre, Consultation à l'hôpital de jour)**
3. **L'établissement a recours, en fonction des besoins, à des établissements de santé pour des problèmes spécifiques : prise en charge de la douleur, soins palliatifs, consultation mémoire, troubles du comportement, nutrition... (équipe mobile de soins palliatifs, consultation mémoire en interne ou à l'hôpital de Fécamp et à Rouen, CHSR, Diététicienne en interne)**

4. **L'établissement a recours, en fonction des besoins, à des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux. (Transferts dans un centre de référence, CCAS, CLIC (retour à domicile), Assistante sociale en interne, CRAM)**
5. **Les conventions de partenariat sont formalisées en précisant les objectifs, les acteurs, les limites, la politique qualité et le cadre éthique dans lequel s'inscrit ce partenariat.**
6. **L'établissement évalue la satisfaction de ses usagers concernant l'action partenariale.**

Points à améliorer :

1. **L'établissement n'a pas suffisamment défini des critères qualité pour le choix de ses partenaires (dans les champs sanitaire, médico-social, animation et vie culturelle).**
2. **Ces conventions ne prévoient pas tous les indicateurs et les critères d'évaluation du partenariat ainsi que les échéances de cette évaluation.**

ENV05 : PARTICIPATION DES BENEVOLES

Points forts :

1. **Des bénévoles interviennent dans l'établissement (AAH, Association Détente Arc en Ciel, Bénévoles du diocèse)**
2. **Les bénévoles disposent d'un interlocuteur repéré au sein de l'établissement (AAH s'adresse à l'animation, Détente Arc en Ciel à la psychologue)**

Points à améliorer :

1. **L'intervention des bénévoles n'est pas formalisée pour chaque bénévole et chaque association (charte d'intervention, convention).**
2. **Il n'y a pas suffisamment de réunions régulièrement organisées entre l'établissement et les bénévoles.**
3. **Les bénévoles ne sont pas soutenus dans leur action par des groupes de parole et/ou des actions de formation et/ou un tutorat organisé.**
4. **Les bénévoles ne sont pas informés des procédures liées au signalement de la maltraitance ou d'événements indésirables.**
5. **L'intervention des bénévoles n'est pas évaluée.**

ORG L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT

ORG01 ARCHITECTURE ET CADRE DE VIE - LOCAUX ET ENVIRONNEMENT

Points forts :

1. **Les chambres sont individuelles, éventuellement rendues communicantes ou doubles en fonction des souhaits des usagers (couples)**
2. **L'établissement dispose à minima d'une pièce rafraichie**
3. **La pièce rafraichie permet d'accueillir l'ensemble des résidents du secteur concerné**

ORG02 RYTHMES DE VIE

Points à améliorer :

1. **L'organisation et le fonctionnement ne sont pas suffisamment souples et le rythme collectif ne permet pas toujours de respecter les rythmes individuels (dépendant des équipes)**

ORG03 RESTAURATION

Points forts :

1. **Il existe une commission menus/restauration.**
2. **L'établissement procède régulièrement à des enquêtes de satisfaction, de recueil des attentes, et de collecte des insatisfactions concernant la restauration.**
3. **Toutes les personnes accueillies dont l'état de santé le permet disposent d'une place à table en prenant en compte les souhaits de chacun en termes de**

voisinage.

4. **L'établissement respecte le choix des personnes accueillies qui souhaitent prendre leur repas dans leur espace personnel après avoir clarifié, avec le résident, les raisons de cette demande.**

Points à améliorer :

1. **La commission menus/restauration n'associe pas suffisamment des représentants des résidents.**

ORG04 ENTRETIEN DU LINGE

Points forts :

1. **L'établissement garantit aux usagers le bon entretien de leur linge personnel pour les résidents qui le souhaitent.**
2. **Une procédure fiabilise le circuit et le traitement du linge.**
3. **Les attentes des personnes accueillies concernant les modalités de rangement du linge personnel sont recueillies et respectées au cas par cas.**
4. **L'établissement met à disposition des personnes accueillies le linge de maison nécessaire**

Points à améliorer :

1. **La procédure « linge » n'est pas suffisamment connue des professionnels concernés et appliquée.**

ORG05 ENTRETIEN DES LOCAUX

Points forts :

1. **Il existe une procédure concernant l'hygiène des sols et des surfaces des chambres et des espaces communs.**
2. **La procédure « hygiène du sol et des surfaces » est connue des professionnels concernés et appliquée.**
3. **La procédure précise les délais entre chaque nettoyage (planning de fréquence des nettoyages indépendant de la procédure)**
4. **L'entretien des lieux de vie des personnes accueillies est organisé de manière à respecter les habitudes de vie de la personne accueillie.**
5. **L'établissement met en place les équipements, l'organisation et l'accompagnement permettant la participation des personnes accueillies aux tâches matérielles collectives, en fonction de leurs souhaits exprimés (jardinage, mise de la table, ménage, pliage du linge, épluchage de légumes). Certains résidents s'aident entre eux...**
6. **La maintenance des équipements et les réparations matérielles sont planifiées et hiérarchisées dans des conditions qui permettent de garantir l'agrément et la fonctionnalité des locaux, la sécurité matérielle des personnes accueillies**

Points à améliorer :

1. **La procédure de ménage ne précise pas les modalités de nettoyage en cas d'incident en dehors des heures habituelles de ménage.**
2. **L'établissement ne met pas à disposition les équipements nécessaires pour que les personnes accueillies puissent réaliser la part de ménage qu'elles souhaitent effectuer en autonomie, dans leur espace privatif. Mais elles peuvent avoir leur propre matériel pour le faire.**

ORG06 RESSOURCES FINANCIERES

Points forts :

1. **Les documents budgétaires et financiers destinés aux autorités de contrôle sont établis selon les normes et les recommandations administratives.**
2. **L'établissement a une stratégie financière pluriannuelle (PPI).**
3. **La stratégie financière fait l'objet d'une délibération du Conseil de Surveillance**
4. **L'incidence, sur le prix de journée, des investissements réalisés ou à réaliser fait l'objet d'une présentation aux instances concernées.**
5. **Les documents comptables sont certifiés par l'agent comptable (secteur public).**

ORG07 TRANSPORTS

Points forts :

1. **L'établissement dispose d'un parc automobile en adéquation avec les besoins de déplacement des professionnels et des personnes accueillies.**
2. **La maintenance du parc automobile est organisée, planifiée. Les carnets d'entretien et les contrôles techniques sont tenus à jour.**

Points à améliorer :

1. **Il n'existe pas de procédure définissant les règles de sécurité pour le transport des passagers qui soit établie et diffusée au personnel.**
2. **Les règles d'utilisation des véhicules par les professionnels ne sont pas définies, diffusées, connues et contrôlées.**
3. **L'usage et l'entretien des véhicules de service ne font pas l'objet d'une traçabilité régulière dans un carnet de bord. La traçabilité de l'entretien est tout de même suivie dans un dossier par le service technique**
4. **Il n'existe pas de procédure pour le suivi administratif des véhicules (contrôle technique, assurances, cartes handicapés…).**
5. **Il n'existe pas de trousse de secours dans chaque véhicule et régulièrement complétée.**
6. **Il n'existe pas de procédure en cas de panne de véhicule ni en cas d'accident automobile.**

RISQUES GESTION DES RISQUES

RISQUES01 RISQUES LIES A LA NON CONNAISSANCE DES OBLIGATIONS

Points forts :

1. **L'établissement s'est doté de moyens lui permettant de connaître de manière actualisée ses obligations règlementaires en matière de sécurité (veille documentaire, abonnement à une newsletter, adhésion à une fédération, conseil juridique…).**
2. **Les professionnels sont régulièrement tenus informés des obligations légales qui les concernent en matière de sécurité, chacun dans son domaine spécifique.**

RISQUES02 CIRCUIT DU MEDICAMENT

Points forts :

1. **Les médicaments sont rendus inaccessibles aux résidents et professionnels non habilités.**
2. **Il existe une procédure du circuit du médicament décrivant leur préparation, leur distribution, leur administration.**
3. **Cette procédure définit explicitement les personnes habilitées à la préparation, la distribution, l'administration des médicaments, en conformité aux recommandations de bonnes pratiques**

RISQUES03 SECURITE DU BATIMENT ET DES INSTALLATIONS

Points forts :

1. **Les installations et matériels de l'établissement respectent les normes de sécurité en vigueur sur le pavillon Pépin.**
2. **Les zones et éléments à risques ont fait l'objet d'un repérage systématique. Ils sont identifiés**
3. **Les locaux techniques présentant un danger pour les résidents sont signalés ou rendus inaccessibles.**
4. **Les professionnels sont sensibilisés à la prévention des accidents (attention portée aux obstacles divers, formations et réflexions collectives sur le thème).**
5. **L'établissement a un avis favorable de la commission consultative de sécurité et d'accessibilité.**
6. **La maintenance des locaux fait l'objet d'un suivi selon la règlementation.**
7. **Les contrôles de sécurité périodiques sont réalisés par des organismes agréés ou des personnes habilitées.**
8. **Un DTA (dossier technique amiante) a été réalisé par un organisme agréé.**
9. **Le DTA est présenté à tous les artisans effectuant des travaux.**
10. **La centrale SSI est facilement accessible aux personnes habilitées, elle est facile d'utilisation et de lecture par le personnel habilité sur le pavillon Pépin.**

Points à améliorer :

1. **L'accès à l'établissement n'est pas suffisamment sécurisé.**
2. **Les installations et matériels de l'établissement ne respectent pas les normes de sécurité en vigueur sur le pavillon Bigot.**
3. **Les zones et éléments à risques ont fait l'objet d'un repérage systématique. Elles sont identifiées mais pas suffisamment protégées.**
4. **La centrale SSI n'est pas facile d'utilisation et de lecture par le personnel habilité sur le pavillon Bigot.**

RISQUES04 RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT ET AUX FONCTIONS LOGISTIQUES

Points forts :

1. **La démarche de maîtrise des risques type HACCP a été mise en place avec formation du personnel.**
2. **L'établissement est neuf et il n'existe pas de procès-verbal du service « concurrence et protection des consommateurs » de la DDPP puisqu'il n'y a pas eu d'inspection**
3. **Il existe un plan bleu (Canicule) conforme aux exigences du décret du 07 juillet 2005.**
4. **Le plan Bleu (Canicule) est connu des professionnels et appliqué**

5. **Une procédure détermine les conditions de stockage, de circulation, d'évacuation ou d'élimination des produits dangereux et des déchets.**
6. **La procédure « déchets » est connue des professionnels, et appliquée.**
7. **L'établissement a signé une convention avec un prestataire d'élimination des DASRI.**
8. **L'établissement applique la circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme.**
9. **L'établissement applique la circulaire 2005-493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles.**
10. **Le cahier sanitaire est mis en place, renseigné et utilisé pour analyser le risque sanitaire au minimum une fois par mois.**

Points à améliorer :

1. **Il existe des procédures qui garantissent l'hygiène et la prévention des infections, dans les différentes phases de traitement du linge: collecte, lavage, distribution (RABC Risk Analysis and Biocontamination Control) mais les procédures ne sont pas réactualisées et le personnel n'est pas suffisamment sensibilisé dans les services.**
2. **Ces procédures « hygiène du linge » sont connues au niveau de la lingerie et dans les services, et pas toujours appliquées avec rigueur.**
3. **Il existe une procédure (en cours d'élaboration) de dépôt des biens des personnes (dans un coffre, à la trésorerie de l'établissement).**

RISQUES05 DOCUMENT UNIQUE ET INFORMATION

Points forts :

1. **Le document unique (DU) de prévention des risques est élaboré conformément à la règlementation du 05 novembre 2001.**
2. **Les risques sont répertoriés par unité et par poste.**
3. **Le DU est en cours de réactualisation suite à la création du nouveau bâtiment (architecture, équipement...)**
4. **Le DU est tenu à la disposition des salariés, des membres du CHSCT ou des instances qui en tiennent lieu, des délégués du personnel.**
5. **Le DU est régulièrement réactualisé, au moins chaque année, et lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail.**
6. **Les consignes de sécurité sont formalisées dans des termes facilement compréhensibles par les personnes accueillies. Elles sont affichées aux endroits les plus pertinents. (dans les circulations et derrière chaque porte de chambre)**
7. **Le personnel, y compris de nuit, est informé des consignes en matière de sécurité incendie, et a reçu une formation en la matière. Des exercices sont régulièrement effectués.**
8. **En cas d'accident, il existe une procédure d'alerte connue des personnels.**

Points à améliorer :

1. **Les professionnels ne connaissent pas suffisamment les protocoles en usage en cas d'accident malgré ce qui est mis en place (documents de déclaration, notes de services, cadres disponibles pour accompagner dans la démarche ...)**

RH GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

RH01 STRUCTURE ET ORGANISATION GENERALE

Points forts :

1. **Les fiches de poste intègrent la description de la mission permanente**
2. **Les délégations du directeur sont définies et écrites (DUD).**
3. **L'établissement dispose d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines en termes d'EFFECTIFS.**
4. **Les postes à pourvoir sont proposés en interne avant ou en parallèle d'un recrutement externe afin de promouvoir l'évolution des professionnels.**
5. **L'analyse des besoins en évolution des compétences à court, moyen et long terme est intégrée au plan de formation, en mettant l'accent sur la mise en œuvre de la bientraitance.**
6. **L'établissement dispose d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines en termes de CHARGE D'ACTIVITE selon les moyens (convention tripartite), les projets, les activités (déménagement).**
7. **Cette gestion prévisionnelle s'adapte régulièrement en fonction de l'évolution du GMP/PMP. L'organisation de l'établissement permet une stabilité du GMP. Le PMP sera réévalué en 2014.**
8. **Les besoins en termes de postes et compétences requises sont réfléchis en équipe (Direction, médecins, cadres…) et proposés aux tutelles.**
9. **L'établissement procède à la vérification de la validité des titres et diplômes présentés par le candidat, à fréquence régulière.**
10. **L'élaboration des plannings des professionnels est faite de manière à optimiser la prise en charge de la personne accueillie, et dans le respect de la règlementation du travail.**
11. **Le régime des astreintes est défini de manière à garantir la continuité de l'action. Il est connu des professionnels (procédure de diffusion, affichage.)**
12. **L'établissement procède, dans les meilleures conditions de réactivité, aux remplacements, anticipés ou imprévus, de salariés dans les limites des effectifs autorisés.**

Points à améliorer :

2. **L'organigramme hiérarchique et fonctionnel est formalisé et à jour mais il n'est pas validé et diffusé aux instances et aux professionnels.**
3. **Les fiches de poste ne sont pas suffisamment co-définies avec les professionnels, et régulièrement réactualisées en fonction des évolutions de l'établissement et de sa pratique. L'établissement est actuellement dans une démarche de GPMC avec l'utilisation du logiciel GESFORM GPMC qui présente des limitations de déploiement en cours de résolution à travers le GCS CEGART**
4. **Les fiches de poste n'intègrent pas la description de son périmètre d'autonomie et d'autorité, son rattachement hiérarchique et fonctionnel.**
5. **L'établissement ne dispose pas encore d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines en termes de COMPETENCES.**
6. **La procédure de recrutement n'est pas formalisée.**

RH02 MAINTIEN ET DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

Points forts :

1. **L'évaluation des pratiques professionnelles est réalisée, des EPP sont effectuées régulièrement. Les professionnels sont motivés à suivre ce travail (plus de difficultés sur l'EHPAD).**
2. **Des entretiens d'évaluation des professionnels sont réalisés chaque année par chaque responsable de service. La direction reçoit chaque responsable de service.**
3. **Les entretiens d'évaluation des professionnels permettent de fixer des objectifs professionnels pour l'année suivante.**
4. **Ces objectifs et les moyens d'y parvenir sont définis en commun (salarié, employeur).**
5. **L'établissement a une politique de formation.**
6. **Le plan de formation est établi à partir d'une analyse des besoins en vue de l'amélioration des pratiques professionnelles. L'établissement dispose d'une commission de formation. L'établissement a demandé à être accrédité organisme de formation DPC pour valoriser le travail effectué par l'établissement ; le recueil de toutes les demandes est validé par la commission de formation et est intégré au plan de formation.**
7. **Les demandes de formation sont répertoriées et, en fonction des objectifs et des moyens de l'établissement, intégrées au plan de formation. Dans tous les cas, le professionnel est informé de l'accord ou du refus motivé concernant sa demande (pour les formations diplômantes).**
8. **Le plan de formation tient en compte les priorités de l'établissement (obligations réglementaires (incendie, HACCP, sécurité etc....), adéquation avec les objectifs de l'Etablissement et des professionnels**
9. **Le plan de formation définit des priorités institutionnelles.**
10. **L'établissement a mis en place des modalités de recueil des besoins et souhaits individuels de formation.**
11. **Le plan de formation contribue à la politique promotionnelle des professionnels.**
12. **Les actions sont adaptées à la nature des postes, aux besoins spécifiques et généraux des personnels.**
13. **Le plan de formation inclut des formations qualifiantes.**

14. **La politique de l'établissement favorise les formations des agents aux gestes et soins d'urgence.**
15. **Les professionnels sont formés à l'hygiène des locaux et du linge.**
16. **Les professionnels de soins ont bénéficié d'une formation continue concernant le lavage des mains et l'hygiène générale des soins.**
17. **Le plan de formation intègre des formations spécifiques pour les professionnels concernés sur les questions du toucher, du confort, de la relation, de l'intimité, de la communication liées à la toilette.**
18. **L'équipe d'encadrement met en place une démarche de prise en compte de l'usure professionnelle. Ceci se traduit par des actions qui sont décrites et mises en place. Mise en place de groupes de travail pour échanger sur les pratiques professionnelles par la psychologue clinicienne à partir de décembre 2013**
19. **Les droits individuels à la formation (DIF, CIF, CFP) sont proposés.**
20. **Le plan de formation est présenté aux instances représentatives : comité technique d'établissement et en CRUQ.**
21. **L'établissement dispose d'un fond documentaire permettant aux professionnels de fiabiliser et compléter leurs connaissances.**

Points à améliorer :

1. **Le plan de formation ne prévoit pas des actions portant spécifiquement sur les projets personnalisés.**

RH03 ACCUEIL ET INTEGRATION DES SALARIES ET STAGIAIRES

Points forts :

1. **Les nouveaux professionnels sont accompagnés dans leur prise de poste.**
2. **Les professionnels (autres que le tuteur désigné) sont impliqués dans l'accompagnement du stagiaire**
3. **L'établissement prévoit lors de l'intégration des nouveaux professionnels de faire un point avec eux en fin de période d'essai**
4. **L'accueil de stagiaire fait systématiquement l'objet d'une convention de stage**
5. **Les ressources et compétences individuelles des professionnels sont identifiées et mises à profit (exemple : une AS ayant un diplôme de coiffeuse, une AMP musicienne…).**
6. **Une brancardière esthéticienne pratique des soins de confort**
7. **Des visites d'établissement ou de services, des échanges de personnel ou des formations conjointes avec d'autres établissements sont organisées (Réseaux COCLINNOR), visites des établissements (accueil de jour, PASA, jardin thérapeutique, permanence des soins...) Site d'examen SSIAP1, Journées thématiques, CLACT Bientraitance...**
8. **Des lieux et temps existent pour permettre le droit d'expression des salariés.**

Points à améliorer :

1. **L'établissement a formalisé une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels et des stagiaires mais elle n'est pas réactualisée**
2. **Il n'y a pas de documents d'accueil qui permettent à tout professionnel nouvellement intégré de connaître le fonctionnement de l'établissement.**
3. **Les nouveaux professionnels et les stagiaires ne sont pas suffisamment présentés aux personnes accueillies (résidents).**
4. **La procédure d'intégration des nouveaux professionnels n'inclut pas une sensibilisation à la non bientraitance.**
5. **Les salariés temporaires ou les stagiaires ne sont pas suffisamment sensibilisés à la maltraitance. Cette sensibilisation ne fait pas l'objet d'une traçabilité.**

RH04 SPECIFICITES PATIENTS ALZHEIMER

Points forts :

1. **Les professionnels sont spécialement formés pour accompagner les personnes souffrant de pathologie Alzheimer ou apparentées (ASG, personnel spécifique aux unités protégées), formations sur les démences.**
2. **L'établissement privilégie la recherche de professionnels volontaires pour exercer auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.**
3. **Dans les unités dédiées (unité Alzheimer …) l'établissement a renforcé les temps de présence de professionnels tels que psychologue, psychomotricien, assistant de soins en gérontologie, une art thérapeute et un musicolier.**

COM LA COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE

COM01 COMMUNICATION INTERNE

Points forts :

1. **Parmi les outils du plan de communication interne, l'établissement a défini un compte-rendu de réunion type.**
2. **Les prises de décisions font l'objet de formalisations par notes de service ou notes d'information. Leur diffusion est maîtrisée (affichage), et fait l'objet d'une traçabilité (chrono).**
3. **Les supports de type affichage font l'objet d'une réactualisation régulière. La date de leur dernière actualisation est mise en valeur sur l'affichage. Ces actualisations sont commentées en réunion d'équipe.**
4. **Chaque professionnel a accès aux documents lui permettant d'exercer sa mission.**

Points à améliorer :

1. **L'établissement n'a pas formalisé ses modalités de communication interne.**
2. **Le plan de communication interne n'existe pas, donc ne décrit pas l'ensemble des modalités, supports, fréquences et durées consacrés à la communication au sein de l'établissement.**
3. **Dans le cadre du plan de communication interne, des réunions thématiques d'analyse des pratiques entre professionnels sur l'organisation collective du quotidien ne sont pas suffisamment organisées.**

COM02 COMMUNICATION EXTERNE

Points forts :

1. **La réponse à une demande externe de renseignements, y compris téléphonique, est organisée . Une réponse peut être obtenue : la journée, la nuit, le week-end.**

Points à améliorer :

1. **La réponse à une demande externe de renseignements, y compris téléphonique, est organisée mais il n'y a pas de suivi de mise en œuvre effective.**

2. **L'établissement n'a pas formalisé ses modalités de communication externe.**
3. **Le plan de communication externe n'existe pas.**

GDOC LA GESTION DOCUMENTAIRE

GDOC01 LA GESTION DOCUMENTAIRE

Points forts :

1. **L'établissement a formalisé une procédure de gestion des documents de l'établissement (documents du système qualité, autres documents dont la maîtrise participe à la qualité). Cette procédure est en cour de révision avec la mise en place du logiciel qualité ENNOV.**
2. **Un professionnel est spécifiquement garant de la maintenance du système documentaire.**
3. **Tout document du système qualité est repérable à minima via une appellation et une date de validation avec ENNOV**

AMELIO L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

AMELIO01 L'ENGAGEMENT DE LA DIRECTION ET LA POLITIQUE QUALITE

Points forts :

1. **Il existe un poste de qualiticien ou référent qualité dans l'établissement. Ce référent est formé aux principes et méthodes de la démarche d'amélioration continue de la qualité**
2. **La mission et l'autorité fonctionnelle du référent qualité sont connues de tous les professionnels.**

Points à améliorer :

1. **La direction n'a pas formalisé la politique qualité et planifié des objectifs pour l'amélioration de la qualité (la qualité de service, la qualité de vie, la satisfaction des personnes accueillies, la satisfaction des professionnels…)**

AMELIO02 CONDUITE DE L'EVALUATION INTERNE

Points forts :

1. **L'établissement a défini et formalisé le rôle et les compétences de tous les acteurs de la démarche d'évaluation.**
2. **L'établissement a mis en place un comité de pilotage de l'évaluation et les missions de ce comité de pilotage de l'évaluation sont définies et formalisées.**
3. **L'établissement a établi un PLANNING pour l'évaluation.**
4. **L'équipe de direction est formée à la conduite de l'évaluation interne et externe.**
5. **L'établissement a mis en place un groupe de travail pour échanger sur les recommandations et aider les équipes à se les réapproprier.**
6. **L'évaluation interne a concrètement associé l'équipe: des intervenants paramédicaux, des personnels d'aide et d'accompagnement, du personnel de restauration et d'hôtellerie, du personnel administratif.**
7. **Les professionnels sont régulièrement avisés de l'avancement des travaux de l'évaluation interne.**
8. **La participation des professionnels (médecins, infirmières, kinésithérapeute, psychomotricienne, neuro-psychologue, assistante sociale) s'effectue au moyen de groupes de travail, d'entretiens en face à face, de questionnaires, etc.**
9. **L'établissement implique les résidents (ou leurs représentants) dans l'évaluation en diversifiant les formes (enquêtes, participation dans les groupes) en s'appuyant sur les modes de consultation existants**
10. **Les résidents, leurs proches, les partenaires sont invités à participer à des réunions organisées par l'EHPAD, à échanger avec les professionnels sur l'organisation.**
11. **Les résultats des évaluations sont diffusés (aux personnes accueillies, aux familles, aux professionnels, au CVS).**
12. **Les professionnels échangent régulièrement entre eux sur leurs pratiques (analyse de pratiques)**

AMELIO03 ANIMATION DE LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE

Points forts :

1. **Le personnel a été sensibilisé et formé aux méthodes de l'amélioration continue de la qualité**
2. **Formation des acteurs clés et sensibilisation du personnel (réunions, synthèses....)**
3. **L'avancement de la démarche d'amélioration fait l'objet d'un suivi régulier.**
4. **Il existe des tableaux du suivi de l'avancement du projet d'établissement (planning prévisionnel de réalisation des actions prévues dans le projet d'établissement)**
5. **Le référent qualité pilote des réunions qualité en présence de la direction selon une périodicité déterminée. Ces réunions font l'objet de comptes-**

rendus communiqués aux professionnels.

6. **Les pilotes de Plans d'Action sont clairement identifiés et connus des autres professionnels. Ils participent à la réunions qualité, en fonction de l'ordre du jour.**
7. **Il existe des groupes de travail thématiques consacrés à l'amélioration de la qualité, associant des résidents et les professionnels concernés (groupe sur le déménagement...)**
8. **Les propositions d'amélioration de la qualité font l'objet d'une validation explicite par la direction.**
9. **Après validation par la direction, des documents adaptés sont élaborés pour le personnel concerné (sur certains thèmes). Leur diffusion est organisée.**
10. **Les actions d'amélioration font l'objet d'une communication interne/externe (inauguration du nouveau bâtiment, les travaux de réhabilitation…)**

Points à améliorer :

1. **L'établissement n'a pas mis en place des moyens permettant de recueillir l'avis des professionnels sur l'amélioration de la qualité.**
2. **La procédure de gestion de l'amélioration continue n'est pas formalisée mais la mission des PILOTES de plans d'actions est définie à l'oral**
3. **Après validation des propositions d'amélioration par la direction, des documents adaptés ne sont pas systématiquement élaborés pour le personnel concerné. Leur diffusion est organisée.**

AMELIO04 SURVEILLANCE DES INDICATEURS

Points forts :

1. **L'établissement a établi des indicateurs pertinents, lui permettant de mesurer à intervalles réguliers la qualité de sa prestation.**
2. **Les indicateurs qualité s'inspirent des préconisations ANESM, HAS ou sont élaborés en fonction des objectifs qualité spécifiques à l'établissement.**
3. **L'établissement a élaboré un système de recueil de données pour alimenter et actualiser ces indicateurs.**
4. **Le référent qualité est chargé de la collecte des données, du calcul des indicateurs.**
5. **Il est responsable du suivi des indicateurs et le suivi remonte à la responsable qualité.**
6. **Les indicateurs sont analysés en revue qualité, et utilisés en vue de la formalisation d'axes d'amélioration.**
7. **Réalisation de travaux du groupe qualité pour l'évaluation des connaissances sur les protocoles auprès des personnels concernés**

Points à améliorer :

1. **L'ensemble des indicateurs n'est pas systématiquement remonté au référent qualité pour le suivi.**

AMELIO05 LES ENQUETES DE SATISFACTION

Points forts :

1. **Une enquête de satisfaction est remise au référent familial ou à la famille tous les deux ans.**
2. **L'établissement mesure régulièrement la satisfaction des personnes accueillies. Les modalités du recueil sont adaptées à l'usager (aide à la compréhension et au remplissage…).**
3. **Le dispositif d'évaluation, et ses outils de mise en œuvre, ont été soumis au préalable au CVS et à la CRUQ**
4. **Le dispositif d'évaluation porte sur la sécurité, l'hébergement, le cadre de vie, la restauration, les soins, les relations avec les personnels, les prises en charge spécifiques (douleur, dénutrition, escarres, fin de vie).**
5. **L'établissement a mis en place un système de repérage et de traitement des « événements indésirables » ou « dysfonctionnements ».**
6. **En cas de repérage d'insatisfactions, des actions d'amélioration sont mises en place, avec des objectifs mesurables et une planification dans le temps.**
7. **Les personnes concernées (personnes accueillies, familles, professionnels) sont informées de la mise en place de ces actions, et de leurs résultats.**

Points à améliorer :

1. **L'établissement n'a pas mis en place des enquêtes de satisfaction auprès des professionnels récemment : sur le bien-être au travail, les conditions de travail, la pertinence du plan de formation, le soutien psychologique.**

4- PLANS D'ACTION RESULTANT DE L'EVALUATION INTERNE

PLANS D'ACTION RESULTANT DE L'EVALUATION INTERNE (Priorisés par le comité de pilotage)

EN LIEN AVEC GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS

1. Faire valider le règlement de fonctionnement par le CS, le CVS et le CTE et le mettre à disposition des professionnels pour information.
2. Mettre en place un entretien entre le résident et la psychologue dans le mois qui suit son entrée afin de compléter les directives anticipées.
3. Réunion d'informations auprès des résidents déjà présents dans l'établissement (lister les résidents concernés)
4. Permettre à l'équipe des professionnels de s'interroger sur l'utilisation du vouvoiement ou du tutoiement, ainsi que sur l'utilisation du prénom et du nom de famille.
5. Recueillir l'information sur l'annonce de la maladie d'Alzheimer avant l'entrée.
6. Dans le cas où l'information n'a pas été donnée, faire en sorte d'annoncer le diagnostic
7. Diffuser les résultats des réunions de CVS et les analyser avec les professionnels
8. Créer un chapitre explicitant les valeurs éthiques et les règles déontologiques sur lesquelles s'appuient les actions des professionnels dans le Projet d'établissement
9. Intégrer au projet d'établissement la notion de « risque acceptable » et les conditions dans lesquelles l'équipe peut assurer, pour chaque personne accueillie, un bon équilibre entre liberté et sécurité.
10. Revoir le livret d'accueil pour l'adapter aux résidents accueillis et le réactualiser
11. Créer la procédure visant à limiter et codifier le recours à la contention physique fondée sur 3 points : évaluation de la situation, prescription médicale, surveillance régulière de la contention
12. Valider la procédure d'archivage du dossier
13. Difficulté du circuit du dossier lors d'un passage SSR à l'EHPAD
14. Inclure le droit à modification des informations dans la procédure de gestion du dossier de l'usager
15. Mettre en place une visite de pré-admission (bureau des entrées) en présence du tuteur
16. Elaborer une check-list des documents et informations à remettre datée et signée par le résident
17. Etendre les avenants pour l'ensemble des résidents en lien avec le projet personnalisé
18. Rédiger un document listant les limites des informations à divulguer concernant les soins (qui, quoi, où, quand et comment)
19. Etablir les critères entrée/sortie des UP dans le contrat de séjour (annexe) ainsi que dans le projet d'établissement
20. Réactualiser la procédure d'admission et la procédure d'entrée

21. **Mettre en service le site Internet et des TV pour informer les familles et les résidents**
22. **Formaliser la procédure de signalement des faits de maltraitance en interne**
23. **Mettre au clair la différence entre déclaration et délation**
24. **Informer les partenaires sur les risques de maltraitance**
25. **Faire évoluer le nombre de participants à la commission de restauration**
26. **Mettre en œuvre la commission animation**
27. **Créer les livrets d'accueil des stagiaires et des nouveaux professionnels**

EN LIEN AVEC LA PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE INHERENTS A LA VULNERABILITE DES RESIDENTS

1. **Renforcer l'utilisation des outils (bilan kiné, parcours de marche…)**
2. **Augmenter le nombre d'activités adaptées … Favoriser l'aide à la marche par l'équipe soignante, obtenir un traçage systématique.**
3. **Créer la procédure de repas en chambre**
4. **Diffuser les recommandations (ANESM, HAS, RBPP, Mobiqual) existantes sur ENNOV**
5. **Réunir à nouveau le groupe éthique Créer un comité d'éthique et nommer un président**
6. **Mettre en place les protocoles sur l'hygiène bucco-dentaire**
7. **Lister les ressources internes (agents ayant suivi la formation pédicurie)**
8. **Mise à jour du protocole existant sur les soins de pieds**
9. **Compléter le bilan d'entrée actuel pour tous les résidents qui permet de recueillir les attentes et souhaits des personnes accueillies en termes d'habitudes alimentaires antérieures, de goûts et dégoûts, de temps à consacrer aux repas, et des horaires, les besoins d'aide matérielle au résident au moment du temps repas**
10. **Mettre en place un dispositif qui permet de répondre à des demandes particulières et exceptionnelles en dehors des horaires des repas**
11. **Formaliser et valider le protocole sur la prise en charge des résidents chuteurs**
12. **Continuer la recherche d'un ergothérapeute**
13. **Valider et diffuser les protocoles "chutes"**
14. **Mettre en place l'évaluation du risque de chute du résident et de la réévaluation de son projet personnalisé**
15. **Formaliser la politique de prévention des chutes**
16. **Formaliser le protocole (médicamenteux et non médicamenteux) de prise en charge clairement défini, incluant un suivi des personnes ayant eu des fractures secondaires à une chute.**
17. **Donner une réponse alternative satisfaisante en termes de qualité et de diversité lorsqu'un des plats ne convient pas à la personne accueillie.**
18. **Travailler sur le délai maximal entre la fin du dîner et le début du petit déjeuner supérieur à 12 heures.**
19. **Négocier la labellisation du PASA et des UHR**

20. **Faire aboutir les projets de partenariats en cours : télémédecine (consultations en gériatrie, radiologie d'Yvetot, orthopédie, projet de convention avec l'ophtalmologie et avec le CHSR en psychiatrie)**
21. **Formaliser le protocole "nutrition" précisant les conduites à tenir avec un résident dénutri ou en risque de dénutrition.**
22. **Mettre en place la commission de coordination avec les intervenants libéraux**

EN LIEN AVEC LE MAINTIEN DES CAPACITES DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION DE DEPENDANCE

1. **Mettre en place davantage de groupes de gymnastique ou d'activités physiques adaptées**
2. **Mettre en place un décapage régulier des revêtements des salles de bain pour régler le problème de sol dérapant**
3. **Mettre en place l'évaluation gérontologique pour tous les résidents**
4. **Transmettre aux professionnels l'évaluation gérontologique et ses réactualisations**
5. **Mise en place du référent responsable de la réactualisation du plan de soins.**
6. **Présenter les objectifs de dépendance aux professionnels**
7. **Revoir la signalisation interne pour l'adapter aux capacités des personnes accueillies et leur permettre de repérer les différents lieux de l'établissement et les différents acteurs**
8. **Harmoniser les pratiques entre toutes les équipes et tous les professionnels et organiser les toilettes en fonction des attentes des résidents**

EN LIEN AVEC LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

1. **Créer la procédure « projet personnalisé » qui formalise les modalités d'élaboration, de formalisation, d'actualisation du projet personnalisé, et son (ses) document support**
2. **Inclure au projet personnalisé le recueil de l'avis de la personne accueillie et de son représentant légal en ce qui concerne les sorties temporaires, les hospitalisations, les changements d'institution, ou le retour à domicile**
3. **Inclure dans la démarche de personnalisation l'ensemble des besoins et attentes du résident dans les domaines: cadre de vie, rythme de vie, rituels personnels, soins, vie quotidienne, vie sociale, spirituelle, affective…**
4. **Présenter les objectifs du projet personnalisé du résident aux professionnels concernés, au résident et à ses proches**
5. **Créer des réunions d'élaboration et d'actualisation des projets personnalisés**

6. **Le projet personnalisé devra comprendre :**
- **le maintien de la continuité des liens existants et souhaités (intervenants, familles, etc.)**
- **les proches que la personne accueillie souhaite voir**
- **la personne de confiance**
- **les interlocuteurs de l'équipe pour toute décision**
- **le plan d'aide aux actes essentiels de la vie courante adapté au degré d'autonomie de la personne. En cas de perte d'autonomie, une toilette évaluative permet d'adapter la prise en charge aux capacités résiduelles du résident**
- **le recueil initial des besoins, attentes et habitudes de la personne complété et actualisé tout au long des trois mois suivant l'entrée dans l'établissement.**
- **des objectifs simples, concrets, réalistes et les actions visant à les atteindre**

7. **Donner au résident une information claire, compréhensible et adaptée concernant son projet, et la mise en œuvre de celui-ci (personnes non ou mal communicantes…)**
8. **Informer le médecin traitant du projet personnalisé de ses patients**
9. **Donner à la famille ou le représentant légal du résident une information claire, compréhensible et adaptée concernant le projet personnalisé du résident et sa mise en œuvre car il n'est pas mis en place actuellement**

10. **Revoir le projet personnalisé avec le résident (et/ou son représentant légal) une fois par an, et plus souvent en cas d'événement le justifiant**
11. **Tracer la participation des familles au projet personnalisé**
12. **Désigner un référent et/ou co-référent par l'équipe puis identifié par la personne accueillie, la personne de confiance, les représentants légaux, les partenaires et les professionnels**
13. **Formaliser la mission, la place et le rôle du référent et définir les conditions de changement de référent**
14. **Faire connaitre le projet d'animation aux professionnels**
15. **Intégrer au projet d'animation le rôle des aidants et des proches**
16. **Favoriser des modes de sollicitations adaptés pour inciter les résidents à participer aux activités en lien avec leur projet personnalisé.**
17. **Recueillir les souhaits individuels des résidents concernant les activités individuelles et collectives, lors du premier accueil mais au moins une fois par an et favoriser l'expression des souhaits des personnes ayant des difficultés de communication dans les unités "EHPAD"**
18. **Faire connaitre aux proches les activités où ils sont invités**

EN LIEN AVEC L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

1. **Faire connaitre les informations recueillies concernant les directives anticipées à l'ensemble de l'équipe, y compris de celle de nuit**
2. **Formaliser la procédure collégiale d'aide à la décision médicale pour les résidents « non conscients » en situation d'arrêt ou de limitation de traitement**

3. **Formaliser la procédure permettant d'évaluer les signes de confort et d'inconfort physiques en fin de vie**
4. **Formaliser la procédure permettant d'évaluer les signes d'inconfort psychique**
5. **Formaliser la démarche et les modalités de l'accompagnement de fin de vie**
6. **Trouver une solution pour proposer aux familles une pièce de repos indépendante de la chambre dans le cadre de la fin de vie**
7. **Développer l'accompagnement des autres résidents dans le cadre de la fin de vie (information du décès)**
8. **Mener une réflexion éthique sur l'annonce avant le décès**

EN LIEN AVEC LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Réactualiser le projet d'établissement en y intégrant :

- **le nom usuel réactualisé; le type d'établissement ou de service selon le code Finess**
- **les missions générales au regard de sa convention tripartite**
- **les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM**
- **l'analyse des souhaits et besoins des familles**
- **les critères d'admission (Pathos, GIR, GMP, détérioration intellectuelle etc...) et les limites de leur prise en soins.**
- **la référence à une notion de personnalisation de l'accompagnement**
- **les procédures et protocoles de prise en soins des personnes accueillies**
- **les règles d'hygiène générale et celles apportées aux soins**
- **la prévention des risques iatrogènes médicamenteux**
- **l'articulation entre les activités collectives et les attentes individuelles de la personne accueillie**
- **le « référent animation » au sein de l'équipe (animateur diplômé, AMP, AS ou autre)**
- **la cohésion du projet social avec les missions définies dans le projet d'établissement.**
- **la GPMC (Gestion prévisionnelle des Métiers et compétences) : formation, professionnalisation, spécialisation.**
- **les modalités de l'amélioration continue de la qualité dans l'établissement.**

Concernant les personnes présentant une pathologie, le projet devra intégrer :

- **les critères d'admission et de non admission des personnes, ainsi que les limites de la prise en charge**
- **les situations susceptibles de relever d'une hospitalisation ou réorientation**
- **le consentement de la personne et de sa famille en cas de réorientation**
- **un volet spécifique portant sur les moyens de maintenir ou d'améliorer l'autonomie des personnes dans la vie quotidienne, sociale, citoyenne, de maintenir un bon état général**
- **les moyens de prévenir l'apparition des troubles psychologiques et comportementaux**

- **un volet spécifique portant sur l'organisation en petites unités de vie et leur articulation avec le reste de la structure**
- **un volet spécifique portant sur l'adaptation au rythme de vie des personnes accueillies grâce à la souplesse des horaires et du fonctionnement de la vie quotidienne**
- **les modalités d'une évaluation régulière des capacités, besoins et attentes des personnes accueillies.**
- **la place spécifique des aidants.**

Pour réactualiser le projet, penser à :

- **Faire piloter la rédaction du projet de soins par le médecin coordonnateur**
- **Associer lors de la réactualisation l'entourage des personnes accueillies et les bénévoles**
- **Diffuser le projet d'établissement à tous les professionnels, et à certains partenaires**
- **S'appuyer sur les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, l'analyse des réclamations et plaintes, ainsi que les conclusions des évaluations internes**

Pour le suivi du projet et la mise en place des actions :

- **Suivre les plans d'actions contenus dans le projet d'établissement de manière rigoureuse et systématique**

EN LIEN AVEC L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT

1. **Formaliser l'intervention des bénévoles pour chaque bénévole et chaque association (charte d'intervention, convention).**
2. **Organiser plus régulièrement des réunions entre l'établissement et les bénévoles.**
3. **Soutenir les bénévoles dans leur action par des groupes de parole et/ou des actions de formation et/ou un tutorat organisé.**
4. **Informer les bénévoles des procédures liées au signalement de la maltraitance ou d'événements indésirables.**
5. **Informer les personnes accueillies et leurs proches des activités proposées par l'environnement de l'établissement.**
6. **Revoir la signalisation externe**
7. **Définir des critères qualité pour le choix de ses partenaires (dans les champs sanitaire, médico-social, animation et vie culturelle).**
8. **Intégrer aux conventions de partenariat les indicateurs et les critères d'évaluation du partenariat ainsi que les échéances de cette évaluation.**
9. **Evaluer l'intervention des bénévoles**
10. **Créer d'autres rencontres inter-institutions**
11. **Aménager les abords de l'établissement pour les résidents en fauteuil roulant (pentes)**

EN LIEN AVEC L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT

1. **Associer des résidents à la commission menus/restauration.**
2. **Faire connaître et appliquer la procédure « linge » aux professionnels concernés.**
3. **Intégrer à la procédure de ménage les modalités de nettoyage en cas d'incident en dehors des heures habituelles de ménage.**
4. **Mettre à disposition les équipements nécessaires pour que les personnes accueillies puissent réaliser la part de ménage qu'elles souhaitent effectuer en autonomie, dans leur espace privatif.**
5. **Créer une procédure définissant les règles de sécurité pour le transport des passagers et la diffuser au personnel.**
6. **Définir les règles d'utilisation des véhicules par les professionnels**
7. **Mettre en place un carnet de bord pour l'usage et l'entretien des véhicules de service**
8. **Créer la procédure pour le suivi administratif des véhicules (contrôle technique, assurances, cartes handicapés…).**
9. **Mettre en place une trousse de secours dans chaque véhicule et la vérifier régulièrement.**
10. **Créer une procédure en cas de panne de véhicule et en cas d'accident automobile.**

EN LIEN AVEC LA GESTION DES RISQUES

1. **Protéger les zones et éléments à risques**
2. **Faire appliquer les procédures « hygiène du linge » dans les services**
3. **Finaliser la procédure (en cours d'élaboration) de dépôt des biens des personnes (dans un coffre, à la trésorerie de l'établissement).**
4. **Sécuriser l'accès à l'établissement**
5. **Afficher un avis indiquant les modalités d'accès des travailleurs au document unique d'évaluation des risques, à une place convenable et aisément accessible (au même emplacement que celui réservé au règlement intérieur, par exemple).**

EN LIEN AVEC LES RESSOURCES HUMAINES, LE MANAGEMENT ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL

1. **Sensibiliser les salariés temporaires ou les stagiaires à la maltraitance.**
2. **Valider l'organigramme hiérarchique et fonctionnel ; la valider et le diffuser aux instances et aux professionnels.**
3. **Co-définir les fiches de poste avec les professionnels et continuer la mise en place de la démarche de GPMC avec l'utilisation du logiciel GESFORM GPMC**
4. **Intégrer aux fiches de poste la description du périmètre d'autonomie et d'autorité, le rattachement hiérarchique et fonctionnel des professionnels**
5. **Mettre en place une gestion prévisionnelle des ressources humaines en termes de COMPETENCES.**
6. **Réactualiser la procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels et des stagiaires**
7. **Créer un document d'accueil permettant à tout professionnel nouvellement intégré de connaître le fonctionnement de l'établissement.**
8. **Présenter les nouveaux professionnels et les stagiaires aux personnes accueillies (résidents).**
9. **Inclure dans la procédure d'intégration des nouveaux professionnels une sensibilisation à la non bientraitance.**
10. **Formaliser la procédure de recrutement**
11. **Négocier un temps de présence dans les unités dédiées (orthophoniste, ergothérapeute)**

EN LIEN AVEC LA COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE

1. **Formaliser les modalités de communication interne.**
2. **Créer le plan de communication interne qui décrit l'ensemble des modalités, supports, fréquences et durées consacrés à la communication au sein de l'établissement.**
3. **Organiser davantage de réunions thématiques d'analyse des pratiques entre professionnels sur l'organisation collective du quotidien**
4. **Mettre en place un suivi des réponses à une demande externe de renseignements, y compris téléphonique**
5. **Formaliser les modalités de communication externe qui intégrera :**

- **les destinataires, et l'ensemble des modalités, supports, fréquences et durées consacrés à la communication vers l'extérieur**
- **la diffusion des documents de présentation de l'établissement, mais aussi de manière spécifique ses engagements en termes d'éthique et sa politique qualité**
- **la communication liée à des activités ponctuellement organisées dans l'établissement**

EN LIEN AVEC L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

1. **Réaliser des enquêtes auprès des professionnels sur l'accompagnement des résidents.**
2. **Mettre en place des enquêtes de satisfaction auprès des professionnels, sur le bien-être au travail, les conditions de travail, la pertinence du plan de formation, le soutien psychologique.**
3. **Réviser le support de l'enquête de satisfaction des résidents en intégrant les items de l'ANESM.**
4. **Définir la politique qualité.**
5. **Intégrer la mission du référent qualité dans les livrets d'accueil du nouveau professionnel et du stagiaire.**
6. **Organiser davantage de réunions entre les professionnels pour échanger sur leurs pratiques (réunions d'équipe, suivi régulier avec le professionnel d'encadrement). Créer un groupe de travail avec la psychologue.**
7. **Faire un tableau regroupant toutes les actions d'amélioration (PAQ).**
8. **Réaliser la procédure de gestion d'amélioration continue de la qualité.**
9. **Répartir et programmer les évaluations de procédures entre les différentes commissions (groupe qualité, le CLIN, CLAN, CLUD…)**