

RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

Centre Hospitalier de Château Chinon

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Directeur : Monsieur Julien DUPAIN

Etablissement public

« Vous êtes reconnu »

Equipe d'évaluateurs

Responsable de l'évaluation
externe :

Dr Catherine BLACKER SCHOLLER
Evaluateur généraliste et spécialiste

Autres évaluateurs :

Jean Christophe POULAIN
Evaluateur généraliste

Date de la visite d'évaluation externe :
27 et 28 novembre 2014

Sommaire

1.	ELEMENTS DE CADRAGE DE LA MISSION	8
	Le cadre de référence de l'évaluation externe : définition d'un EHPAD	8
	Le cadre de référence de l'évaluation externe : Le volet A commun aux EHPAD..	8
	1) Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles spécifiquement applicables à l'établissement ou au service évalué (<i>liste validée au cours de la phase préparatoire</i>).....	8
	2) Cadre de référence réglementaire spécifique aux EHPAD:	9
	Le cadre de référence de l'évaluation externe : Le volet spécifique	14
	3) Les pièces techniques communiquées par l'établissement évalué :	14
	4) Présentation et contexte de l'établissement	14
	Maison de retraite du CH de Château-Chinon	14
2.	DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE	22
	Rappel des orientations générales de l'évaluation	22
	Le projet évaluatif	23
	Méthode et outil utilisés	38
	Les étapes de l'évaluation externe	38
	Etude et analyse.....	39
3.	RAPPEL CHRONOLOGIQUE DES ETAPES DE L'EVALUATION EXTERNE	40
4.	DEVELOPPEMENT INFORMATIF	41
	<i>Section 1 : L'évaluation des activités et de la qualité des prestations sera organisée de façon à fournir des éléments synthétiques sur les points suivants</i>	<i>42</i>
	1) L'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties	42
	2) La cohérence des différents objectifs entre eux	42
	3) L'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place	42
	4) L'existence et la pertinence de dispositifs de gestion et de suivi.....	43
	5) L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs.....	43
	6) L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés	43
	7) Les conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation	43

Section 2 : Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation

interne..... 44

- 1) Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne..... 44
- 2) Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués 45
- 3) Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu 45
- 4) Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique 45
- 5) Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations 46

Section 3 : Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques 47

- 1-La capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissements ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne..... 47
- 2-L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence 47
- 3-Les conditions dans lesquelles est élaboré le projet individualisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur 47
- 4-L'effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits..... 49
- 5-La réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers..... 49
- 6-La capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers 53
- 7-La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation 54
- 10-La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions 54
- 8-La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers..... 55
- 9-La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité – prévention des situations de crise – mise en place d'un dispositif de régulation des conflits – techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes – plus généralement politique globale de gestion des risques. 56
- 12-Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels 60
- 13-La capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle 60

14-Le rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations :	61
a) Perception de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, les usagers,	61
b) Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur.....	61
15-L'inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné à partir notamment de :	62
a) La prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu.....	62
b) Sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement.....	62

5. RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE.....63

Section 1 : L'évaluation des activités et de la qualité des prestations sera organisée de façon à fournir des éléments synthétiques sur les points suivants63

1) L'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties	63
2) La cohérence des différents objectifs entre eux	63
3) L'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place	63
4) L'existence et la pertinence de dispositifs de gestion et de suivi.....	63
5) L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs.....	63
6) L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés	63
7) Les conditions d'efficacité des actions et de réactualisation régulière de l'organisation	63

Section 2 : Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne..... 67

1) Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne.....	67
2) Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués	67
3) Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu	67
4) Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique	67
5) Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations	67

Section 3 : Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques..... 70

1) La capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissements ou de service,	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.....	70
2) L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence	70
3) Les conditions dans lesquelles est élaboré le projet individualisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur	70
4) L'effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits.....	72
5) La réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.....	72
6) La capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers	76
7) La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation	78
8) La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers	78
7-La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation	78
8-La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.....	78
9) La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité – prévention des situations de crise – mise en place d'un dispositif de régulation des conflits – techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes – plus généralement politique globale de gestion des risques.....	79
10) La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions	83
11) Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, relatifs notamment à la qualité d'hébergement	83
10-La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions	84
12) Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels	85
13) La capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle	85
14) Le rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations :.....	87

a)	Perception de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, les usagers	87
b)	Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur	87
15)	L'inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné à partir notamment de :	89
a)	La prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du mi	89
b)	Sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement.....	89
6.	SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE.....	91
I.	Introduction.....	92
Point 1 -	La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS	92
Point 2 -	Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM	93
II.	Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers.....	93
Point 3 -	Le PEPS.....	93
Point 4 -	Adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention	93
Point 5 -	L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences)	93
Point 6 -	Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences	93
Point 7 -	Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines.....	93
Point 8 -	Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers	93
Point 9 -	La cohérence entre les objectifs développés dans les projets individualisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS	93
III.	L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	97
Point 10 -	Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire)	97
Point 11 -	Perception par les partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS	97

Point 12 - Coordination et intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne 97

IV. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers 99

Point 12 - Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS..... 99

Point 13 - Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets individualisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire 99

Point 14 - Les modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal)..... 99

Point 15 - Le rythme d'actualisation du projet individualisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées 99

Point 16 - Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant..... 99

Point 17 - La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers 99

Point 18 - Expression collective des usagers et analyse de l'information 99

V. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques 102

Point 19 - Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité 102

Point 20 - Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement. Moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance 102

Point 21 - Les principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS 102

7. ANNEXES AU RAPPORT 109

1. Eléments de cadrage de la mission

Le cadre de référence de l'évaluation externe : définition d'un EHPAD

Un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), anciennement dénommé "maison de retraite", est une structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées.

Depuis 2001, en application de la réforme sur la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, les maisons de retraite (ou d'accueil) médicalisées sont devenues des Ehpad, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Structure médico-sociale, l'Ehpad accueille des personnes seules ou en couple, de plus de 60 ans (sauf dérogation), plus ou moins dépendantes sur les plans physique et psychologique. L'entrée est prononcée par le directeur de l'établissement, sur avis du médecin coordonnateur. Ce dernier doit en effet s'assurer que l'état de santé et le degré de dépendance du demandeur sont en adéquation avec les capacités matérielles et humaines de l'établissement.

La première caractéristique de l'Ehpad est d'avoir signé une convention tripartite avec le conseil général et l'assurance maladie. La signature de cette convention permet à l'établissement de percevoir des crédits de fonctionnement.

En contrepartie, l'Ehpad s'engage à respecter un cahier des charges et une démarche qualité permettant d'accueillir les personnes âgées dans les meilleures conditions. Tous les domaines sont concernés, en particulier la qualité de vie au sein de l'établissement (accessibilité, sécurité, hygiène...), la personnalisation de la prise en charge (projet de vie individualisé, respect des rythmes de vie, proposition d'activités adaptées...) et les relations avec le résident et ses proches (bonne information, participation de la famille...).

Au-delà de l'engagement qualité, la signature de la convention tripartite implique un système de tarification particulier, la triple tarification, qui répartit les frais de séjour selon trois volets (hébergement, dépendance et soins) auxquels correspondent des aides financières spécifiques.

Le cadre de référence de l'évaluation externe : Le volet A commun aux EHPAD

1) Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles spécifiquement applicables à l'établissement ou au service évalué (*liste validée au cours de la phase préparatoire*)

1. 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)

2. Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet-2008)
3. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet-2008)
4. Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre-2008)
5. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre-2008)
6. Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre-2008)
7. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (février-2009)
8. 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)
9. Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre-2009)
10. Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (mai-2010)
11. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (octobre-2010)
12. Qualité de vie en Ehpad (Volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement (février-2011)
13. Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (septembre-2011)
14. Qualité de vie en Ehpad (volet 3) - La vie sociale des résidents (janvier-2012)
15. L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février-2012)
16. Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (juillet-2012)
17. Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre-2012)
18. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement (mai 2014)

2) Cadre de référence réglementaire spécifique aux EHPAD:

LES LOIS

- **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**
- **Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie** (dite loi « Leonetti »)
- **LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, (dite loi « HPST »)

LE CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles) / Quelques articles

- **Code de l'action sociale et des familles- Aide sociale : articles L123-5, L132-1, L132-2, L132-3, L132-6, L132-7, L132-8, L132-9 et L134-9**
- **Code de l'action sociale et des familles- Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA): art. L.232-1 à L.232-28 et R.232-1 à R.232-61**
- **Code de l'action sociale et des familles - Dépôt de garantie : art. R.314-149**
- **Code de l'action sociale : Règlement de fonctionnement : art. R 311-33 à R 311-37**

- **Code de l'action sociale** : Livret d'accueil : **art. L 311-4**
- **Code de l'action sociale** : Projet d'établissement : **art. L 311-8**
- **Code de l'action sociale** : Conseil de la Vie Sociale : **art. D 311-3 à D 311-32**
- **Code de l'action sociale** : Règlement de fonctionnement des établissements et services.
: **art. D 311-33 à D 311-37**

LES DECRETS

- **Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010** relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles
- **Décret n°2007-1344 du 12 septembre 2007** relatif aux obligations des établissements en cas de défaillance du réseau d'énergie
- **Décret n°2008-821 du 21 Août 2008** relatif au guide de remplissage de la grille AGGIR
- **Décret n°2007-551 du 13 avril 2007** relatif à la prescription par les infirmiers
- **Décret n°2007-399 du 23 mars 2007** relatif à la tarification
- **Décret n°2007-330 du 12 mars 2007** relatif au Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance
- **Décret n°2007-221 du 19 février 2007** sur la qualification des directeurs
- **Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006** fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif
- **Décret n°2006-938 du 27 juillet 2006** certificat de décès
- **Décret n°2006-555 du 17 mai 2006** relatif à l'accessibilité des établissements
- **Décret n°2006-122 du 06 février 2006** sur le projet de soins palliatifs
- **Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006** relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire)
- **Décret n° 2005-1260 du 4 octobre 2005** relatif à la composition des conseils d'administration des établissements publics sociaux et médico-sociaux locaux et aux modalités de désignation de leurs membres et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) (Journal officiel du 7 octobre 2005)
- **Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005** relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (Journal officiel du 28 mai 2005)
- **Décret n° 2005-118 du 10 février 2005** relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux dans les établissements mentionnés au II de l'article L 313-12 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire) (Journal officiel du 13 février 2005)
- **Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004** relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles (Journal officiel du 27 novembre 2004)

- **Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004** relatif au Conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du Code de l'action sociale et des familles.
- **Décret n° 2004-231 du 17 mars 2004** relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du Code de l'action sociale et des familles.
- **Décret n° 2004-135 du 11 février 2004** pris pour l'application de l'article L. 315-17 du Code de l'action sociale et des familles et relatif aux délégations de signature consenties au directeur d'un établissement public social ou médico-social.
- **Décret n° 2003-1217 du 18 décembre 2003** relatif à la liste des établissements ou services accueillant certaines catégories de personnes et relevant du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale prévu au 1° de l'article L. 312-5 du Code de l'action sociale et des familles.
- **Décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003** relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- **Décret n° 2003-1136 du 26 novembre 2003** relatif aux modalités de mise en œuvre de la visite de conformité mentionnée à l'article L. 313-6 du Code de l'action sociale et des familles.
- **Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003** relatif à la personne qualifiée aidant l'utilisateur à faire valoir ses droits.
- **Décret n° 2003-803 du 26 août 2003** relatif aux comités techniques d'établissement dans les établissements publics sociaux et médico-sociaux pris pour l'application de l'article L. 315-13 du Code de l'action sociale et des familles.
- **Décret n° 2003-802 du 26 août 2003** relatif aux comités techniques d'établissement institués dans certains établissements publics sociaux et médico-sociaux et pris pour l'application de l'article L. 315-13 du Code de l'action sociale et des familles.

LES ARRETES

- **Arrêté du 11 janvier 2012 relatif au plan comptable** applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles
- **Arrêté du 24 janvier 2011 relatif au plan comptable** applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles
- **Arrêté du 19 décembre 2006** modifiant l'arrêté du 22 octobre 2003 et fixant le modèle de bilan financier d'un établissement ou service social ou médico-social
- **Arrêté du 9 décembre 2005** pris en application de l'article R. 314-13 du code de l'action sociale et des familles, relatif à la transmission par courrier ou support électronique des propositions budgétaires et des comptes administratifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- **Arrêté du 16 août 2005 fixant le programme de l'attestation de formation de médecin coordonnateur** exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

- **Arrêté du 20 juillet 2005** fixant les indicateurs et leurs modes de calcul pris en application du 5° du I de l'article R. 314-17 et des articles R. 314-28 à R. 314-33 du code de l'action sociale et des familles
- **Arrêté du 13 août 2004** modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- **Arrêté du 3 décembre 2003** fixant le modèle des documents prévus au 4° du I de l'article 3 du décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation, de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- **Arrêté du 12 novembre 2003** fixant la liste des pièces prévues au III de l'article 92 du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relative à la demande annuelle de prise en charge de quotes-parts de frais de siège social.
- **Arrêté du 10 novembre 2003** fixant la liste des pièces prévues au III de l'article 89 du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relative à la demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation de frais de siège social

LES CIRCULAIRES

- **CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2014/94 du 28 mars 2014 relative aux orientations de l'exercice 2014** pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.
- **CIRCULAIRE N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014** relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.
- **CIRCULAIRE DGOS du 18 mars 2013** relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico – social
- **CIRCULAIRE N° DGCS/5C/DSS/CNSA/2013/106 du 15 mars 2013** relative aux orientations de l'exercice 2013 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées
- **CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGCS/DGOS/CNSA/2013/10 du 10 janvier 2013** relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)
- **CIRCULAIRE N ° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012** relative à la mise en œuvre du décret n° 20111047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313 – 1 2 du code de l'action sociale et des familles.
- **CIRCULAIRE N°DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011** relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- **CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/DGOS/SDR/2011/362 du 19 septembre 2011** relative à la mesure 16 (PASA/ UHR) du Plan Alzheimer

- **Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009** relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.
- **CIRCULAIRE N° DGAS/2009/170 du 18 juin 2009** relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie
- **CIRCULAIRE du 15 octobre 2008** relative au renforcement des missions d'inspection et de contrôle au titre de la lutte contre la maltraitance.
- **CIRCULAIRE du 12 décembre 2006** relative à l'interdiction de fumer dans les établissements.

3) Les pièces techniques communiquées par l'établissement évalué :

Selon le décret 2007-975, les documents exigés à l'établissement évalué, sont :

- 1. Tout document public permettant d'identifier la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social (statuts)
- 2. Copie de l'autorisation ou de l'agrément ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis,
- 3. Un organigramme et un document relatif aux personnels
- 4. Le projet d'établissement et autres documents de référence utilisés : charte, supports de démarche qualité
- 5. Le livret d'accueil de l'établissement remis à chaque personne accueillie
- 6. Le règlement de fonctionnement
- 7. Les comptes rendus du conseil de la vie sociale ou de toute autre forme de participation conformément à l'article L. 311-6 sur les 6 derniers mois
- 8. Les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité
- 9. Les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation : rapport ou compte-rendu
- 10. Une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne: plans d'actions, tableaux de bord...

4) Présentation et contexte de l'établissement

➤ Fiche synoptique

Raison sociale	Maison de retraite du CH de Château-Chinon
Nature juridique	EHPAD - Etablissement Public
Propriétaire des locaux	Centre Hospitalier de Château-Chinon
Organisme gestionnaire	Centre Hospitalier de Château-Chinon (FINESS 58 078 004 7)
Code FINESS établissement	58 097 025 9
Nom du Directeur/Directrice	Monsieur Julien DUPAIN
Adresse	42 RUE J M THEVENIN 58120 CHATEAU CHINON
Tél.	Tél : 03 86 79 60 03 Fax : 03 86 79 60 96
e-mail	sec.direction@hopital-chateau58.com
site web	www.ville-chateau-chinon.fr

Statut juridique

- EHPAD Public Communal
- Établissement habilité à l'APL : Oui
- Habilité à l'Aide Sociale : Oui

➤ **Sur la base de la nomenclature FINESS suivante (cf. arrêté d'autorisation du 8/10/2013) :**

Code catégorie d'établissement :	200 – maison de retraite
Code discipline d'établissement :	924 – accueil en maison de retraite 957 – accueil temporaire de personnes âgées 961 – pôle d'activité de soins adaptés
Code clientèle :	711 – personnes âgées dépendantes 436 – personnes Alzheimer ou apparentées
Mode de fonctionnement :	11 - hébergement complet internat 21 – accueil de jour
Capacité autorisée :	172 lits en hébergement permanent, 2 lits en hébergement temporaire 6 places en accueil de jour 14 places en PASA
Date d'ouverture :	1978

➤ **Caractéristiques de l'établissement**

L'EHPAD est située dans l'enceinte du Centre Hospitalier vde Château-Chinon
L'établissement accueille des hommes et des femmes âgés de 60 ans au moins.

Mode d'accueil

- Hébergement permanent : 172 places :
EHPAD : 141 lits :
 - o EHPAD 1 : 70 chambres sur 3 niveaux (bâtiment 1978)
 - o EHPAD 2 : 50 chambres sur 3 niveaux (bâtiment 1986)
 - o EHPAD 3 : 21 chambres (bâtiment 2013)
- Unité de vie protégée (UVP) : 33 lits (bâtiment 2013)
- Hébergement temporaire : 2 lits en UVP
- Accueil de jour : 6 places

Hébergement :

- Nombre de places dans l'établissement : 174
- Nombre de chambres simples : 152
- Nombre de chambres doubles ou communicantes : 11

Superficie des chambres sanitaire compris :

- En EHPAD 1: 1 chambre double 30 m², 68 chambres simples 18 m²
- En EHPAD 2: 10 chambres doubles 27 m², 30 Chambres simples 18 m²
- En EHPAD 3 : 33 chambres simples de 18 m² et en UVP: 21chambres simples de 20 m²

Spécificités de la structure

- Unité de vie protégée Alzheimer et apparentés : 33 lits
- Accueil en PASA : 14 places
- Accueil de jour : 6 places
- Hébergement temporaire : 2 lits

➤ L'arrêté d'autorisation / La convention tripartite

- L'établissement est autorisé dans sa configuration actuelle par arrêté préfectoral du 8 octobre 2013.
- Date d'ouverture : 1978
- La convention tripartite a été renouvelée pour la période 2012-2016.
- La capacité autorisée est de 172 lits d'hébergement permanent et 2 lits d'hébergement temporaire.

➤ Population accueillie :

L'établissement assure sa mission dans un contexte de vieillissement de la population française et d'augmentation de la dépendance. En effet, la part des personnes âgées de plus de 60 ans sera de 31,1%, en 2030, contre 20,6% en 2000.

La population accueillie est régulièrement analysée. La dernière étude de la population accueillie date du 30/09/2014.

Bilan au 30/09/2014 sur une population de 165 résidents

• Répartition en fonction du sexe

Hommes : 31%
Femmes : 69%

• Age moyen des résidents

Moyenne d'âge des résidents : 86 ans
Résidents de 80 ans et plus : 83 %

• Répartition de l'autonomie : distribution des groupes iso-ressources

- o GIR1 et GIR2 42 % (effectifs) ; 55,8 %
- o GIR3 et GIR4 51 % (effectifs) ; 42,7 %
- o GIR5 et GIR6 6 % (effectifs) ; 1,5 %

Le GMP est de 662,9.

Classification des résidents selon Pathos

L'évaluation avec l'outil PATHOS, réalisée en 2012, aboutit à un PMP de 165.
Une nouvelle coupe est planifiée pour le 2^{ème} semestre 2015.

➤ Note de contexte

L'Établissement est confronté depuis plusieurs années à des difficultés qui sont résumées ci-dessous :

Il a connu depuis 2001 une succession d'intérim de direction, le poste n'ayant pas été publié ou n'ayant pas eu de candidat. Il a été pourvu au 1^{er} janvier 2014 par un élève-directeur à sa sortie de l'EHESP. Les intérim successifs n'ont pas permis d'assurer une continuité de la fonction de direction.

Il est dans une situation financière critique, avec un déficit structurel récurrent depuis plusieurs années, qui s'accroît depuis l'ouverture d'un nouveau bâtiment d'EHPAD en 2013.

Ce déséquilibre entre les recettes stables ou en baisse et des dépenses en hausse continue a conduit l'ARS à demander la signature d'un contrat de performance avec l'établissement. Il vise à le conduire dans une dynamique de retour à l'équilibre. Pour préparer ce travail, deux audits ont été conduits sur les finances et sur l'aspect social. Leurs conclusions ont été rendues à l'été 2014.

L'ouverture du nouveau bâtiment (21 lits d'Ehpad classiques et 33 d'Unité de Vie Protégée) a entraîné une réorganisation des effectifs et un redéploiement. Des recrutements complémentaires ont été également effectués pour répondre aux besoins d'un bâtiment plus grand et à une hausse de la capacité en lits.

Les effectifs issus de la négociation de la convention tripartite, avant l'ouverture du nouveau bâtiment, ainsi que l'absentéisme important mettent en tension les équipes soignantes.

Sur le plan médical, le poste de médecin coordonnateur n'a pu être pourvu qu'en février 2014 sur la base 0.3 ETP de praticien hospitalier.

L'établissement souffrait d'une sous médicalisation en raison de blocages dans les recrutements de la part du président de la CME pour l'ensemble de l'établissement. Par ailleurs, l'établissement a été également pénalisé par son ingérence dans le projet architectural et dans le fonctionnement du secteur médico-social. Il a quitté l'établissement au 31/12/2014.

➤ Projet de CHT

Un projet de CHT entre les Etablissements de Nevers, Château Chinon, Lormes, Decize, La Charité sur Loire, Cosne sur Loire, St Pierre le Moûtier, Luzy doit être signé en 2015.

Il conduira à une Direction Commune et à la mise en place de filières de soins.

➤ Les missions de l'EHPAD

Le projet d'établissement 2009-2013 concerne les secteurs sanitaire et médicosocial du CH de Château Chinon. Le projet de soins du secteur EHPAD a été établi dans le cadre légal et réglementaire du secteur médicosocial issu :

- de la loi du 2 janvier 2002 régissant les institutions sociales et médico-sociales,

- la circulaire DHOS/02/DGS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques,
- la nécessité de conclure avec le Conseil Général et la DDASS des conventions tripartites susceptibles de leur permettre de mener une politique autonome et responsable afin de s'adapter aux évolutions rendues nécessaires pour les besoins de la population,
- Le schéma gérontologique départemental du département de la Nièvre,
- Le plan gouvernemental « grand âge et solidarité »,
- Le plan Alzheimer.

Il a été actualisé et prolongé à titre exceptionnel en février 2014 pour une année, l'établissement souhaitant produire un nouveau projet 2015-2019 après les audits sur la situation financière et les ressources humaines.

Le projet d'établissement s'appuie sur les objectifs stratégiques suivants :

- La qualité et la sécurité des soins développés dans le projet de soins infirmiers
- La qualité de vie du résident : projet de vie,
- L'organisation des moyens humains pour améliorer le service rendu aux patients et aux résidents : projet social
- La politique d'établissement : projet architectural

➤ **Les orientations et les objectifs de l'EHPAD**

Les objectifs s'inscrivent dans la démarche d'amélioration continue (dans la ligne des objectifs fixés par la convention tripartite et du plan issu de l'évaluation interne), dans la promotion de la bienveillance et l'éthique.

Le nouveau projet d'établissement en cours d'élaboration portant sur la période 2015-2019 fait l'objet de réflexions pluridisciplinaires menées en groupe de travail.

Il résulte d'une démarche souhaitée par la Direction qui repose sur plusieurs principes :

- Une démarche centrée sur le résident et prenant en compte ses besoins fondamentaux,
- Une démarche prenant en compte l'histoire récente de l'établissement, le diagnostic élaboré dans le cadre de l'existant, les contraintes réglementaires et financières,
- Une démarche participative.

Les orientations du PROJET DE SOINS 2008 actualisé en 2014

1. Objectifs du Projet de soins secteur hébergement

Assurer la vie quotidienne des résidents de façon individuelle dans le cadre des outils d'évaluation de la perte d'autonomie, des conventions tripartites et dans une démarche de qualité

Réaliser un projet de vie individuel pour chaque personne hébergée

Assurer des soins tout au long de la vie du résident quelques soient les problèmes de santé susceptibles d'évoluer dans le temps

Aménager des espaces de vie en garantissant un sentiment de sécurité

S'assurer du confort hôtelier (mobilier, entretien du linge, restauration...)

Evaluer les ressources et les besoins de la personne par une équipe pluridisciplinaire (personnels soignants, techniques, médico-techniques et administratifs)

Collaborer étroitement avec la famille ou les amis des résidents et favoriser les liens sociaux

Réévaluer et réajuster si besoin cette prise en soins du résident en fonction des événements dans une démarche d'amélioration continue de la qualité :
Evaluation interne (2013) et externe (fin 2014)

2. Objectifs du Projet de soins PASA

Créer un pôle gériatrique de prise en soins holistique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés au sein du Centre Hospitalier

Rompre la monotonie du quotidien et l'isolement en restaurant le lien social, redonner du sens et du plaisir à l'existence.

Améliorer la qualité de vie malgré la pathologie par le biais des échanges et des activités

Maintenir la personne âgée dans son environnement, dans son secteur de vie, pour prévenir le glissement vers la passivité et le désinvestissement.

Soulager les aidants familiaux, en leur offrant par une prise en soins sécurisée de leur parent, des temps de répit et un soutien psychologique (lieu d'écoute, d'échanges et d'explicitations autour de la pathologie)

3. Objectifs du Projet de soins Unité de Vie Protégée

Accueillir des personnes qui présentent des troubles cognitifs et pour lesquelles le maintien dans leur lieu de vie habituel, risque d'entraîner des dégradations supplémentaires de leurs capacités ou une mise en danger de leur sécurité.

Réaliser une prise en charge globale, spécifique et continue des soins

Proposer un projet de service tenant compte de ce type de déficience et le décliner en un projet de vie personnel adapté aux capacités de chaque personne hébergée

Maintenir et favoriser le lien familial

4. Objectifs du Projet de soins accueil de jour

Créer un pôle gériatrique de prise en soins holistique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés

Accueillir ponctuellement les personnes présentant une détérioration intellectuelle vivant à domicile

Rompre la monotonie du quotidien et l'isolement en restaurant le lien social

Améliorer la qualité de vie malgré la pathologie par le biais des échanges et des activités

Renforcer l'identité et l'estime de soi de la personne accueillie

Maintenir la personne âgée dans son environnement, dans son secteur de vie, pour prévenir le glissement vers la passivité et le désinvestissement. (redonner du sens et du plaisir à l'existence)

Soulager les aidants, en leur offrant par une prise en soins sécurisée de leur parent, des temps de répit et un soutien psychologique (lieu d'écoute, d'échanges et d'explicitations autour de la pathologie)

A plus long terme, faciliter la vie en collectivité et générer une meilleure adaptabilité lors d'une future institutionnalisation.

Les orientations du PROJET D'ANIMATION/PROJET DE VIE 2010-2015

- Respecter les désirs et les capacités des résidents
- Préserver le lien social et l'identité de la personne afin d'éviter le repli sur soi et le sentiment d'inutilité
- **Elaborer et actualiser en équipe pluridisciplinaire le projet de vie individualisé du résident**
- Systématiser les visites de préadmission
- Identifier un référent soignant pour chaque résident
- Mettre en place le projet de vie personnalisé

Les orientations du PROJET MEDICAL

Le projet médical 2008 a été prolongé pour 2014. Le projet médical 2015-2019 qui est en cours de finalisation, s'insèrera dans le futur projet d'établissement et s'intégrera également avec la Communauté Hospitalière de la Nièvre. Il s'appuie sur un état des lieux réalisé en groupe de travail associant l'ensemble des praticiens de l'établissement et concernant les secteurs sanitaire et médicosocial.

Trois axes stratégiques ont été retenus et déclinés en objectifs opérationnels, portés chacun par un responsable de projet :

1. Assurer une offre de soins pérenne pour la population du bassin de Château

Chinon :

Objectif 1.1 : Compléter l'effectif médical

Objectif 1.2 : Organiser une permanence des soins hospitalo-libérale

Objectif 1.3 : Conforter les activités de médecine et SSR

2. Améliorer la qualité des soins :

Objectif 1.1 : Télé-interprétation en imagerie

Objectif 1.2 : Projet médico-soignant de prise en soins des patients en UVP

Objectif 1.3 : Amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques en lien avec les exigences réglementaires

3.Compléter la filière gériatrique :

Objectif 1.1 : Développement de l'évaluation gériatrique en hôpital de jour

Les orientations du PROJET SOCIAL 2012-2016

Les orientations retenues et détaillées en objectifs et actions, dans le projet social du projet d'établissement sont :

1. Améliorer les conditions de travail

Objectif 1.1 : gérer la pénibilité du travail

Objectif 1.2 : mieux gérer le risque psychosocial

2. Améliorer le climat de travail

Objectif 2.1 : promouvoir la communication interne

Objectif 2.2 : organiser une véritable mobilité interne

3. Améliorer l'organisation du travail

Objectif 3.1 : réorganiser le travail des IDE

Objectif 3.2 : repositionner les ASH

2. Descriptif de la procédure d'évaluation externe

Rappel des orientations générales de l'évaluation

Enjeux

Satisfaire aux obligations réglementaires liées à l'évaluation externe visée par la loi du 2 Janvier 2002 et article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles.

Participer à la dynamique d'amélioration continue de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Objectifs

- 1. Porter une appréciation globale notamment sur :**
 - l'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties ;
 - la cohérence des différents objectifs entre eux ;
 - l'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place ...

- 2. Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne, comme par exemple :**
 - les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne ;
 - la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués ;
 - la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu ...

- 3. Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques, parmi lesquels :**
 - l'appréciation des activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers, et les conditions de réalisation du projet individualisé ;
 - les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, et des interactions ;
 - la capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne ...

- 4. Elaborer des propositions et/ou préconisations sur :**
 - des aspects stratégiques ;
 - des éléments plus directement opérationnels ;
 - des priorités sont formulées, en regard de critères explicités.

Les thèmes évalués issus du décret de mai 2007, qui doivent faire l'objet d'une analyse détaillée sont :

- **Section 1** : Porter une appréciation globale
 - **Section 2** : Evaluation interne
 - **Section 3** : 2 : Les pratiques des professionnels à travers les différents registres d'intervention :
 - 2.1 Evaluer avec les usagers les besoins et les attentes,
 - 2.2 Ecoute et réponse téléphonique ; traitement des demandes en urgence
 - 2.3 Le projet personnalisé,
 - 2.4 Accès et recours aux droits,
 - 2.5 Réponses aux attentes exprimées par les usagers,
 - 2.6 Expression et participation des usagers,
 - 2.7 Adaptation de l'organisation aux changements
 - 2.8 Prise en compte des recommandations de bonne pratique,
 - 2.9 Gestion des risques,
 - 2.10 Cohérence et continuité des actions et des interventions,
 - 2.11 Respect de la réglementation et des RBPP ; hébergement,
 - 2.12 Mobilisation des professionnels et organisation collective,
 - 2.13 Fatigue professionnelle,
 - 2.14 Perception de l'établissement par les partenaires et usagers,
 - 2.15 Inscription sur le territoire.
- 3 : Thématiques intégrées dans le plan d'amélioration continue de la qualité.

Le projet évaluatif

A partir du cadre de référence rappelé ci-dessus, nous avons construit un questionnaire évaluatif en nous appuyant d'une part sur la stratégie et les objectifs, et d'autre part sur les missions et prestations qui sont assurées.

Le projet évaluatif a fait l'objet d'une présentation-validation au comité de suivi, au cours du jalon 1. Il a permis de construire un planning de visite (cf. page suivante) en correspondance avec les thématiques de questionnement (objectifs du chapitre 2 du Décret 2007-975)

EHPAD CH CHATEAU CHINON : ÉVALUATION EXTERNE – CADRE EVALUATIF ET QUESTIONNEMENT
Responsable de mission, évaluatrice 1 : Docteur Catherine BLACKER SCHOLLER (CBS)
Evaluateur 2 : Jean Christophe POULAIN (JCP)

Section 1 : Le Projet d'Établissement

Cahier des Charges (décret 2007-975)

- (Ch II Section 1) Projet d'Établissement
- (Ch II Section 1) Efficience et Réactualisation de l'Organisation
- (Ch II Section 1) Existence et Pertinence des dispositifs
- (Ch II Section 1) Objectifs du PE - Adaptation / Moyens
- (Ch II Section 1) Objectifs du PE - Adéquation / Besoins, Priorités et Missions
- (Ch II Section 1) Objectifs du PE - Cohérence
- (Ch II Section 1) Résultats - Effets
- (Ch II Section 1) Résultats - Impact des Intervenants

- Cadre de références Volet A : Références Communes
 * Code de l'Action Sociale et des Familles Version consolidée du 28 septembre 2014
- RBPP 09 Alzheimer-Accompagnement 2009-02
 - RBPP 16 Projet d'établissement 2010-05
 - RBPP 17 Ethique-Questionnement 2010-10
 - RBPP 18 Qualité de vie-EHPAD Accueil résidents 2011-02

Questionnement évaluatif

- Caractéristiques du PE : Élaboration
- Caractéristiques du PE : Missions
- Caractéristiques du PE : Moyens Humains
- Caractéristiques du PE : Populations
- Caractéristiques du PE : Prestations
- Gestion du PE : Dispositifs de Gestion - Existence
- Gestion du PE : Dispositifs de Gestion - Pertinence
- Moyens du PE : Adaptation des Moyens Financiers
- Moyens du PE : Adaptation des Moyens Humains
- Moyens du PE : Adaptation des Moyens Matériels
- Moyens du PE : Adaptation des Moyens Organisationnels
- Objectifs du PE : Adéquation par rapport aux Besoins

Évaluateurs :
CBS

- RBPP 21 Qualité de vie-EHPAD Organisation cadre de vie résidents 2011-09
- RBPP 22 Qualité de vie-EHPAD Vie sociale résidents 2012-01
- RBPP 28 Qualité de vie-EHPAD Accompagnement santé résidents 2012-11
- RBPP 33 Personne âgée-Souffrance psychique 2014-05

Cadre de références Volet B : Références spécifiques

- Autorisations
- Convention Tripartite
- Livret d'Accueil
- Projet d'Établissement
- Règlement de Fonctionnement

Objectifs du PE : Adéquation par rapport aux Missions
Objectifs du PE : Adéquation par rapport aux Priorités
Objectifs du PE : Cohérence des Objectifs entre eux
Réalisation du PE : Atteinte des Objectifs
Réalisation du PE : Effets attendus
Réalisation du PE : Effets non attendus
Résultats du PE : Impact des Pratiques des Intervenants
Suivi du PE : Conditions d'Effcience des Actions
Suivi du PE : Réactualisation régulière de l'Organisation

Section 2 : Les Suites de l'Évaluation Interne

Cahier des Charges (décret 2007-975)

- (Ch II Section 2) Amélioration Qualité - Dynamique de la Démarche
- (Ch II Section 2) Amélioration Qualité - Mise en Œuvre et Échéancier
- (Ch II Section 2) Amélioration Qualité - Modalités de Suivi et de Bilan
- (Ch II Section 2) Démarche - Modalités et Priorités
- (Ch II Section 2) Évaluation Interne
- (Ch II Section 2) Résultats - Communication et Implication

Cadre de références Volet A : Références Communes

- * Code de l'Action Sociale et des Familles Version consolidée du 28 septembre 2014
- RBPP 01 Evaluation Interne-Mise en Œuvre 2008-04
- RBPP 10 Evaluation Interne-Conduite 2009-07
- RBPP 23 Evaluation interne-EHPAD repères 2012-02

Cadre de références Volet B : Références spécifiques

- Manuel Qualité
- Plan d'Amélioration Continue de la Qualité
- Procédures Internes
- Rapport d'Évaluation Interne
- Tableaux de Bord

Questionnement évaluatif

- Caractéristiques de l'EI : Réalisation
- Caractéristiques de l'EI : Résultats
- Démarche de l'EI : Axes
- Démarche de l'EI : Méthodes
- Démarche de l'EI : Outils
- Démarche de l'EI : Participation
- Démarche de l'EI : Priorités
- Dynamique du PACQ : Gestion des Priorités
- Dynamique du PACQ : Implication des Acteurs
- Dynamique du PACQ : Mise en Œuvre Terrain
- Mesures d'Amélioration : Échéancier du Plan
- Mesures d'Amélioration : Mise en œuvre du Plan
- Résultats de l'EI : Communication
- Résultats de l'EI : Diffusion
- Résultats de l'EI : Implication des Acteurs
- Suivi de l'EI : Gestion des Effets
- Suivi de l'EI : Gestion du PACQ

Evaluateurs :
CBS

Section 3 : Thèmes 01, 02 et 03 : Besoins des Usagers et Écoute -

Cahier des Charges (décret 2007-975)

- (Ch II Section 3) Écoute
- (Ch II Section 3) Évaluation Besoins Usagers
- (Ch II Section 3) Modalités et Prise en compte Besoins Usagers

Cadre de références Volet A : Références Communes

* Code de l'Action Sociale et des Familles Version consolidée du 28 septembre 2014

- RBPP 02 Usagers-Expression et participations-Inclusion Social 2008-04
- RBPP 05 Bienveillance 2008-07
- RBPP 06 Environnement-Ouverture 2008-12
- RBPP 07 Projet personnalisé 2008-12
- RBPP 12 Vie en collectivité et accueil personnalisé 2009-11
- RBPP 16 Projet d'établissement 2010-05
- RBPP 17 Ethique-Questionnement 2010-10
- RBPP 33 Personne âgée-Souffrance psychique 2014-05

Cadre de références Volet B : Références spécifiques

- Dossier du Résident
- Dossier de Soins
- Projets Personnalisés
- Procédures Internes
- Protocoles Internes
- Plan d'Amélioration Continue de la Qualité
- Livret d'accueil
- Règlement de Fonctionnement

Questionnement évaluatif

- Écoute : Dispositif d'Écoute de l'Usager
- Écoute : Intégration de l'Enjeu
- Écoute : Pratiques
- Évaluation Besoins : Admissibilité
- Évaluation Besoins : Dossier du Demandeur
- Évaluation Besoins : Environnement Familial
- Évaluation Besoins : Environnement Social
- Évaluation Besoins : Liste d'Attente
- Évaluation Besoins : Participation de l'Usager
- Projet Personnalisé : Coordination des Interventions
- Projet Personnalisé : Élaboration du Projet Personnalisé
- Projet Personnalisé : Intégration de l'Usager
- Projet Personnalisé : Participation de l'Usager
- Projet Personnalisé : Réévaluation du Projet Personnalisé
- Projet Personnalisé : Volet Autonomie
- Projet Personnalisé : Volet Culture et Spiritualité
- Projet Personnalisé : Volet Médical
- Projet Personnalisé : Volet Mode de Vie
- Projet Personnalisé : Volet Pédagogique et Éducatif
- Projet Personnalisé : Volet Pharmacie
- Projet Personnalisé : Volet Social et Familial
- Projet Personnalisé : Volet Soins

Évaluateurs :
CBS, JCP

Section 3 : Thèmes 04 et 05 : Accès aux Droits et Attentes des Usagers

Cahier des Charges (décret 2007-975)

- (Ch II Section 3) Accès et Recours aux Droits des Usagers
- (Ch II Section 3) Réponse aux Attentes des Usagers

Cadre de références Volet A : Références Communes

* Code de l'Action Sociale et des Familles Version consolidée du 28 septembre 2014

- RBPP 07 Projet personnalisé 2008-12
- RBPP 09 Alzheimer-Accompagnement 2009-02
- RBPP 12 Vie en collectivité et accueil personnalisé 2009-11
- RBPP 18 Qualité de vie-EHPAD Accueil résidents 2011-02
- RBPP 21 Qualité de vie-EHPAD Organisation cadre de vie résidents 2011-09
- RBPP 22 Qualité de vie-EHPAD Vie sociale résidents 2012-01
- RBPP 28 Qualité de vie-EHPAD Accompagnement santé résidents 2012-11
- RBPP 33 Personne âgée-Souffrance psychique 2014-05

Cadre de références Volet B : Références spécifiques

- Dossier du Résident
- Dossier de Soins
- Projets Personnalisés
- Procédures Internes
- Protocoles Internes
- Comptes-rendus de réunions internes et groupes de Travail
- Règlement de Fonctionnement
- Plan d'Amélioration Continue de la Qualité

Questionnement évaluatif

Accès aux Droits : Citoyenneté
 Accès aux Droits : Documents et Informations Réglementaires
 Accès aux Droits : Domicile et Habitude de Vie
 Accès aux Droits : Libertés
 Accès aux Droits : Maltraitance
 Accès aux Droits : Sécurité
 Accès aux Droits : Soins
 Accès aux Droits : Suivi Médical
 Accès aux Droits : Vie Privée
 Accès aux Droits : Vie Sociale
 Accès aux Droits : Vie Spirituelle
 Recours aux Droits : Dispositif d'Écoute
 Recours aux Droits : Projet Personnalisé
 Recours aux Droits : Traitement de la Demande
 Réponse : Communications
 Réponse : Hébergement
 Réponse : Intégration de l'Usager
 Réponse : Pratiques dans le Traitement de la Demande
 Réponse : Prise en Compte Personnalité de l'Usager
 Réponse : Projet d'Animation
 Réponse : Projet de Soins
 Réponse : Restauration
 Réponse : Vie Familiale
 Réponse : Vie Privée
 Réponse : Vie Sociale
 Réponse : Vie Spirituelle
 Prise en Charge : Chutes
 Prise en Charge : Troubles du comportement
 Prise en Charge : Confort

Évaluateurs :
 CBS, JCP

	Prise en Charge : Dépendance Prise en Charge : Douleur Prise en Charge : Fin de Vie Prise en Charge : Incontinence Prise en Charge : Circuit du Médicament Prise en Charge : Perte d'Autonomie Prise en Charge : Suivi Médical Prise en charge des BMR
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Section 3 : Thème 06 : Participation et Expression des Usagers - Cahier des Charges (décret 2007-975)	Questionnement évaluatif	Évaluateurs : JCP
<p>- (Ch II Section 3) Expression et Participation des Usagers</p> <p>Cadre de références Volet A : Références Communes * Code de l'Action Sociale et des Familles Version consolidée du 28 septembre 2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - RBPP 12 Vie en collectivité et accueil personnalisé 2009-11 - RBPP 22 Qualité de vie-EHPAD Vie sociale résidents 2012-01 - RBPP 23 Evaluation interne-EHPAD repères 2012-02 <p>Cadre de références Volet B : Références spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comptes-rendus Conseil de la Vie Sociale - Comptes-rendus d'Animations - Comptes-rendus Commission des Menus - Traitement des Évènements Indésirables - Registre des plaintes 	<p>Expression : Avis du Conseil de la Vie Sociale Expression : Compétences Professionnelles dédiées Expression : Dispositifs de recueil Expression : Fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale Participation : Compétences Professionnelles dédiées Participation : Dispositifs pour Faciliter la participation Participation : Groupes ou Ateliers d'Expression Participation : Méthodes de Valorisation</p>	

Section 3 : Thèmes 07 et 10 : Cohérence et la continuité de la prise en charge, gestion du changement, planification,

Cahier des Charges (décret 2007-975)

- (Ch II Section 3) Changement et Adaptation
- (Ch II Section 3) Cohérence et Continuité des Services

Cadre de références Volet A : Références Communes
 * Code de l'Action Sociale et des Familles Version consolidée du
 28 septembre 2014

- RBPP 03 Personnels-Adaptation Emploi 2008-07
- RBPP 06 Environnement-Ouverture 2008-12
- RBPP 07 Projet personnalisé 2008-12
- RBPP 12 Vie en collectivité et accueil personnalisé 2009-11
- RBPP 17 Ethique-Questionnement 2010-10
- RBPP 33 Personne âgée-Souffrance psychique 2014-05

Cadre de références Volet B : Références spécifiques

- Plannings
- Organisation des réunions
- Procédures, protocoles
- Dossier du Résident
- Dossier de Soins
- Projets Personnalisés
- Tableaux de Bord

Questionnement évaluatif

Adaptation : Interface Dossier de l'Usager
 Adaptation : Réactivité du Management
 Adaptation : Réunions Pluridisciplinaires
 Cohérence : Analyse des Besoins
 Cohérence : Échanges et partage d'Informations
 Cohérence : Gestion des Plannings
 Cohérence : Organisation du Travail
 Continuité : Appel aux Remplacements
 Continuité : Formation
 Continuité : Organisation des Soins
 Continuité : Recrutement
 Continuité : Services de Nuit
 Continuité : Suivi Médical

Évaluateurs :
 CBS

Section 3 : Thèmes 08 et 11 : Réglementation et RBPP : prise en compte dans la réponse aux usagers, en particulier concernant l'hébergement

Cahier des Charges (décret 2007-975)

- (Ch II Section 3) Réponse aux Usagers / RBPP
- (Ch II Section 3) Respect Règlements et RBPP ; en particulier hébergement

Cadre de références Volet A : Références Communes

- * Code de l'Action Sociale et des Familles Version consolidée du 28 septembre 2014
- * Toutes les RBPP en particulier :
 - RBPP 05 Bientraitance 2008-07
 - RBPP 07 Projet personnalisé 2008-12
 - RBPP 08 Maltraitance-Mission et rôle de l'encadrement-Etablissements 2008-12
 - RBPP 09 Alzheimer-Accompagnement 2009-02
 - RBPP 12 Vie en collectivité et accueil personnalisé 2009-11
 - RBPP 17 Ethique-Questionnement 2010-10
 - RBPP 18 Qualité de vie-EHPAD Accueil résidents 2011-02
 - RBPP 21 Qualité de vie-EHPAD Organisation cadre de vie résidents 2011-09
 - RBPP 22 Qualité de vie-EHPAD Vie sociale résidents 2012-01
 - RBPP 27 Personnes protégées-Participation protection juridique 2012-07
 - RBPP 28 Qualité de vie-EHPAD Accompagnement santé résidents 2012-11
 - RBPP 33 Personne âgée-Souffrance psychique 2014-05

Cadre de références Volet B : Références spécifiques

- Dossier du Résident
- Dossier de Soins
- Procédures Internes
- Protocoles Internes
- Projets Personnalisés
- Règlement de Fonctionnement

Questionnement évaluatif

- Hébergement et Réglementation : Entretien des Locaux
- Hébergement et Réglementation : Maintenance des Locaux
- Hébergement et Réglementation : Sécurité des Locaux
- Qualité de Vie et Réglementation : Alimentation
- Qualité de Vie et Réglementation : Déplacements
- Qualité de Vie et Réglementation : Dignité
- Qualité de Vie et Réglementation : Espace de Vie
- Qualité de Vie et Réglementation : Hygiène
- Qualité de Vie et Réglementation : Intégrité
- Qualité de Vie et Réglementation : Intimité
- Qualité de Vie et Réglementation : Liberté
- Qualité de Vie et Réglementation : Soins
- Qualité de Vie et Réglementation : Vie privée
- Réponse et RBPP : Connaissance des RBPP
- Réponse et RBPP : Application des RBPP
- Réponse et RBPP : Accompagnement Alzheimer
- Réponse et RBPP : Accueil Personnalisé
- Réponse et RBPP : Bientraitance
- Réponse et RBPP : Maltraitance
- Réponse et RBPP : Questionnement Éthique
- Réponse et RBPP : Souffrance Psychique
- Réponse et RBPP : Vie Sociale
- Réponse et RBPP : Cadre de Vie
- Veille

Évaluateurs :
CBS, JCP

Section 3 : Thème 09 : Hygiène et Sécurité

Cahier des Charges (décret 2007-975)

- (Ch II Section 3) Normes d'Hygiène et de Sécurité
- (Ch II Section 3) Politique globale de Gestion des Risques
- (Ch II Section 3) Techniques de Prise en charge

Cadre de références Volet A : Références Communes

* Code de l'Action Sociale et des Familles Version consolidée du 28 septembre 2014

- RBPP 03 Personnels-Adaptation Emploi 2008-07
- RBPP 05 Bientraitance 2008-07
- RBPP 07 Projet personnalisé 2008-12
- RBPP 09 Alzheimer-Accompagnement 2009-02
- RBPP 11 Maltraitance-Mission et role de l'encadrement-Services 2009-10
- RBPP 12 Vie en collectivité et accueil personnalisé 2009-11
- RBPP 17 Ethique-Questionnement 2010-10
- RBPP 21 Qualité de vie-EHPAD Organisation cadre de vie résidents 2011-09
- RBPP 28 Qualité de vie-EHPAD Accompagnement santé résidents 2012-11
- RBPP 33 Personne âgée-Souffrance psychique 2014-05

Cadre de références Volet B : Références spécifiques

- Projet d'Établissement
- Procédures Internes
- Protocoles Internes
- Documents Méthodologiques
- Documents de Suivi HACCP
- Documents de Suivi RABC
- DARI
- Dossier de Soins
- Comptes rendus de réunions et groupes de travail

Questionnement évaluatif

Hygiène : Gestion des Déchets
 Hygiène : Cuisine HACCP
 Hygiène : Légionellose
 Hygiène : Matériels Utilisés
 Hygiène : Lingerie RABC
 Hygiène : Chambres et locaux
 Protocoles : AS
 Protocoles : ASH
 Protocoles : Hôtellerie
 Protocoles : IDE
 Protocoles : Médicaments
 Protocoles : Soins Infirmiers
 Sécurité des bâtiments
 Sécurité : Dispositifs Plan Bleu
 Sécurité : Risque infectieux DARI
 Gestion des Risques : Réglementation
 Gestion des Risques : Formation
 Gestion des Risques : Information
 Gestion des Risques : Protocoles
 Prévention : Dispositifs d'Alerte
 Prévention : Gestion des Comportements à Risque
 Prévention : Gestion des Risques de Maltraitance
 Prévention : Gestion des Risques Épidémiques
 Prévention : Promotion de la Bientraitance
 Régulation des Conflits : Dispositif de Médiation
 Régulation des Conflits : Formation
 Régulation des Conflits : Gestion du Stress
 Régulations des Conflits : Groupes de Travail
 Gestion globale des risques

Évaluateurs :
CBS, JCP

Thèmes 12 et 13 : Mobilisation et organisation collective et gestion de la fatigue professionnelle

Cahier des Charges (décret 2007-975)

- (Ch II Section 3) Fatigue Professionnelle
- (Ch II Section 3) Mobilisation des Professionnels

Cadre de références Volet A : Références Communes

* Code de l'Action Sociale et des Familles Version consolidée du 28 septembre 2014

- RBPP 03 Personnels-Adaptation Emploi 2008-07
- RBPP 06 Environnement-Ouverture 2008-12
- RBPP 12 Vie en collectivité et accueil personnalisé 2009-11
- RBPP 16 Projet d'établissement 2010-05
- RBPP 17 Ethique-Questionnement 2010-10
- RBPP 33 Personne âgée-Souffrance psychique 2014-05

Cadre de références Volet B : Références spécifiques

- Projet Social
- Comptes-rendus d'Entretien Individuel
- Document Unique des Risques Professionnels
- Documents Méthodologiques
- Plan d'Amélioration Continue de la Qualité
- Plan de Formation du Personnel
- Rapport GPEC
- Comptes rendus de réunions et groupes de travail

Questionnement évaluatif

Dispositifs RH : Gestion de Conflit avec l'Usager
 Dispositifs RH : Gestion de Conflit Interprofessionnel
 Dispositifs RH : Gestion du Personnel
 Dispositifs RH : Plan de Formation
 Dispositifs RH : Prévention de la Maltraitance
 Modalités RH : Accueil Nouveaux Personnels
 Modalités RH : Entretiens Professionnels
 Modalités RH : Transmissions
 Organisation : Formation des Personnels
 Organisation : Groupes de Travail
 Organisation : Réunions Internes
 Risque Professionnel : Dispositifs d'Alerte
 Risque Professionnel : Évaluation du Risque
 Risque Professionnel : Formation du Personnel
 Risque Professionnel : Mesures de Réduction

Évaluateurs :
CBS, JCP

Section 3 : Thème 14 : Missions et collaborations avec l'Environnement :

Cahier des Charges (décret 2007-975)

- (Ch II Section 3) Perception de l'accomplissement des missions par les partenaires et les usagers
- (Ch II Section 3) Collaborations et coopération avec l'environnement

Cadre de références Volet A : Références Communes
* Code de l'Action Sociale et des Familles Version consolidée du 28 septembre 2014

- RBPP 16 Projet d'établissement 2010-05
- RBPP 18 Qualité de vie-EHPAD Accueil résidents 2011-02
- RBPP 21 Qualité de vie-EHPAD Organisation cadre de vie résidents 2011-09
- RBPP 22 Qualité de vie-EHPAD Vie sociale résidents 2012-01
- RBPP 28 Qualité de vie-EHPAD Accompagnement santé résidents 2012-11

Cadre de références Volet B : Références spécifiques

- Comptes-rendus réunions et groupes de Travail
- Conventions de Partenariat
- Courriers

Questionnement évaluatif

- Missions : Perception par les Partenaires
- Missions : Perception par les Usagers
- Collaborations et Coopérations : avec les Usagers
- Collaborations et Coopérations : Interinstitutionnelles
- Collaborations et Coopérations : Interprofessionnelles
- Conventions : Adéquation avec les Besoins et Attentes des Usagers
- Conventions : Adéquation avec les Droits des Usagers
- Conventions : Adéquation avec les Missions de l'Etablissement
- Conventions : Pertinence des Accords conclus

Évaluateurs :
CBS, JCP

Thème 15 : Ouverture sur l'environnement

Cahier des Charges (décret 2007-975)

- (Ch II Section 3) Implication dans l'environnement
- (Ch II Section 3) Réseaux et ressources de l'environnement

Cadre de références Volet A : Références Communes

- * Code de l'Action Sociale et des Familles Version consolidée du 28 septembre 2014
- RBPP 06 Environnement-Ouverture 2008-12

Cadre de références Volet B : Références spécifiques

- Conventions de Partenariat
- Comptes rendus de réunion
- Courriers

Questionnement évaluatif

- Implication : Caractère de l'Accueil de l'Établissement
- Implication : Interactions avec le Territoire
- Implication : Liens Sociaux des Usagers
- Implication : Bénévoles
- Implication : Soutien des Professionnels
- Réseaux : Position de l'Établissement
- Réseaux : Principaux Axes d'Ouverture
- Ressources : Institutions
- Ressources : Tissu Économique

Évaluateurs :
JCP

PLANNING D'ÉVALUATION EXTERNE – EHPAD CH. CHATEAU-CHINON - 1,5 j

PROJET EVALUATIF - PLANNING DES ENTRETIENS D'EVALUATION EXTERNE – **Synoptique**

HORAIRES	EXPERT 1 (CBS)	HORAIRES	EXPERT 2 (JCP)
27 Novembre 2014			
11h – 11h30	Réunion d'ouverture avec le comité de suivi Débriefing sur le programme		
11h30 – 12h	Rencontre avec le président du Conseil de surveillance		
12h – 12h45	Section 1 : Projet d'établissement, convention tripartite M. LOUVEAU J. DUPAIN		
12h45– 13h30	Section 2 : Suite réservée à l'évaluation interne M. LOUVEAU, A.BACZKIEWICZ M. BOUSET		
13h30 – 14h	Section 3 Thème 10 : Transmissions UVP	13h – 14h30	Section 3 Thème 4 et 5 (non soignant) : Diététicienne et Animation C. MARTEL, M. MATHIEU, animateurs
14h – 14h30	Section 3 Thème 4 et 5 : Neuropsychologue	14h – 14h30	Section 3 Thème 4 et 5 (non soignant) : Ergothérapeute
14h30 – 18H	Section 3 Thème 3, 4, 5, 7, 8, 9 et 10 : PASA et ACCUEIL DE JOUR M. LOUVEAU ; A. BACZKIEWICZ	14h30 – 15h30	Section 3 Thème 15 : M. LOUVEAU, A. BACZKIEWICZ
		15h30 – 17h	Section 3 Thème 11, 12 et 13 F. THIERRY
		17h – 18h	Section 3 Thème 9 : Sécurité du bâtiment JL MATHIEU

HORAIRES	EXPERT 1	HORAIRES	EXPERT 2
28 Novembre 2014			
8h30 – 9h	Débriefing de la veille avec le comité de suivi		
9h – 11h30	Section 3 Thème 8 et 14 a) partenaires et b) M. LOUVEAU, A. BACZKIEWICZ	9h – 11h30	Section 3 Thème 9, Hygiène sécurité, cuisine et blanchisserie : B. PATEAU, E. MARCHAND, C.DECHAUX , A.TREVINIO Gestion globale des risques : J. DUPAIN et/ou M BOUSET
11h30 – 12h	Section 3 Thèmes 1, 3, 4, 5, 8 Médecin coordonnateur	11h30 – 12h30	Section 3 Thème 1 et 2 M LOUVEAU, A BACZKIEWICZ, E. PREVOTAT
12h – 12h30	Section 3 Thème 9 : Pharmacien		
13h30 -14h	Section 3 Thème 10 : Transmissions EHPAD	13h30 – 15h	Section 3 Thème 6, 11, 14 a) usagers : Usagers, représentants du CVS J DUPAIN, M LOUVEAU, A BACZKIEWICZ, E PREVOTAT.
14h – 15h	Section 3 Thème 3, 4, 5, 7, 8 et 10 : Revue de dossiers : 1 dossier EHPAD, 1 dossier PASA, 1 dossier UVP		
15h – 16h	Débriefing évaluateurs et synthèse		
16h – 17h	Restitution aux équipes		

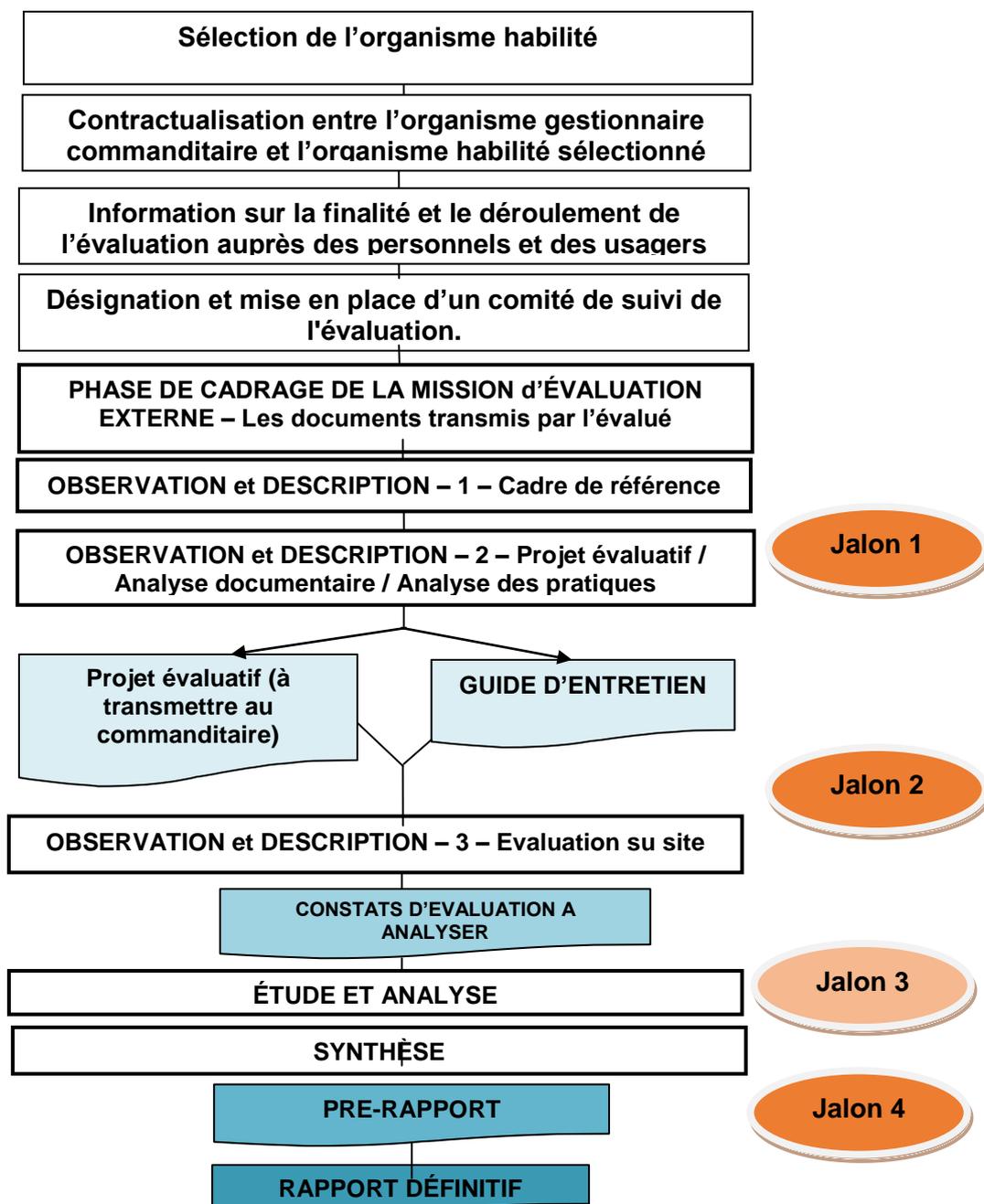
Méthode et outil utilisés

Un programme de visite de l'établissement a été défini permettant de planifier des interviews individuelles et collectives de professionnels et des usagers, de réaliser des observations des prestations.

Pour chacun des thèmes évalués, nous disposons:

- Du cadre de référence Volet A et Volet B
- Des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM (RBPP), applicables à l'établissement évalué, ainsi que le précise le cadre de référence Volet A
- Du questionnaire évaluatif validé
- Des documents disponibles dans l'établissement (voir liste de tous les documents transmis en annexe du présent rapport)

Les étapes de l'évaluation externe



Etude et analyse

Pour chacun des thèmes évalués, nous analysons les informations en nous appuyant sur les outils suivants :

- Un support permettant de faire les constats au regard des situations observées
- Une synthèse des points forts et des points de vigilance
- Des propositions et / ou préconisations

3. Rappel chronologique des étapes de l'évaluation externe

Les étapes	Dates
------------	-------

PRÉPARATION	
Transmission des documents exigés par le décret	15 avril 2014
Analyse des docs généraux et des pièces techniques	Mai – septembre 2014
Préparation et validation du questionnaire évaluatif – Jalon 1	29 septembre 2014
Validation du plan d'évaluation	26 novembre 2014

REALISATION	
Réalisation de l'évaluation	27 et 28 novembre 2014

ANALYSE DES INFORMATIONS RECUEILLIES	
Elaboration du pré-rapport	Décembre 2014, janvier 2015

ELABORATION DES CONCLUSIONS DE L'EVALUATION	
Livraison du pré-rapport	23 février 2015
Présentation du pré-rapport	18 mars 2015
Validation du pré-rapport définitif	13 avril 2015
Envoi du Rapport définitif à l'établissement	8 juillet 2015
Prévision d'envoi du Rapport définitif aux autorités de contrôle, par l'organisme gestionnaire	juillet 2015

4. Développement informatique

(Extrait du décret 2007-975)

CHAPITRE IV « Etapes de la procédure d'évaluation externe » - Section 2

Etape d'étude et d'analyse – Première phase

Cette étape permet une mise en forme des informations utiles pour :

1/ Répondre précisément aux questionnements relatifs aux thématiques et registres spécifiques identifiés dans le cadre de l'évaluation, et en regard des objectifs d'évaluation énoncés au chapitre II.

CHAPITRE 5 / Résultats de l'évaluation externe / rapport d'évaluation externe / Section 3 :

Contenu général

3.3. Des développements informatiques :

Le diagnostic de situation réalisé doit éclairer sur le projet, les buts poursuivis et l'organisation mise en place ; il apporte une synthèse des connaissances existantes et dégage des connaissances nouvelles.

Section 1 : L'évaluation des activités et de la qualité des prestations sera organisée de façon à fournir des éléments synthétiques sur les points suivants

- 1) L'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties**
- 2) La cohérence des différents objectifs entre eux**
- 3) L'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place**

Constats

Le projet d'établissement a été rédigé pour la période 2009 – 2013 et prolongé et actualisé pour 2014, l'établissement prévoyant de rédiger un nouveau projet d'établissement 2015-2019 après les conclusions des audits de la situation financière et des ressources humaines réalisés au premier semestre 2014 : il définit clairement la problématique de l'Etablissement, ses points forts et points faibles et les phases du projet à 5 ans y compris les objectifs du projet architectural nécessaire à la poursuite dans de bonnes conditions des missions de l'Etablissement.

>> Le projet de soins infirmiers 2008 actualisé en 2014 est le produit de la réflexion du CSIRMT (Commission de Soins Infirmiers, Rééducation et Médico Technique) : le projet de soins EHPAD, le projet de soins PASA et le projet de soins Unité de vie Protégée (UVP) sont clairement individualisés.

Les objectifs et les moyens nécessaires pour ces projets sont clairement énoncés. Ces objectifs sont déclinés en actions planifiées et prises en charge par des groupes de travail structurés.

La qualité de la mise en œuvre du projet de soins UVP est un élément dynamisant pour la structure.

>> Le projet médical 2015-2019 est en cours de finalisation ; il est le fruit de la collaboration de l'ensemble des praticiens actuellement présents dans l'établissement. Il s'appuie sur un état des lieux, est bien structuré et inclut la déclinaison des axes stratégiques en objectifs opérationnels, et plan d'actions. Les responsabilités et les indicateurs de suivi sont clairement définis.

>> Le projet d'animation/projet de vie a été élaboré pour la période 2010-2015.

Il intègre la mise en place du projet de vie personnalisé et de son suivi.

>> Le projet social a été rédigé pour la période 2012-2016.

Il a été établi à partir d'un questionnaire renseigné par les agents.

Les objectifs prioritaires concernent l'amélioration des conditions de travail, l'amélioration du climat de travail et l'amélioration de l'organisation du travail. Ils sont déclinés en objectifs opérationnels énoncés dans des plans de mise en œuvre.

Ces objectifs portent sur la pénibilité, la prévention des risques psychosociaux, la communication interne, l'amélioration de la mobilité interne, la formation et la professionnalisation, l'organisation du travail des infirmières et le repositionnement des activités des ASH en cohérence avec la démarche d'amélioration de l'offre de service de l'établissement.

Le suivi de leur mise en œuvre est assuré en groupes de travail pluri professionnels qui se réunissent régulièrement.

Lors de l'actualisation du PE, un questionnaire sur les missions et les contraintes de l'établissement a défini des nouvelles orientations nécessaires en fonction du public accueilli.

>> L'EHPAD est partie intégrante du CH de Château Chinon dont le secteur sanitaire se compose de 16 lits de médecine, de 20 lits de SSR et de 30 lits d'USLD.

Ces activités sont réparties dans un ensemble de bâtiments disparates qui n'offre pas des conditions satisfaisantes de confort et d'organisation rationnelle de la prise en charge des patients et des résidents.

Néanmoins, l'établissement doit répondre à des besoins de santé publique fortement marqués par l'isolement géographique de la commune et des communes environnantes, la ruralité et le vieillissement important de la situation locale.

>> L'établissement a été pénalisé par une période prolongée de vacance du poste de directeur et la succession de directeurs intérimaires, par l'absence de médecin coordonnateur, par des difficultés financières ayant abouti à la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre et à une dégradation du climat social.

>> Malgré ce contexte défavorable, on constate depuis l'arrivée du nouveau directeur en janvier 2014 et du médecin coordonnateur en février 2014 une impulsion de la dynamique d'amélioration dans laquelle s'investissent fortement l'encadrement et l'assistante qualité. Ceci se traduit en particulier par le travail en groupe sur le suivi du PAQ consécutif à l'EI et l'élaboration pluridisciplinaire des composantes du nouveau projet d'établissement.

Les orientations du PE actualisé pour la période 2014 s'appuient sur une analyse lucide et claire des points forts et des points faibles de l'établissement.

La thématique « bienveillance » est le fil conducteur de la démarche institutionnelle.

- 4) L'existence et la pertinence de dispositifs de gestion et de suivi**
- 5) L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs**
- 6) L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés**
- 7) Les conditions d'efficacité des actions et de réactualisation régulière de l'organisation**

Constats :

Les dispositifs de gestion, de suivi et d'appréciation de l'atteinte des objectifs sont partiellement mis en œuvre.

>> Le suivi de l'ensemble des objectifs du PE n'a pas été formalisé pendant la période 2009-2013 en raison de la carence en directeur.

>> Néanmoins la dynamique d'amélioration continue est réelle sur le terrain, comme le montre le suivi des objectifs du projet social et du projet de soins infirmiers.

Le projet social fait l'objet d'un suivi par un groupe pluridisciplinaire.

>> La dernière convention tripartite a été signée pour la période 2012-2016 et fait l'objet d'un suivi régulier.

>> Le nouveau projet d'établissement en cours d'élaboration portant sur la période 2015-2019 fait l'objet de réflexions pluridisciplinaires menées en groupe de travail, en tenant compte des préconisations des RBPP

Il résulte d'une démarche souhaitée par la Direction qui repose sur plusieurs principes :

- Une démarche centrée sur le résident et prenant en compte ses besoins fondamentaux,
- Une démarche prenant en compte l'histoire récente de l'établissement, le diagnostic élaboré dans le cadre de l'existant, les contraintes réglementaires et financières,
- Une démarche participative.

L'élaboration des composantes de ce projet d'établissement 2015-2019 témoigne de la dynamique impulsée par la nouvelle direction, le médecin coordonnateur le nouveau président de CME et l'encadrement.

Le projet médical 2015-2019 est en cours de finalisation ; il est le fruit de la collaboration de l'ensemble des praticiens actuellement présents dans l'établissement. Il s'appuie sur un état des lieux, est bien structuré et inclut la déclinaison des axes stratégiques en objectifs opérationnels, et plan d'actions. Les responsabilités et les indicateurs de suivi sont clairement définis.

Le projet médico soignant de l'UVP permet d'objectiver la qualité du travail entrepris.

Section 2 : Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

1) Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne

Constats :

L'évaluation interne réalisée en EHPAD : une démarche structurée et intégrée dans la démarche qualité commune aux secteurs sanitaire et médicosocial de l'établissement qui est mise en œuvre depuis 2006.

>> La démarche d'évaluation interne a été rigoureusement structurée.

>> L'évaluation interne a été initiée en 2011 par la constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire (comité de suivi de l'évaluation interne) qui a reçu une formation sur une période de 4 journées.

Ce comité a élaboré un support de recueil de données à partir des préconisations de la RBPP de l'ANESM « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » et défini un calendrier prévisionnel d'évaluation et un document d'organisation de l'évaluation interne réparti en 5 axes regroupant chacun plusieurs thèmes.

Une campagne d'information de l'ensemble du personnel a été organisée.

L'autoévaluation a été réalisée entre novembre 2012 et mai 2013 par 7 groupes d'évaluation pluri professionnels constitués par axes pour les axes 1, 3, 4 et 5 et par thèmes pour l'axe 2 en utilisant des fiches d'évaluation élaborées par le service qualité de l'Etablissement.

Le planning de ces groupes d'évaluation a été défini, et la réalisation a fait l'objet d'un suivi tracé.

La synthèse des constats et leur cotation ont été réalisées et un plan d'action a été élaboré en novembre 2013.

Le rapport d'évaluation interne a été finalisé en décembre 2013 et adressé à l'ARS le 2 janvier 2014.

Une évaluation interne réalisée en adoptant une démarche organisée et participative

>> La démarche d'évaluation interne a été conduite de manière participative : désignation des salariés en fonction du métier et en cohérence avec les thèmes concernés et participation des usagers.

>> Chaque groupe d'évaluation a pris en charge un axe ou des thèmes pour l'axe 2.

>> La méthodologie et la trame de rapport d'évaluation interne tiennent compte des préconisations de la RBPP « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (Février 2012).

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

Constats :

La communication sur la démarche d'évaluation interne et ses suites, assurée par le comité de pilotage

>> Le comité de suivi a validé la synthèse de l'évaluation interne avant l'envoi à l'ARS.

>> Cette synthèse a été communiquée à l'ensemble du personnel en lien avec la préparation de l'évaluation externe.

3) Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu

4) Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique

Constats :

Un outil de suivi des actions d'amélioration issues de l'évaluation interne

>> Un plan d'action qualité (PAQ EI) a été élaboré en novembre 2013 pour la période 2014-2016 et sa mise en œuvre fait l'objet d'un suivi régulier (5 réunions annuelles environ).

>> 61 % des actions planifiées pour 2014 ont été mises en œuvre et sont clôturées.

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

Constats :

Une dynamique d'amélioration continue de la qualité des prestations en place

>> L'organisation et le fonctionnement des réunions des instances et comités, ainsi que des différents groupes de travail constitués sont décrits dans un manuel des réunions structuré décrivant leurs missions, leur composition, la fréquence prévue des réunions.

>> Les plans d'action consécutifs à l'évaluation interne, aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) communes aux secteurs sanitaire et médico-social, à la mise en œuvre du projet d'établissement et au diagnostic de la prise en charge médicamenteuse sont suivis régulièrement. Leur intégration dans un plan d'action qualité unique est en cours..

>> Le traitement des événements indésirables est assuré depuis 2011 conformément à une procédure diffusée fin 2010 et régulièrement actualisée : les événements indésirables sont déclarés, caractérisés (événements indésirables graves), analysés et traités par l'instance concernée; un retour est donné au déclarant.

Un bilan des événements indésirables est réalisé régulièrement.

190 événements indésirables ont été traités en 2014. 95 % des actions correctives planifiées ont été conduites et clôturées.

L'intégration des démarches d'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques

Les orientations de la politique qualité et gestion des risques ont été définies dans un document élaboré en 2012 et revu en 2013. Un comité de gestion des risques et des vigilances a été mis en place et se réunit régulièrement ; il assure en particulier la coordination du traitement des événements indésirables et le travail de mise en place des indicateurs de suivi de la qualité des soins et de la gestion des risques.

Les EPP transversales sont conduites sur trois thématiques prioritaires dans les secteurs sanitaire et médico-social : iatrogénie chez la personne âgée, prévention des chutes et contention, évaluation et prise en charge de la douleur

Section 3 : Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques

THEMES 1, 2, 3

1-La capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissements ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne

2-L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence

3-Les conditions dans lesquelles est élaboré le projet individualisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur

Constats :

La Pré-admission

La commission d'admission est en place depuis le mois d'avril 2014. Son organisation et son fonctionnement sont décrits dans une procédure. Elle est composée par le directeur, le médecin coordonnateur, la cadre supérieure, la cadre de santé de l'EHPAD, la responsable du bureau des entrées, la secrétaire de l'EHPAD, l'assistante sociale, une IDE, une AS. Elle se réunit tous les mois ou plus fréquemment si besoin, statue sur les demandes et met à jour la liste d'attente. Elle prend également en compte les besoins de mutation entre les lieux d'hébergement de l'établissement (en cas de dégradation de l'état de santé du résident) : accueil au niveau de l'unité vie protégée ou au niveau de l'EHPAD 3).

Un tableau de bord assurant le suivi des dossiers est en place.

Les critères d'admission ne sont pas formalisés car les demandes sont analysées en pluridisciplinaire au cas par cas.

Les demandes d'admission sont adressées par les hôpitaux des environs, par l'entourage des personnes à domicile, ou en mutation interne à partir du secteur sanitaire de l'établissement pour la majorité des admissions.

>>La présence de deux lits d'hébergement temporaire permet de répondre aux demandes de prise en charge des urgences. Il s'agit souvent de personnes qui sont en danger à leur domicile, isolées socialement ou de demandes des centres hospitaliers avec un retour à domicile difficile.

Il est à noter qu'il est également possible d'admettre temporairement dans le service de médecine un futur résident si son état le nécessite.

Des visites de préadmissions sont prévues dans le projet de vie ; elles peuvent être organisées auprès des futurs résidents sur leur lieu d'hébergement (établissement hospitalier, autre EHPAD) et à domicile. La mise en place de cette disposition a débuté depuis 6 mois, mais ces visites restent aujourd'hui limitées par le lieu d'origine des futurs résidents.

72 % des admissions en EHPAD se font par mutation interne, permettant ainsi d'assurer la continuité de la prise en charge du futur résident et la transmission des informations entre les équipes du secteur sanitaire d'origine et du secteur médico-social de l'Etablissement.

L'établissement peut mettre à disposition des familles et de l'entourage un appartement. Il permet aux familles de rester au plus près de leurs proches, surtout au moment de la fin de vie.

L'admission

L'arrivée du résident est préparée, le résident est attendu. Un référent résident est désigné lorsque l'admission est programmée. Une communication sur l'arrivée prochaine d'un résident est réalisée au moment des transmissions.

L'accueil est assuré par l'équipe en poste. Le médecin traitant choisi par le résident avant l'admission réalise une visite d'entrée dans la semaine.

L'accompagnement de la personne âgée pendant les premiers jours de son arrivée n'est pas suffisamment tracé.

La mise en place d'un temps d'accueil du nouveau résident avec l'aide d'un autre résident est prévue pour 2015.

Le recueil du consentement du résident est encore insuffisamment tracé bien que ce thème soit abordé systématiquement en commission d'admission et que les équipes soient sensibilisées à cette traçabilité.

Il existe des procédures d'admission spécifiques pour le PASA et l'accueil de jour.

La personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, en particulier traitement des demandes urgentes

L'accueil téléphonique est assuré de 8h30 à 17h00 par la personne présente à l'accueil.

Le secrétariat répond directement si l'appel concerne des questions administratives. Dans les autres cas, la demande est transmise à la cadre.

Le personnel s'attache à ne pas laisser les questions/interrogations des familles sans réponse, avec une qualité d'écoute téléphonique satisfaisante. La cadre reste disponible auprès des familles.

Les demandes urgentes, elle est traitée dans les meilleurs délais par une prise de rendez-vous avec la direction ou la cadre de santé.

L'accueil physique est réalisé aux mêmes horaires par la personne de l'accueil.

Conditions d'élaboration du projet de vie personnalisé et capacité de prendre en compte les besoins et droits de l'usager

Les 2 étapes de pré-admission et d'admission permettent de recueillir des informations sur le futur résident

>> La mise en place du projet de vie personnalisé est le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire. Un comité de pilotage « projet de vie personnalisé » est en place, des objectifs d'élaboration ont été fixés et l'avancement des projets personnalisés est suivi : 45 % des résidents ont un projet de vie personnalisé. Une difficulté réside dans la prise de connaissance et la signature du projet personnalisé par le résident ou son entourage.

La réévaluation du projet de vie personnalisé est prévue annuellement.

>> La construction du projet de vie personnalisé commence par l'analyse des données de pré-admission (dossier type CERFA) et se poursuit dès l'entrée du résident en utilisant une fiche de recueil de données.

Les données recueillies par les différents professionnels font l'objet d'une synthèse réalisée par le référent et présentée en réunion pluridisciplinaire post transmissions (fréquence 1 par semaine et par service) en présence de la chef de projet « Projet de Vie Personnalisé ». Les objectifs du projet de vie individualisé et les actions correspondantes à mener sont formalisés dans une fiche spécifique. La synthèse est tracée dans un document type.

Le contenu de la fiche de recueil de données mérite d'être amélioré.

La traçabilité de l'examen médical initial n'est pas systématiquement assurée pour les résidents venant du domicile ou d'un autre établissement. Mais il faut rappeler que la continuité des informations médicales est assurée pour la plupart des résidents qui sont admis par mutation interne (72 %).

THEMES 4, 5

4-L'effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits

5-La réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers

Constats

Effectivité du projet d'établissement sur l'accès et recours aux droits

*Les droits des résidents sont clairement énoncés dans le livret d'accueil.
Le respect de l'intimité et de la dignité sont des valeurs portées par l'ensemble des professionnels.
Le respect de la confidentialité des données et des informations est organisé.
Les résidents restent libres d'aller et venir dans les limites de sécurité fixées par l'équipe médicale.*

Le résident peut recevoir la visite d'un représentant du culte de son choix. Une messe est organisée une fois par semaine dans la chapelle située au 2^{ème} étage. Une équipe d'aumônerie intervient deux mercredis par mois.

Il n'existe pas de boîte aux lettres pour les résidents, mais le courrier peut leur être remis directement par un agent. Une aide à la lecture du courrier peut être proposée. Une partie des courriers est renvoyée à la famille. Le courrier au départ est pris en charge au niveau de l'accueil.

Réponse de l'établissement aux attentes des usagers

*Les équipes sont, au quotidien, à l'écoute des résidents. Les résidents et les familles ont un accès facilité à la cadre de santé à chaque fois qu'elles le souhaitent.
La volonté d'assurer la prise en charge des résidents le plus longtemps possible dans l'Etablissement est une valeur forte partagée par l'ensemble des professionnels.*

>> Une animation riche, bien organisée entre animateurs et soignants et en lien avec l'extérieur : bénévoles, intervenants extérieurs, lien avec les établissements du département

L'équipe d'animation pilotée par une responsable de la vie sociale et culturelle, elle est organisée et les professionnels sont diplômés. Les activités d'animation sont définies et coordonnées grâce à la réunion hebdomadaire et les liens avec les équipes soignantes. Des réunions cadres soignants / animateurs sont organisées régulièrement. Elles permettent de valider le programme, de proposer de nouveaux projets et d'organiser la coordination.

Les animateurs sont référents pour un bâtiment. Ils établissent un programme mensuel des activités.

La programmation des activités en lien avec les établissements du département permet de mutualiser les ressources et de proposer des activités inter-établissements.

Le programme des activités est varié. Différents ateliers sont mis en place : atelier cuisine, atelier mémoire, atelier créatif par exemple. De nombreux supports d'animation sont utilisés pour cadrer le fonctionnement des ateliers et fournir des aides à la réalisation.. En lien avec le programme omégah, l'équipe utilise des classeurs d'aide à l'animation pour les ateliers mémoires.

Des activités de gymnastique douce sont réalisées par les animateurs et également par l'association Siel bleu.

Le nouveau directeur a mis en place début 2014 la célébration des anniversaires des résidents avec leurs familles et l'équipe soignante par service, autour d'un spectacle. Ce moment de partage qui renforce le lien entre familles et équipes est très apprécié.

Les intervenants extérieurs contribuent à la variété des actions proposées : chien visiteur, petite ferme, grande ferme, spectacles. Des partenariats sont établis depuis de nombreuses années. Des bénévoles interviennent également dans l'établissement. Ils ont signé des conventions et leur action est définie dans des fiches d'intervention. Les familles participent également régulièrement aux activités.

Les animateurs effectuent également des visites dans les chambres des résidents les plus isolés ou qui participent très peu aux activités,

Les animations sont évaluées individuellement à partir de critères prédéfinis. Ces évaluations sont reportées dans le dossier de chaque résident. Cette organisation est cependant ressentie comme un peu lourde en raison de la retranscription des données dans le dossier du résident. L'implantation du logiciel prévue sur 2015-2016 permettra de résoudre cette situation.

Il est à noter que l'Etablissement a obtenu un premier prix des journaux d'établissements.

Une semaine de la sécurité du patient a été organisée autour de deux thèmes « Anti-Vitamine K » et « hypoglycémie », avec des panneaux d'affichage dans les espaces communs et un quizz (constaté lors de la visite).

>> Les pratiques de soins et leur formalisation, la traçabilité des soins et autres informations médicales : une prise en soins organisée autour d'un dossier papier éclaté mais opérationnel.

Le dossier du résident est actuellement géré sur support papier mais permet d'assurer une bonne traçabilité de la prise en soins. L'implantation du logiciel de gestion du dossier patient du secteur sanitaire dans le secteur médicosocial est prévue sur 2015-2016..

Le dossier du résident comporte :

- une fiche administrative,*
- un recueil de données,*
- une fiche PASA si cette activité est en place,*
- une fiche de traçabilité des appels médecins et de leur réponse*
- une fiche de liaison hospitalière*
- les transmissions ciblées.*

Il existe dans chaque service :

- un classeur IDE contenant pour chaque résident une photocopie des prescriptions, le diagramme de soins infirmiers, la fiche de surveillance des constantes,*
- un classeur IDE spécifique pour le suivi des traitements anticoagulants,*
- un classeur soignantes contenant un planning et les diagrammes de soins,*
- un classeur kinésithérapeute contenant une fiche de bilan initial et une fiche de suivi,*
- un classeur « soins palliatifs » contenant les recommandations pour les soignantes, la charte soins palliatifs, la traçabilité des soins spécifiques pour chaque résident.*

Le dossier médical du résident est accessible à l'ensemble des équipes dans les salles de soins. Le suivi médical est prévu mensuellement ou plus si besoins.

La traçabilité médicale est insuffisante.

Cette insuffisance est en grande partie liée au déficit en médecins libéraux sur le territoire ; elle devrait être compensée dans un futur proche par la participation des médecins du secteur sanitaire à

la prise en charge médicale des résidents et par l'informatisation en 2015-2016 du dossier EHPAD en utilisant le logiciel Crossway actuellement opérationnel dans le secteur sanitaire. Par ailleurs, le directeur a déposé une demande d'agrément pour l'accueil d'internes et de médecins étrangers pour leur stage dans le cadre de leur procédure d'autorisation d'exercice afin de renforcer la présence médicale dans l'établissement.

>> Les protocoles de soins nombreux, élaborés en équipe pluridisciplinaire et en faisant référence aux RBPP.

Ils sont connus des professionnels. Ils sont revus et mis à jour en tant que de besoin.

Cette documentation est structurée, gérée et tenue à jour par l'assistante qualité, couvre l'ensemble de la prise en soins des résidents et de la prévention des risques spécifiques (dénutrition, douleur, chutes, escarres, troubles du comportement, fin de vie, risque infectieux, risque médicamenteux).

>> Une neuropsychologue très impliquée

Une neuropsychologue exerce dans l'Etablissement à 0,6 ETP.

Elle participe aux transmissions, aux réunions sur les projets de vie, à la synthèse pluridisciplinaire avec les familles et/ou le résident.

Elle intervient plus spécifiquement en accueil de jour, au PASA et en UVP.

Elle participe aux admissions en accueil de jour et au PASA où elle assure l'évaluation des critères de prise en charge.

Elle est très impliquée en UVP dans la prise en charge des résidents, le soutien à l'équipe et sa formation, et l'élaboration le projet de soins médico soignant spécifique en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur. Par exemple : une « boîte à ambitions » pour le projet de soins a été ouverte pour l'équipe ; parmi les propositions, 3 « ambitions » ont été retenues, confiées à 3 groupes de travail : Scission de l'UVP en 2 sous unités. Animation. Nutrition.

La dynamique de cette équipe est un exemple de management au quotidien au plus près de l'équipe, en particulier en termes de questionnement, de cohérence et d'implication auprès des résidents.

Dans les autres secteurs d'EHPAD, elle intervient sporadiquement sur demande des équipes ou des familles.

>>La participation active de l'ergothérapeute.

Depuis son arrivée récente en mai 2014, l'ergothérapeute a réalisé une étude concernant les moyens mis à disposition pour la réalisation des douches des résidents. Elle a établi un cahier des charges différencié des moyens à acquérir par unité. Ces moyens sont en cours de déploiement au niveau des unités : chaises douche, chariot douche. Ces actions apporteront des bénéfices au niveau de la prise en charge des résidents et amélioreront les conditions de travail des professionnels.

Des ateliers sont en cours de mise en place : atelier cuisine portant sur cinq séances, atelier couture, atelier marche en lien avec le kinésithérapeute, atelier relaxation.

Deux actions ciblées sont en cours : sur les sangles de transfert avec formation des utilisateurs à l'utilisation de lève malade et sur la gestion du parc des fauteuils roulants (vérification de l'adaptation, maintenance et nettoyage).

L'ergothérapeute réalise également des installations au fauteuil pour les résidents. Un protocole est en cours de rédaction.

L'ergothérapeute participe ponctuellement aux transmissions. Elle intervient également au niveau de la formalisation et du suivi des projets de vie.

Un cahier de transmission entre l'ergothérapeute et les équipes permet de faire part des demandes et des difficultés liées au matériel.

Un jardin thérapeutique a été mis en place récemment.

>> Le rôle de la diététicienne et la prise en charge de la dénutrition

La diététicienne intervient pour l'ensemble de l'établissement. Elle établit les menus sur une période de cinq semaines. La saisonnalité des menus est en place. Des repas à thème sont organisés tous les mois. Les anniversaires sont fêtés tous les deux mois le samedi. La diététicienne s'appuie sur les travaux des EPP dénutrition du secteur sanitaire.

Les résidents à prendre en charge sont identifiés par la diététicienne.

La diététicienne ne participe plus systématiquement transmissions par manque de disponibilité. Elle intervient plutôt au niveau des synthèses et des réunions de service.

De protocoles ont été rédigés. Le protocole de dépistage de la dénutrition a été rédigé en 2009 et évalué en 2012. Le protocole de prise en charge de la dénutrition a été rédigé plus récemment et a été évalué en 2014. Les résidents sont pesés à l'entrée et une fois par mois. Les données sont enregistrées sur la feuille anthropométrique du dossier résident. Des compléments alimentaires sont mis en place sur la base d'une évaluation.

Une EPP transversale (sanitaire et médico-sociale) a été réalisée sur le thème de la dénutrition.

Deux projets sont en cours et concernent l'alimentation des résidents déambulants et les textures mixées.

La mise en place du programme oméga h avec le pass alimentation (plaisirs et appétits stimulant la santé) a pour objectif le mieux-être grand âge.

>> La prise en charge spécifique en Accueil de jour et au PASA

Ces activités sont pilotées par un cadre de santé à 0,5 ETP et réalisées par des ASG. Il est prévu d'y faire participer des stagiaires neuropsychologues.

L'admission au PASA fait l'objet d'une procédure spécifique. Le projet du résident est construit en groupe pluridisciplinaire. Les activités sont planifiées, tracées, transmises dans le dossier du résident par les ASG. Elles font l'objet d'un suivi et de statistiques d'activité.

Il est à noter la créativité des ASG dans la mise en place d'activités construites avec « les moyens du bord »

L'accueil de jour s'est mis en place en réalisant une campagne d'information. Un règlement de fonctionnement et un contrat de séjour spécifiques ont été élaborés. La procédure d'admission est spécifique et comporte une consultation mémoire et un entretien avec un neuropsychiatre ou un gériatre. Une grande souplesse est proposée à l'entourage. Un cahier de liaison avec les familles est en place. Néanmoins, le taux d'occupation actuel est de 50%.

>> Une dynamique impulsée par le médecin coordonnateur

L'établissement ne dispose d'un médecin coordonnateur à 0,3 ETP que depuis février 2014.

Il a entrepris l'élaboration avec l'équipe du projet médico soignant de l'UVP ouverte en 2013, un volet du projet d'Etablissement 2015-2019. Ce travail a été préparé en coordination avec le directeur et a fait l'objet d'une réunion plénière en octobre 2014.

Il a mis en place la Commission de Coordination Gériatrique (CCG). Lors de la première réunion en octobre 2014, les points suivants ont été abordés : le circuit du médicament, les protocoles et bilans systématiques, le bon usage des neuroleptiques, le projet de vie individualisé incluant la visite de préadmission. Une réunion annuelle est prévue.

Il participe à la Commission d'Admission.

Il participe aux réunions de coordination de pôle EHPAD

Il participe aux réunions de synthèse des projets de vie personnalisés organisés par rotation dans les différents services.

Il valide les protocoles de soins.

Il participe au projet d'informatisation du dossier du résident.

Il intervient régulièrement en tant que gériatre auprès des résidents.

Il travaille en étroite collaboration avec la neuropsychologue sur la communication avec les équipes en UVP.

En projet : réaliser une nouvelle coupe PATHOS (2^{ème} semestre 2015), élaborer avec la pharmacienne une liste gériatologique des médicaments.

THEME 6

6-La capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers

Constats :

>>Le CVS est en place. Les dernières élections ont été réalisées en décembre 2013. Trois réunions ont été programmées en 2014. L'ordre du jour est maîtrisé et les sujets abordés sont variés. Une secrétaire de séance (assistante de direction) rédige un compte rendu complet et détaillé. Un temps est réservé aux questions diverses à la fin de la réunion. Sa composition est conforme aux dispositions du code l'ASF.

La présidente du CVS est également la présidente de l'association « Bien vieillir au Morvan » qui compte une vingtaine de bénévoles.

La représentante des résidents participe activement au CVS en donnant ses avis.

Une synthèse du compte rendu des réunions du conseil de la vie sociale est présentée dans le journal de communication interne de l'établissement.

>>Traitement des réclamations et des plaintes

Les réclamations et les plaintes sont traitées au niveau de la CRUQPC : une réponse d'attente est adressée dès réception puis une réponse complète après traitement de la réclamation ou de la plainte.

Les observations orales sont prises en compte par l'équipe, tracées dans un cahier et analysées en CRUQPC par service. Il n'existe pas de traçabilité systématique de leur prise en compte et de leur traitement excepté dans le cas où ces observations sont intégrées dans les transmissions.

>>Questionnaire de satisfaction des résidents et de familles

Le questionnaire de satisfaction est applicable à tout l'établissement. Les questions portent sur l'accueil dans l'institution, les conditions d'hébergement et les soins. Le taux de retour des questionnaires en 2011 était de 54 %. Plus de 80 % des résidents étaient satisfaits ou très satisfaits de la résidence. 47 questionnaires ont été retournés en 2013, soit un taux de retour de 27%

L'enquête de satisfaction est réalisée auprès des résidents tous les deux ans. L'enquête réalisée en 2013 montre un bon niveau de satisfaction des résidents :

Accueil bureau des entrées : 100%

Accueil EHPAD : 97%

Conditions d'hébergement (satisfaction globale) : 60%

Conditions hébergement (confort) : 80%

Restauration : qualité des repas : 69%
Blanchisserie : entretien linge : 88%
Vie Sociale : animations : 95%
Services techniques : 93%
Sécurité : 98%
Soins : disponibilité des équipes : 74%
Soins : compétences des équipes : 90%
Soins : disponibilité des médecins : 69%

La prochaine enquête aura lieu en 2015.

>>D'autres instances permettent la participation des usagers et leur expression collective et la prise en compte de leurs demandes

Le CLAN et la Commission des Menus sont en place.

THEMES 7 et 10

7-La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation

Constats

>> A l'occasion de l'ouverture du nouveau bâtiment, une réorganisation des équipes a été conduite. Une réflexion en groupe pluridisciplinaire est en cours concernant la scission en 2 sous unités de l'UVP.

>> Une nouvelle organisation a été récemment définie dans l'établissement : constitution de 2 pôles- pôle sanitaire et pôle médicosocial- avec répartition des effectifs adaptée à l'évolution des activités. Ce projet a été validé par les instances : CHSCT, CME, Directoire.

10-La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions

Constats

>> L'organisation des plannings, gérés via un logiciel spécifique, assure la continuité de la prise en charge 24H/24, 7 jour//7.

Les urgences de nuit sont gérées par les veilleuses et si nécessaire avec le soutien de l'IDE de nuit du secteur sanitaire qui décide de l'appel du 15.

>>Les transmissions sont assurées quotidiennement aux changements d'équipe et le midi en présence des IDE. La qualité des transmissions a pu être observée lors de l'évaluation dans 2 secteurs.

>>L'accessibilité de tous à l'ensemble du dossier du résident permet le partage des informations entre les professionnels. Les transmissions ciblées sont en place.

>> Des réunions sont organisées et tenues dans l'ensemble de l'établissement. Elles font l'objet de comptes rendus. Leur fonctionnement est décrit dans un manuel spécifique.

A titre d'exemple :

- le directeur rencontre le président de la CME une fois par semaine, le Med Coordonnateur une fois par mois.
- réunions hebdomadaires des cadres avec la cadre supérieure,
- réunions de service une fois par trimestre,
- réunions de synthèse des projets de vie personnalisés,

- réunions du pôle hébergement.

>> Une bonne communication est établie entre les secteurs sanitaire et médicosocial. Elle va encore être renforcée par l'organisation de staffs médicaux et de temps de coordination médicale communs aux deux secteurs ; cette proposition de la direction a été validée lors de la dernière CME.

Par ailleurs, des EPP transversales « nutrition », « iatrogénie chez le sujet âgé », « douleurs », « chutes et contention » sont conduites en commun dans les deux secteurs.

THEMES 8 et 11

8-La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers

Les RBPP font l'objet d'une information aux équipes. Elles sont disponibles dans les services sous forme de synthèses rassemblées dans un classeur.

Elles sont systématiquement prises en compte dans la rédaction des procédures et protocoles.

L'évaluation interne a été conduite en suivant la RBPP correspondante.

Le nouveau projet d'établissement sera élaboré en tenant compte des préconisations de la RBPP correspondante.

11-Respect de la réglementation et des bonnes pratiques de l'ANESM, en particulier sur la qualité de l'hébergement

L'établissement dispose de 174 lits. Deux lits sont dédiés à l'hébergement temporaire. L'EHPAD 1 comporte 70 lits sur trois niveaux. Il s'agit du plus ancien bâtiment (ouverture en 1978). L'EHPAD 2 comprend 50 lits sur deux étages (ouverture en 86).

L'EHPAD 3 a été ouvert en 2013. Il comporte 21 chambres à 1 lit dont la superficie est conforme aux normes « maison de retraite ». L'unité de vie protégée également située dans le même bâtiment comporte 33 chambres et accueille 33 résidents porteurs de maladie Alzheimer et troubles apparentés.

Le nombre de lits sur l'EHPAD 1 est de 70 lits, l'EHPAD 2 est de 50 lits, l'EHPAD 3 est de 21 lits et l'UVP est de 33 lits. Un lit d'hébergement temporaire se trouve en EHPAD 3, l'autre en UVP.

Les superficies des chambres sont:

En EHPAD 1: 1 chambre double 30 m², 68 chambres simples 18 m²

En EHPAD 2: 10 chambres doubles 27 m², 30 chambres simples 18 m²

En EHPAD 3 et UVP: 54 chambres simples 20 m²

Il existe 1 chambre double en EHPAD 1 et 10 en EHPAD 2.

L'EHPAD 2 possède 3 douches accessibles aux personnes handicapées, douche à l'italienne qui se trouve à chaque étage.

Le bâtiment EHPAD 1 ne répond plus aux nouvelles exigences de logement. Les salles de bains ne possèdent pas de douche et la largeur des portes ne permet pas de faire passer des fauteuils roulants et les matériels de transfert (lève malades). Le bâtiment a vieilli et son entretien est difficile.

L'EHPAD 3 et l'UVP sont situées dans un nouveau bâtiment conforme à la réglementation.

Un pôle d'activité de soins adaptés (PASA) situé au deuxième étage de l'EHPAD 1 a une capacité de 14 places. Il permet d'accueillir en journée les résidents atteints de maladies d'Alzheimer et troubles apparentés et présentant des troubles du comportement modérés.

Un accueil de jour est proposé aux personnes âgées désorientées. Ce service d'une capacité de 6 places est situé sur l'EHPAD 2.

L'établissement met à disposition un salon de coiffure. Une esthéticienne et une pédicure interviennent également sur le site.

Les familles peuvent déjeuner avec leur parent dans un salon dédié. Le salle à manger de l'EHPAD 1 est grande et ne comporte pas de moyens permettant de limiter les bruits.

Accessibilité des locaux.

L'accessibilité des locaux est facilitée : accès de plein pied à l'entrée de l'établissement et zone de stationnement à proximité. Il y a des places de parking handicapé à l'entrée.

THEME 9

9-La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité – prévention des situations de crise – mise en place d'un dispositif de régulation des conflits – techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes – plus généralement politique globale de gestion des risques.

Constats :

Application des règles d'hygiène et de sécurité

>>Sécurité générale du bâtiment

Les risques techniques sont maîtrisés. L'établissement a été en mesure de démontrer que les contrôles obligatoires sont réalisés. Les observations de ces rapports sont prises en compte. Le registre de sécurité est utilisé et permet de consigner les passages des entreprises extérieures.

L'hôpital dispose d'un groupe électrogène de 700 KVA qui permet de reprendre l'intégralité des équipements et installations. La capacité de stockage de la cuve permet de tenir environ cinq jours sans électricité.

L'ensemble des installations est supervisé par un logiciel de type GTC qui permet de suivre les capteurs de fonctionnement des différentes installations. Un accès à distance est possible pour le personnel technique. Il permet d'effectuer des interventions à distance lors des astreintes. Il existe une astreinte technique pour la nuit y compris les week-ends. Un cahier des incidents de nuit permet de prendre en compte les événements techniques qui ont lieu pendant le poste de l'équipe de nuit. Les demandes d'interventions sont enregistrées sur des bons sous forme papier (un carnet de bons dans chacune des unités). Ce système est opérationnel et permet de répondre aux demandes du personnel soignant dans des délais appropriés. En cas de demande d'intervention, la priorité est donnée aux interventions ayant un impact sur le résident.

Le DARDE (document d'analyse des risques de défaillance électrique) n'a pas été rédigé.

>>Sécurité des personnes

L'établissement est entièrement clos et les accès sont fermés le soir. Le bâtiment est fermé par les agents de nuit. Il n'existe pas d'alarme intrusion ni de vidéosurveillance. Seul le nouveau bâtiment possède des digicodes pour entrer et sortir.

Au niveau de l'unité de vie protégée, les résidents possèdent des bracelets qui sont détectés au niveau des portiques des portes d'entrée. Ceci permet de prévenir les fugues.

Les appels malades sont repris au niveau des DECT des professionnels.

>>Sécurité incendie

La commission de sécurité a émis un avis favorable suite à son passage le 27 octobre 2014. Des travaux de réhabilitation avaient été réalisés en 2005 suites aux recommandations et observations de la commission de sécurité de l'époque. Des formations incendie sont réalisées en interne : quatre sessions par an. L'établissement dispose de deux personnes ayant le diplôme SSIAP.

Des formations incendie sont réalisées et suivies par le personnel. Une procédure sécurité incendie complète ces dispositions.

>>Sécurité alimentaire

Les locaux de cuisine datent de 1986. En raison du faible volume de cette activité externe, il n'est pas nécessaire qu'elle obtienne un agrément européen.

Une Inspection vétérinaire a relevé en 2012 des non conformités qui ont fait l'objet d'une visite de suivi en juin 2014. Les actions correctives ont été partiellement mises en place, le compte rendu relève la persistance de non-conformités qui portent sur des aspects documentaires, organisationnels et structurels.

Le plan de maîtrise sanitaire est en cours de révision. Il doit comporter l'analyse des dangers et la définition des contrôles liés aux points critiques de maîtrise. Les protocoles de maîtrise de l'activité sont en place.

Un guide de bonnes pratiques est en cours de rédaction par le responsable restauration

La démarche HACCP est connue et appliquée. Des formations sont assurées par un organisme extérieur.

En raison de la configuration des locaux, la marche en avant ne peut pas être respectée dans son intégralité. La température de la zone de dressage des plateaux repas n'est pas maîtrisée. La traçabilité de la température des plats distribués a été mise en place au niveau de cet atelier.

Les espaces de stockage sont vastes et bien organisés. La restauration livre également la crèche et le centre de loisirs

Le plan de nettoyage a été révisé, la traçabilité à la semaine est en place.

La conception des cuisines est à revoir au niveau de la préparation des entrées froides et des entrées chaudes. La séparation physique des locaux est nécessaire surtout pour les activités nécessitant un froid maîtrisé.

La cuisine est en liaison froide avec les unités. La livraison se fait en bacs gastronomes et en plateau individuel. Les contrôles des plats témoins sont en place. Les contrôles des surfaces sont réalisés par le laboratoire départemental. Des actions ciblées ont été réalisées sur les planches à découper.

La traçabilité est opérationnelle. Il convient cependant de veiller à la justesse des indications portées sur les feuilles de traçabilité des cellules de température. Le dressage est réalisé à température ambiante en raison de la disposition des locaux.

Les pâtisseries sont réalisées sur place. Il n'y a pas de production le week-end. Deux agents sont sur place le samedi et le dimanche.

Les menus mixés ne sont pas produits sur place. Ils sont achetés auprès de la société Repas Santé Nutrisens

Les achats sont réalisés par lots (marchés) et la filière courte est privilégiée (pain, viande).

>>Circuit du linge :

L'ensemble du linge est traité sur site. La blanchisserie réalise également le marquage du linge des résidents et quelques travaux de couture et de réparation.

La démarche RABC est connue et appliquée. La lingerie est un outil industriel adapté. La zone sale et la zone propre sont séparées par un bureau technique. Un classeur des protocoles est en place.

Le linge sale est collecté au niveau des services dans des chariots fermés. Ceux-ci sont stockés au niveau des sous-sols du bâtiment principal.

La prise en charge du linge contaminé est organisée : une désinfection peut être réalisée si besoin. Des sacs hydrosolubles sont utilisés.

>>Bio nettoyage :

Des actions d'amélioration ont été mises en place au niveau du bio nettoyage des locaux communs. Les pratiques ont été modifiées : utilisation de bandeaux en microfibre, achat de chariot de nettoyage, auto laveuses, dans le nouveau bâtiment. Les protocoles ont été rédigés. Ils sont à valider au niveau du CLIN.

Au niveau des EHPAD 1 et 2, les chariots sont obsolètes et les pratiques n'ont pas encore été modifiées. Les chariots récents sont en place au niveau de l'unité de vie protégée et l'EHPAD 3.

Un manuel de bio nettoyage a été élaboré. Il reste également à valider par le CLIN. La traçabilité du bio nettoyage a été modifiée. Le support de traçabilité est en test. Chaque chambre possède une fiche de traçabilité spécifique. Celle-ci est actuellement située dans un classeur commun à chaque unité.

Gestion du risque infectieux

L'EHPAD bénéficie de l'organisation du secteur sanitaire au niveau de la maîtrise du risque infectieux.

Le CLIN se réunit trois fois par an. L'établissement a identifié des référents hygiène au niveau des différentes unités et également en cuisine, blanchisserie et pharmacie. Des suppléants sont désignés.

Les protocoles ont été rédigés et diffusés et sont connus des professionnels.

Le DARI a été élaboré et validé en 2013.

Une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est mutualisée au niveau des établissements du Département et actuellement centralisée au CH de Nevers. Elle assure par convention 0,5 ETP d'IDE hygiéniste au CH de Château Chinon (poste actuellement vacant) ainsi que l'intervention d'une pharmacienne hygiéniste 2 fois par mois.

Des journées d'information annuelles sont organisées par l'EOH de Nevers avec remise de documents et animations pédagogiques.

Une formation sur les règles d'hygiène est dispensée aux nouveaux professionnels. Un livret d'accueil spécifique aux règles d'hygiène est remis à chaque nouveau salarié.

Les solutions hydro alcooliques sont mises à disposition et largement utilisées par les professionnels. Des audits sur l'hygiène des mains ont été réalisés en 2011.

La prise en charge des résidents porteurs de bactéries multi résistantes suit les dispositions mises en place dans le secteur sanitaire : convention avec un LBM de Nevers, alerte informatisée,

protocoles de précautions complémentaires, document d'information des familles, contrôle par l'IDE hygiéniste et grille d'évaluation.

Le circuit des déchets est maîtrisé. Les DASRI sont collectés au niveau du local central et évacués une fois par semaine.

L'établissement fait réaliser tous les ans des contrôles de Légionnelles sur 16 points de prélèvement. Les résultats ne font pas apparaître de non-conformité.

À noter que l'établissement utilise une chaufferie à bois pour l'eau chaude sanitaire : l'installation récente est bien maîtrisée.

La politique de gestion des risques

Les priorités de la gestion des risques ont été définies, avec la politique qualité dans un document élaboré en 2012 et revu en 2013.

Le circuit des événements indésirables est maîtrisé. Les événements indésirables sont signalés au niveau l'établissement. Il existe une culture de déclaration. Environ 190 événements indésirables ont été déclarés depuis janvier 2014. L'analyse de ces événements indésirables est réalisée par l'assistante qualité. Ils sont ensuite traités au niveau des Instances compétentes. Le comité gestion des risques et des vigilances en assure la coordination et la synthèse. Les événements indésirables graves ont été déclarés auprès de l'ARS et du Conseil Général.

Les plans blanc, plan bleu, plan grand froid, plan canicule ont été rédigés. Un protocole précise les conduites à tenir en cas de personnes égarées.

Cartographie des risques

La cartographie globale des risques de l'établissement est en cours de finalisation : risques identifiés, cotations en cours. Le plan d'actions consécutif est à mettre en place.

Sécurité du circuit du médicament

Le secteur EHPAD bénéficie de la présence de la pharmacie à usage intérieur de l'établissement et du COMEDIMS.

La PUI est gérée actuellement par une pharmacienne à 0,8 ETP sous contrat de 6 mois renouvelable, aidée par 2 préparateurs.

Il existe un livret thérapeutique et les substitutions sont le plus souvent faites par la pharmacienne sans avis du médecin traitant. Ce livret a été revu récemment en CME ainsi que la liste des médicaments à risque.

Le suivi des antibiotiques n'est pas encore en place dans le secteur EHPAD.

La gestion des stupéfiants est sécurisée, en dotation maîtrisée dans des petits coffres.

Un plan d'action qualité spécifique à l'organisation et à la sécurité du circuit du médicament a été mis en œuvre en avril 2014, suite aux observations de l'ARS et 67% des actions d'amélioration sont clôturées.

Le macro processus circuit du médicament a été décrit en juin 2014, présenté à la CCG avec les nouveaux supports de prescription associés.

Un protocole de prise en charge de la douleur induite, élaboré avec le CLUD, est mis en œuvre

La pharmacienne participe à la CCG. Il a été prévu qu'un préparateur participe aux réunions pluridisciplinaires 1 fois par semaine.

Les médicaments sont préparés une fois par semaine en semainiers à partir des commandes ; les services de l'EHPAD n'ont pas de dotations. Les médicaments sont préparés pour chaque résident. Leur administration n'est pas tracée.

Les chariots d'urgence

3 chariots d'urgence sont disponibles : 1 en UVP, 1 pour les EHPAD 1 et 3, 1 partagé entre l'EHPAD 2 et l'USLD.

Ces chariots sont gérés, vérifiés. Une procédure d'utilisation est élaborée et en cours de validation

THEMES 12 et 13

12-Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels

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

Constats :

>>Formation et professionnalisation des agents, et dynamique de formations internes.

Un effort important est réalisé par l'établissement sur le plan des formations collectives et individuelles. Un outil spécifique de suivi, GESTFORM, est en place.

Les besoins en formation sont évalués chaque année au moment de la réalisation de l'évaluation individuelle annuelle. L'établissement développe également des actions de professionnalisation (VAE, Contrat avenir, inscription aux concours IDE et AS). La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences a été initialisée. Les moyens de formation peuvent être mutualisés avec les autres établissements de la région : formations réalisées en commun.

L'accueil des nouveaux arrivants est organisé. Un livret du nouveau personnel est remis au nouvel arrivant depuis 2009. Ce document est régulièrement actualisé et intègre une enquête de satisfaction analysée par l'assistante qualité.

>>Projet social et conditions de travail

Le projet social a été rédigé à partir d'un questionnaire envoyé aux agents. Sa mise en œuvre fait l'objet d'un suivi régulier.

Il couvre la période 2012-2016. Trois axes directeurs ont été définis :

- amélioration des conditions de travail
- amélioration du climat de travail.
- amélioration de l'organisation du travail

>>Les risques psycho-sociaux sont intégrés dans l'évaluation des risques professionnels (DUERP).

La prévention, l'identification et la prise en charge de la fatigue professionnelle n'a pas fait l'objet à ce jour d'une réflexion structurée mais ces sujets sont en cours d'analyse notamment au niveau de la pénibilité.

Les actions prioritaires sont prises en charge par des groupes de travail identifiés et portent sur la pénibilité, la prévention des risques psychosociaux, la communication interne, l'amélioration de la mobilité interne, l'organisation du travail des infirmières et le repositionnement des activités des ASH.

Deux réunions de suivi par un groupe pluri professionnel (incluant les équipes soignantes y compris le personnel de nuit, la logistique etc...) sont organisées par an. Un point sur les actions en cours est réalisé en séance. Six services ont fait l'objet d'une analyse au regard des critères de pénibilité. La méthodologie utilisée est très proche de celle utilisée dans l'évaluation des risques professionnels. Elle pourrait être affinée.

Des groupes de travail « bien-être au travail », « absentéisme », « heures supplémentaires » sont également en place.

>> Une psychologue du travail contractuelle intervient dans l'établissement à raison de 0,2 ETP depuis début 2014

>>Santé et sécurité au travail

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est rédigé à partir d'un logiciel. Il est en place depuis 2007 et réévalué chaque année avec l'aide de l'assistante qualité et d'un agent des ressources humaines. Un programme de prévention des risques est en place et suivi avec la participation du CHSCT. La priorité est portée aux actions concrètes et directement opérationnelles.

Les machines de repassage du linge plat (calandre) ne permettent pas un engagement avec une seule personne. L'outil semble un peu saturé au niveau du linge des résidents (manque de place).

L'analyse des risques professionnels a permis de mettre en place des bacs à hauteur variable et des moyens adaptés pour l'alimentation de machines en produits lessiviels.

THEMES 14 et 15

14-Le rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations :

- a) Perception de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, les usagers,**
- b) Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur**

Constats :

Les intervenants libéraux

L'établissement a établi des conventions d'intervention avec :

- 4 médecins libéraux,
- 2 kinésithérapeutes libéraux,
- des infirmières libérales, dont les interventions doivent être supprimées en 2015,
- 2 pédicures,
- 4 coiffeurs,
- 1 orthophoniste pour l'EHPAD 3 dans un premier temps puis ultérieurement dans les autres secteurs.

Les conventions avec d'autres structures complémentaires pour la prise en charge des résidents

>> **Soins palliatifs** : Réseau Emeraude de Nevers : réseau départemental de soins palliatifs. Les interventions se font sur demande des équipes ou des résidents/familles. La convention prévoit également des actions de formation. Ces intervenants agissent en collaboration avec des membres

de l'équipe de l'établissement : une IDE et une AS référentes soins palliatifs et une IDE référente douleur

>> **Risque infectieux** : Equipe opérationnelle d'hygiène mutualisée du CH de Nevers : une pharmacienne hygiéniste intervient 2 jours par mois et un poste de 0,5 ETP d'IDE hygiéniste (en cours de remplacement)

>> **Prise en charge des troubles du comportement** : CHS (lutte contre les maladies mentales) de la Charité sur Loire et CMP-CATTP de Chatillon en Bazois : présence d'une IDE psychiatrie une fois par semaine ou plus si besoin, qui assure le lien avec les consultations d'un psychiatre si nécessaire.

>> **Suivi des résidents porteurs de BMR** : Laboratoire de biologie médicale Abc d'Autun.

15-L'inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné à partir notamment de :

- a) La prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu
- b) Sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement.

Constats :

>> **Les bénévoles** intervenants dans l'EHPAD ont signé des conventions dans le cadre de leurs interventions. Des fiches d'intervention sont élaborées. L'aumônerie catholique intervient également ; une convention a été rédigée.

L'établissement participe à de nombreux projets de développement sur le territoire : création d'une MAIA.

>> Des liens existent avec le **centre social** (SSIAD et SAAD) : participation à la commission d'orientations des lits. L'établissement participe également au comité nivernais gérontologique et au réseau Emeraude (soins palliatifs).

>>**Les jeunes** des écoles de Château-Chinon et du lycée professionnel effectuent des stages dans l'établissement. Le site constitue un terrain de stage pour les écoles et les collèges, les élèves IFSI et IFAS.

>>La cuisine centrale s'approvisionne auprès des **producteurs de la région** pour la viande et le fromage, le pain.

>>**Des formations sont mutualisées** au niveau des différents établissements de la région.

>>Il a été mis en œuvre un **groupement des activités de spectacle** au niveau de plusieurs établissements de la région. De nombreuses activités externes sont proposées aux résidents.

>>**La restauration** de l'établissement livre par convention avec municipalité les repas de la crèche et du centre de loisirs.

>>**La lingerie** assure le nettoyage des tenues des personnels municipaux et communautaires.

5. Résultats de l'analyse détaillée

(Extrait du décret 2007-975)

CHAPITRE IV « Etapes de la procédure d'évaluation externe » - Section 2

Etape d'étude et d'analyse – Deuxième phase

« Cette étape permet une mise en forme des informations utiles pour :

« 2/ **Confronter la situation observée au cadre de référence spécifique de l'évaluation défini au 1.1 (1o)** ; il s'agit notamment de déterminer la réalisation des objectifs initiaux, en tenant compte des mesures d'amélioration prises à l'issue des évaluations déjà conduites ;

« 3/ **Examiner la prise en compte des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.**

CHAPITRE 5 / Résultats de l'évaluation externe / rapport d'évaluation externe / Section 3 : Contenu général

3.4. Les résultats de l'analyse détaillée

La présentation doit distinguer les analyses consécutives aux informations collectées et celles utilisant les méthodes d'interprétation des données.

Section 1 : L'évaluation des activités et de la qualité des prestations sera organisée de façon à fournir des éléments synthétiques sur les points suivants

- 1) L'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties
- 2) La cohérence des différents objectifs entre eux
- 3) L'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place
- 4) L'existence et la pertinence de dispositifs de gestion et de suivi
- 5) L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs
- 6) L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés
- 7) Les conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation

Cadre de références / Confronter la situation observée au cadre de référence
Volet A :

RBPP « Projet d'établissement » (2010)

RBPP « Qualité de vie en Ehpad » (volets 1 à 4 – 2011/2012)

RBPP « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » (2010)

RBPP « Personne âgée Souffrance psychique » (2014)

Volet B :

Projet d'établissement – Convention tripartite

Arrêté d'autorisation

Règlement de fonctionnement

Livret d'accueil

Plans d'action qualité

POINTS FORTS (Bonne connaissance et maîtrise du cadre de référence ; mise en œuvre des RBPP)

La thématique « bientraitance » est le fil conducteur de la démarche institutionnelle. L'Ehpad adhère aux valeurs inscrites dans la charte de l'accueil des personnes âgées dépendantes. La bientraitance et la qualité de l'accompagnement des résidents de leur admission jusqu'à la fin de vie sont des valeurs fondamentales partagées.

Le projet d'établissement a été rédigé pour la période 2009 – 2013 et prolongé et actualisé pour 2014, l'établissement prévoyant de rédiger un nouveau projet d'établissement 2015-2019 après les conclusions des audits de la situation financière et des ressources humaines réalisés au premier semestre 2014. Les orientations du PE actualisé s'appuient sur une analyse lucide et claire des points forts et des points faibles de l'établissement. Il définit clairement la problématique de l'Etablissement et les phases du projet à 5 ans y compris les objectifs du projet architectural nécessaire à la poursuite dans de bonnes conditions des missions de l'Etablissement.

>> Le projet de soins infirmiers 2008 actualisé en 2014 est le produit de la réflexion du CSIRMT (Commission de Soins Infirmiers, Rééducation et Médico Technique) : le projet de soins EHPAD, le projet de soins PASA et le projet de soins de l'Unité de vie Protégée (UVP) sont clairement individualisés.

Les objectifs et les moyens nécessaires pour ces projets sont clairement énoncés. Ces objectifs sont déclinés en actions planifiées et prises en charge par des groupes de travail structurés.

La qualité de l'élaboration et de la mise en œuvre pluri professionnelle et participative du projet de soins spécifique à l'UVP permet d'objectiver la qualité du travail récemment entrepris.

>> Le projet médical 2015-2019, en cours de finalisation, est le fruit de la collaboration de l'ensemble des praticiens actuellement présents dans l'établissement. Il s'appuie sur un état des lieux, est bien structuré et inclut la déclinaison des axes stratégiques en objectifs opérationnels, et plan d'actions. Les responsabilités et les indicateurs de suivi sont clairement définis.

>> *Le projet d'animation/projet de vie a été élaboré pour la période 2010-2015.*

Il intègre la mise en place du projet de vie personnalisé et de son suivi.

>> ***Le projet social*** a été rédigé pour la période 2012-2016.

Il a été établi à partir d'un questionnaire renseigné par les agents.

Les axes prioritaires concernent l'amélioration des conditions de travail, l'amélioration du climat de travail et l'amélioration de l'organisation du travail. Ils sont déclinés en objectifs opérationnels énoncés dans des plans de mise en œuvre.

Ces objectifs opérationnels portent sur la pénibilité, la prévention des risques psychosociaux, la communication interne, l'amélioration de la mobilité interne, la formation et la professionnalisation, l'organisation du travail des infirmières et le repositionnement des activités des ASH en cohérence avec la démarche d'amélioration de l'offre de service de l'établissement.

Le suivi de leur mise en œuvre est assuré en groupes de travail pluri professionnels qui se réunissent régulièrement.

Lors de l'actualisation du PE, un questionnement sur les missions et les contraintes de l'établissement a défini des nouvelles orientations nécessaires en fonction du public accueilli. L'EHPAD est partie intégrante du CH de Château Chinon dont le secteur sanitaire se compose de 16 lits de médecine, de 20 lits de SSR et de 30 lits d'USLD.

*Malgré le contexte défavorable, on constate depuis l'arrivée du nouveau directeur en janvier 2014 et du médecin coordonnateur en février 2014 **une impulsion de la dynamique d'amélioration de la qualité de l'organisation de la prise en charge des résidents dans laquelle s'investissent fortement l'encadrement et l'assistante qualité.** Ceci se traduit en particulier par le travail en groupe sur le suivi du PAQ consécutif à l'EI et par l'élaboration pluridisciplinaire en cours des composantes du nouveau projet d'établissement.*

*Le suivi de l'ensemble des objectifs du PE n'a pas été formalisé pendant la période 2009-2013 en raison de la carence en directeur. Néanmoins la dynamique d'amélioration continue est réelle sur le terrain, comme le montre, en particulier, le suivi des objectifs du projet social et du projet de soins infirmiers. **Le projet social fait l'objet d'un suivi par un groupe pluridisciplinaire.***

La dernière convention tripartite a été signée pour la période 2012-2016 et fait l'objet d'un suivi régulier.

Le nouveau projet d'établissement en cours d'élaboration portant sur la période 2015-2019 résulte d'une démarche souhaitée par la Direction qui repose sur plusieurs principes :

- *une démarche centrée sur le résident et prenant en compte ses besoins fondamentaux,*
- *une démarche prenant en compte l'histoire récente de l'établissement, le diagnostic élaboré dans le cadre de l'existant, les contraintes réglementaires et financières,*
- *une démarche participative.*

Il fait l'objet de réflexions pluridisciplinaires menées en groupe de travail, selon la méthodologie préconisée dans la RBPP et qui témoignent de la dynamique impulsée par la nouvelle direction, le médecin coordonnateur le nouveau président de CME et l'encadrement.

POINTS DE VIGILANCE : application partielle du cadre de référence ; mise en œuvre partielle des RBPP)

L'établissement doit répondre à des besoins de santé publique fortement marqués par l'isolement géographique de la commune et des communes environnantes, la ruralité et le vieillissement important de la situation locale.

Il a été pénalisé par une période prolongée de vacance du poste de directeur et la succession de directeurs intérimaires, par l'absence de médecin coordonnateur, par des difficultés financières ayant abouti à la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre et à une dégradation du climat social.

Les locaux en grande partie vétustes ne permettent pas d'assurer des conditions satisfaisantes de confort et d'organisation rationnelle de la prise en charge des résidents.

Le suivi global des objectifs du PE n'a pas été formalisé pendant la période 2009-2013 en raison de la carence en directeur. Ce n'est que depuis 2014 que l'arrivée d'un nouveau directeur et d'un médecin coordonnateur ont permis une structuration de la démarche et la dynamisation des actions entreprises précédemment malgré la précarité de l'organisation. Néanmoins, les difficultés passées, la situation financière, l'incertitude sur l'avenir de l'établissement engendrent une fragilité et un certain épuisement des équipes.

Section 2 : Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

- 1) Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne
- 2) Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués
- 3) Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu
- 4) Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique
- 5) Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations

Cadre de références / Confronter la situation observée au cadre de référence

Volet A :

RBPP « Mise en oeuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles » (2008)

RBPP « 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 » (2009)

RBPP « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (2012)

Volet B :

Rapport d'évaluation interne et tout autre document relatif à l'évaluation interne

Projet d'établissement, convention tripartite

Règlement de fonctionnement

Plans d'amélioration de la qualité

Autres documents relatifs à la démarche d'amélioration (manuel qualité, documents procéduraux, ..)

POINTS FORTS (Bonne connaissance et maîtrise du cadre de référence ; mise en œuvre des RBPP)

La démarche d'évaluation interne a été rigoureusement structurée et intégrée dans la démarche qualité commune aux secteurs sanitaire et médicosocial de l'établissement qui est mise en œuvre depuis 2006.

L'évaluation interne a été initiée en 2011 par la constitution d'un comité de suivi de l'évaluation interne pluri-disciplinaire qui a reçu une formation sur une période de 4 journées. Celui-ci a élaboré à **partir des préconisations de la RBPP** la méthodologie de l'évaluation interne, les supports de recueil de données, la trame de rapport et défini le calendrier prévisionnel d'évaluation.

Une campagne d'information de l'ensemble du personnel a été réalisée. **7 groupes de travail** pluri-professionnels ont été constitués en tenant compte des métiers en cohérence avec les thèmes concernés et ont reçu une formation spécifique.

L'évaluation interne a été conduite **avec la participation des usagers**. Les plannings des groupes d'évaluation ont été définis, suivis et tracés par le comité de suivi.

La synthèse des constats et leur cotation ont été réalisées, un plan d'action a été élaboré. Le comité de suivi a validé la synthèse de l'évaluation interne et finalisé le rapport d'évaluation interne.

*La communication sur la démarche d'évaluation interne et ses suites a été assurée par le comité de pilotage. La synthèse a été communiquée à l'ensemble du personnel **en lien avec la préparation de l'évaluation externe.***

Le suivi de des actions d'amélioration issues de l'évaluation interne a été mis en place et il est effectif : un plan d'action qualité (PAQ EI) a été élaboré en novembre 2013 pour la période 2014-2016 et sa mise en œuvre fait l'objet d'un suivi régulier (5 réunions annuelles environ).

61 % des actions planifiées pour 2014 ont été mises en œuvre et sont clôturées.

La dynamique d'amélioration est en place.

*L'organisation et le fonctionnement des réunions des instances et comités, ainsi que des différents groupes de travail constitués sont décrits dans **un manuel des réunions structuré décrivant leurs missions, leur composition, la fréquence prévue des réunions.***

***Les plans d'action** consécutifs à l'évaluation interne, aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) communes aux secteurs sanitaire et médico-social, à la mise en œuvre du projet d'établissement et au diagnostic de la prise en charge médicamenteuse **sont suivis régulièrement.** Leur intégration dans un plan d'action qualité unique est en cours.*

***Le traitement des évènements indésirables** est assuré depuis 2011 conformément à une procédure diffusée fin 2010 et régulièrement actualisée : les évènements indésirables sont déclarés, caractérisés (évènements indésirables graves), analysés et traités par l'instance concernée; un retour est donné au déclarant.*

Un bilan des évènements indésirables est réalisé régulièrement.

*190 évènements indésirables ont été traités en 2014. **95 % des actions correctives planifiées ont été conduites et clôturées.***

L'amélioration de la qualité de la prise en charge et la gestion des risques sont intégrées.

Les orientations de la politique qualité et gestion des risques ont été définies dans un document élaboré en 2012 et revu en 2013. Un comité de gestion des risques et des vigilances a été mis en place et se réunit régulièrement ; il assure en particulier la coordination du traitement des évènements indésirables et le travail de mise en place des indicateurs de suivi de la qualité des soins et de la prise en charge et de la gestion des risques.

***Une cartographie des risques** est en cours de finalisation : les risques sont identifiés, leur criticité est en cours de détermination.*

***Des actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) transversales** sont conduites en commun sur trois thématiques prioritaires dans les secteurs sanitaire et médico-social : iatrogénie chez la personne âgée, prévention des chutes et contention, évaluation et prise en charge de la douleur.*

POINTS DE VIGILANCE : application partielle du cadre de référence ; mise en œuvre partielle des RBPP)

Aucun point de vigilance

Section 3 : Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques

- 1) La capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissements ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne
- 2) L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence
- 3) Les conditions dans lesquelles est élaboré le projet individualisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur

Cadre de références / Confronter la situation observée au cadre de référence

Volet A :

RBPP « *Projet de vie personnalisé* » (2008)

RBPP « *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (2008)

RBPP « *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* » (2009)

RBPP « *Vie en collectivité et accueil personnalisé* » (2009)

RBPP « *Ethique et questionnement* » (2010)

RBPP « *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement* » (mai 2014)

DGAS Cahier des charges relatif aux PASA et UHR

Article L311-3 (CASF): « [...]La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne [...] »

Volet B :

Projet d'établissement – Convention tripartite

Règlement de fonctionnement

Procédures et protocoles internes

Dossier du résident

Exemples de Projets personnalisés

Plans d'action qualité

POINTS FORTS (Bonne connaissance et maîtrise du cadre de référence ; mise en œuvre des RBPP)

Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour sont conformes à la réglementation en vigueur et revus régulièrement (dernières versions 2013 pour le règlement de fonctionnement et 2014 pour le livret d'accueil et le contrat de séjour).

Le livret d'accueil est clair convivial et complet : en particulier accueil de la direction, tableau de bord de suivi des infections nosocomiales. Les différentes chartes sont présentées

Un formulaire de directives anticipées et désignation de la personne de confiance, un formulaire de non divulgation de présence et un questionnaire de satisfaction sont inclus dans le livret d'accueil.

La commission d'admission est en place. Son organisation et son fonctionnement sont décrits dans une procédure. Elle se réunit tous les mois ou plus fréquemment si besoin, statue sur les demandes et met à jour la liste d'attente. Elle prend également en compte les besoins de mutation entre les lieux d'hébergement de l'établissement, en cas de dégradation de l'état de santé du résident : accueil au niveau de l'UVP ou au niveau de l'EHPAD 3.

Un tableau de bord assurant le suivi des dossiers est en place.

Il existe des procédures d'admission spécifiques pour le PASA et l'accueil de jour.

La présence de deux lits d'hébergement temporaire permet de répondre aux demandes de prise en charge des urgences.

L'établissement peut mettre à disposition des familles et de l'entourage un appartement qui permet aux familles de rester au plus près de leurs proches, surtout au moment de la fin de vie.

L'arrivée du résident est préparée, le résident est attendu. Un référent résident est désigné lorsque l'admission est programmée. Une communication sur l'arrivée prochaine d'un résident est réalisée dans le service d'accueil au moment des transmissions.

L'accueil est assuré par l'équipe en poste. Le médecin traitant choisi par le résident avant l'admission réalise une visite d'entrée dans la semaine.

La mise en place d'un temps d'accueil du nouveau résident avec l'aide d'un autre résident est prévue pour 2015.

Les 2 étapes de pré-admission et d'admission permettent de recueillir des informations sur le futur résident permettent de prendre en compte ses besoins propres afin d'élaborer son projet de vie personnalisé.

La mise en place du Projet de Vie Personnalisé est le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire.

Une chef de projet « Projet de Vie Personnalisé » a été identifiée.

Un comité de pilotage pluri professionnel « projet de vie personnalisé » est en place : médecin coordonnateur, cadre de santé, chargée de mission, IDE, AS, ASG animateur, ergothérapeute, diététicienne, secrétaires médicale et administrative. Il se réunit mensuellement pour faire le bilan et évaluer les outils.

Des objectifs d'élaboration ont été fixés : projet de vie élaboré et signé par le résident ou son représentant légal dans le mois qui suit son entrée ; réévaluation annuelle du projet de vie personnalisé.

L'avancement des projets personnalisés est suivi : 45 % des résidents ont un projet de vie personnalisé.

La construction du projet de vie personnalisé commence par l'analyse des données de pré-admission (dossier type CERFA) et se poursuit dès l'entrée du résident en utilisant une fiche de recueil de données.

Les données recueillies par les différents professionnels font l'objet d'une synthèse réalisée par le référent et présentée en réunion pluridisciplinaire post transmissions (fréquence 1 par semaine et par service) en présence de la chef de projet Les objectifs du projet de vie individualisé et les actions correspondantes à mener sont formalisés dans une fiche spécifique. La synthèse est tracée dans un document type.

Chaque projet de vie est validé par le directeur.

Des visites de préadmission sont prévues. Leur organisation a été précisée en Commission de Coordination Gériatrique, en particulier l'identification d'un référent visite de préadmission volontaire, IDE, AS, ASH ou animateur suite au comité d'admission.

POINTS DE VIGILANCE : application partielle du cadre de référence ; mise en œuvre partielle des RBPP)

Les visites de préadmission restent aujourd'hui limitées par le lieu d'origine des futurs résidents.

Les critères d'admission ne sont pas clairement formalisés mais les demandes sont analysées en pluridisciplinaire au cas par cas.

Le recueil du consentement du résident est encore insuffisamment tracé bien que ce thème soit abordé systématiquement en commission d'admission et que les équipes soient sensibilisées à cette traçabilité.

Le contenu de la fiche de recueil de données mérite d'être amélioré.

La traçabilité de l'examen médical initial n'est pas systématiquement assurée pour les résidents venant du domicile ou d'un autre établissement. Mais il faut rappeler que la continuité des informations médicales est assurée pour la plupart des résidents qui sont admis par mutation interne (72 %).

La traçabilité de l'accompagnement du résident pendant les premiers jours de son arrivée est partielle.

La prise de connaissance et la signature du projet de vie personnalisé par le résident ou son représentant légal sont difficilement obtenues.

4) L'effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits

5) La réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers

Cadre de références / Confronter la situation observée au cadre de référence

Volet A :

RBPP « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (2008)

RBPP « Qualité de vie en Ehpad » (volets 1 à 4 – 2011/2012)

RBPP « L'accompagnement à la santé des résidents » (2012)

RBPP « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » (2009)

RBPP « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement » (2014)

DGAS Cahier des charges relatif aux PASA et UHR

Article L311-3 (CASF) :

- « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux [...] »

- « Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé [...] »

- « La confidentialité des informations la concernant »

- « L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires [...] »

Volet B :

Dossier du résident Dossier de soins

Projets personnalisés

Procédures et protocoles internes

Réunions internes et groupes de travail

Plans d'action qualité

POINTS FORTS (Bonne connaissance et maîtrise du cadre de référence ; mise en œuvre des RBPP)

Les priorités du projet d'établissement sur l'accès et recours aux droits sont effectivement appliquées. Les droits des résidents sont clairement énoncés dans le livret d'accueil.

Le respect de l'intimité et de la dignité sont des valeurs portées par l'ensemble des professionnels. Les équipes sont, au quotidien, à l'écoute des résidents. Les résidents et les familles ont un accès facilité à la cadre de santé à chaque fois qu'elles le souhaitent

Le respect de la confidentialité des données et des informations est organisé.

Les résidents restent libres d'aller et venir dans les limites de sécurité fixées par l'équipe médicale.

Le résident peut recevoir la visite d'un représentant du culte de son choix.

Les équipes sont au quotidien à l'écoute des résidents. L'accès des résidents et des familles à la cadre de santé est facilité à chaque fois qu'ils le souhaitent

La volonté d'assurer la prise en charge des résidents le plus longtemps possible dans l'Etablissement est une valeur forte partagée par l'ensemble des professionnels.

Un classeur spécifique soins palliatifs est en place dans chaque unité.

L'animation est riche, bien organisée entre animateurs et soignants et en lien avec l'extérieur : bénévoles, intervenants extérieurs, lien avec les établissements du département

L'équipe d'animation pilotée par une responsable de la vie sociale et culturelle, elle est organisée et les professionnels sont diplômés. Les activités d'animation sont définies et coordonnées grâce à la réunion hebdomadaire en lien avec les équipes soignantes. Des réunions cadres soignants / animateurs sont organisées régulièrement. Elles permettent de valider le programme, de proposer de nouveaux projets et d'organiser la coordination.

Les animateurs sont référents pour un bâtiment. Ils établissent un programme mensuel des activités.

La programmation des activités en lien avec les établissements du département permet de mutualiser les ressources et de proposer des activités inter-établissements.

Le programme des activités est varié. Différents ateliers sont mis en place : atelier cuisine, atelier mémoire, atelier créatif par exemple. De nombreux supports d'animation sont utilisés pour cadrer le fonctionnement des ateliers et fournir des aides à la réalisation. En lien avec le programme omégah, l'équipe utilise des classeurs d'aide à l'animation pour les ateliers mémoires.

Des activités de gymnastique douce sont réalisées par les animateurs et également par l'association Siel bleu.

Le nouveau directeur a mis en place début 2014 la célébration des anniversaires des résidents avec leurs familles et l'équipe soignante par service, autour d'un spectacle. Ce moment de partage qui renforce le lien entre familles et équipes est très apprécié.

Les intervenants extérieurs contribuent à la variété des actions proposées : chien visiteur, petite ferme, grande ferme, spectacles. Des partenariats sont établis depuis de nombreuses années. Des bénévoles interviennent dans l'établissement. Ils ont signé des conventions et leur action est définie dans des fiches d'intervention. Les familles participent également régulièrement aux activités.

Les animateurs effectuent également des visites dans les chambres des résidents les plus isolés ou qui participent très peu aux activités,

Les animations sont évaluées individuellement à partir de critères prédéfinis. Ces évaluations sont reportées dans le dossier de chaque résident.

Il est à noter que l'Etablissement a obtenu un premier prix des journaux d'établissements.

Une semaine de la sécurité du patient a été organisée autour de deux thèmes « Anti-Vitamine K » et « hypoglycémie », avec des panneaux d'affichage dans les espaces communs et un quizz (constaté lors de la visite).

La prise en soins organisée autour d'un dossier papier éclaté mais opérationnel.

Le dossier du résident est actuellement géré sur support papier mais permet d'assurer une bonne traçabilité de la prise en soins. L'implantation dans le secteur médicosocial du logiciel de gestion du dossier patient du secteur sanitaire est prévue pour 2015-2016..

Le dossier du résident comporte :

- une fiche administrative,
- un recueil de données,
- une fiche PASA si cette activité est en place,
- une fiche de traçabilité des appels médecins et de leur réponse
- une fiche de liaison hospitalière
- les transmissions ciblées.

Il existe dans chaque service :

- un classeur IDE contenant pour chaque résident une photocopie des prescriptions, le diagramme de soins infirmiers, la fiche de surveillance des constantes,
- un classeur IDE spécifique pour le suivi des traitements anticoagulants,
- un classeur soignantes contenant un planning et les diagrammes de soins,
- un classeur kinésithérapeute contenant une fiche de bilan initial et une fiche de suivi,
- un classeur « soins palliatifs » contenant les recommandations pour les soignantes, la charte soins palliatifs, la traçabilité des soins spécifiques pour chaque résident.

Le dossier médical du résident est accessible à l'ensemble des professionnels dans les salles de soins. Le suivi médical est prévu mensuellement ou plus si besoins.

Le directeur a pris des mesures d'organisation pour compenser dans un futur proche le manque de traçabilité médicale dans les dossiers : recrutement de deux nouveaux médecins, participation des médecins du secteur sanitaire à la prise en charge médicale des résidents, informatisation en 2015-2016 du dossier EHPAD en utilisant le logiciel Crossway actuellement opérationnel dans le secteur sanitaire.

Par ailleurs, le directeur a déposé une demande d'agrément pour l'accueil d'internes et de médecins étrangers pour leur stage dans le cadre de leur procédure d'autorisation d'exercice afin de renforcer la présence médicale dans l'établissement.

Les protocoles de soins nombreux, élaborés en équipe pluridisciplinaire et en faisant référence aux RBPP. Ils sont connus des professionnels et revus et mis à jour en tant que de besoin. Cette documentation est structurée, gérée et tenue à jour par l'assistante qualité, couvre l'ensemble de la prise en soins des résidents et la prévention des risques spécifiques (dénutrition, douleur, chutes, escarres, troubles du comportement, risque infectieux, risque médicamenteux, déclaration des actes de maltraitance, prise en charge de la fin de vie,).

Une liste des documents est tenue à jour par l'assistante qualité

Une neuropsychologue très présente et très impliquée

Elle participe aux transmissions, aux réunions sur les projets de vie, à la synthèse pluridisciplinaire avec les familles et/ou le résident.

Elle intervient plus spécifiquement en accueil de jour, au PASA et en UVP.

Elle participe aux admissions en accueil de jour et au PASA où elle assure l'évaluation des critères de prise en charge.

Elle est très impliquée en UVP dans la prise en charge des résidents, le soutien à l'équipe et sa formation, et l'élaboration le projet de soins médico soignant spécifique en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur. Par exemple : une « boîte à ambitions » pour le projet de soins a été ouverte pour l'équipe ; parmi les propositions, 3 « ambitions » ont été retenues, confiées à 3 groupes de travail : Scission de l'UVP en 2 sous unités. Animation. Nutrition.

La dynamique de cette équipe est un exemple de management au quotidien au plus près de l'équipe, en particulier en termes de questionnement, de cohérence et d'implication auprès des résidents.

Dans les autres secteurs d'EHPAD, elle intervient sporadiquement sur demande des équipes ou des familles.

La participation active de l'ergothérapeute.

Récemment arrivée dans l'établissement (mai 2014), l'ergothérapeute a réalisé une étude concernant les moyens mis à disposition pour la réalisation des douches des résidents. Elle a établi un cahier des charges des moyens à acquérir par unité. Ce plan d'amélioration visant à améliorer la prise en charge des résidents et les conditions de travail des professionnels est en cours de déploiement.

Deux actions ciblées sont en cours : sur les sangles de transfert avec formation des utilisateurs à l'utilisation de lève malade et sur la gestion du parc des fauteuils roulants (vérification de l'adaptation, maintenance et nettoyage).

Un cahier de transmission entre l'ergothérapeute et les équipes permet de faire part des demandes et des difficultés liées au matériel.

L'ergothérapeute réalise également des installations au fauteuil pour les résidents. Un protocole est en cours de rédaction.

Un jardin thérapeutique a été mis en place récemment.

Des ateliers sont en cours de mise en place : atelier cuisine, atelier couture, atelier marche en lien avec le kinésithérapeute, atelier relaxation.

L'ergothérapeute participe ponctuellement aux transmissions et intervient également au niveau de la formalisation et du suivi des projets de vie.

Le rôle de la diététicienne et la prise en charge de la dénutrition

La diététicienne intervient pour l'ensemble de l'établissement. Elle établit les menus sur une période de cinq semaines. La saisonnalité des menus est en place. Des repas à thème sont organisés tous les mois.

La diététicienne s'appuie sur les travaux des EPP dénutrition du secteur sanitaire.

La diététicienne intervient au niveau des réunions de synthèses et des réunions de service.

Des protocoles ont été rédigés. Le protocole de dépistage de la dénutrition a été rédigé en 2009 et évalué en 2012. Le protocole de prise en charge de la dénutrition a été rédigé plus récemment et a été évalué en 2014. Les résidents sont pesés à l'entrée et une fois par mois. Les données sont enregistrées sur la feuille anthropométrique du dossier résident. Des compléments alimentaires sont mis en place sur la base d'une évaluation.

Une EPP transversale (sanitaire et médico-sociale) a été réalisée sur le thème de la dénutrition.

Deux projets sont en cours et concernent l'alimentation des résidents déambulants et les textures mixées.

La mise en place du programme oméga h avec le pass alimentation (plaisirs et appétits stimulant la santé) a pour objectif le mieux-être grand âge.

La prise en charge spécifique en Accueil de jour et au PASA

Ces activités sont pilotées par un cadre de santé à 0,5 ETP et réalisées par des ASG. Il est prévu d'y faire participer des stagiaires neuropsychologues.

L'admission au PASA fait l'objet d'une procédure spécifique. Le projet du résident est construit en groupe pluridisciplinaire. Les activités sont planifiées, tracées, transmises dans le dossier du résident par les ASG. Elles font l'objet d'un suivi et de statistiques d'activité.

Il est à noter la créativité des ASG dans la mise en place d'activités construites avec « les moyens du bord »

L'accueil de jour s'est mis en place en réalisant une campagne d'information. Un règlement de fonctionnement et un contrat de séjour spécifiques ont été élaborés. La procédure d'admission est spécifique et comporte une consultation mémoire et un entretien avec un neuropsychiatre ou un gériatre. Une grande souplesse est proposée à l'entourage. Un cahier de liaison avec les familles est en place.

Une dynamique impulsée par le médecin coordonnateur

L'Etablissement ne dispose d'un médecin coordonnateur à 0,3 ETP que depuis février 2014.

Il a mis en place la **Commission de Coordination Gériatrique**. Lors de la première réunion en octobre 2014, les points suivants ont été abordés : le circuit du médicament, les protocoles et bilans systématiques, le bon usage des neuroleptiques, le projet de vie individualisé incluant la visite de préadmission. Une réunion annuelle est prévue.

Il a entrepris l'élaboration avec l'équipe du projet médico soignant de l'UVP ouverte en 2013, un volet du projet d'Etablissement 2015-2019. Ce travail a été préparé en coordination avec le directeur et a fait l'objet d'une réunion plénière en octobre 2014.

Il participe à la Commission d'Admission.

Il participe aux réunions de coordination de pôle EHPAD

Il participe aux réunions de synthèse des projets de vie personnalisés organisés par rotation dans les différents services.

Il valide les protocoles de soins.

Il participe au projet d'informatisation du dossier du résident.

Il intervient régulièrement en tant que gériatre auprès des résidents.

Il travaille en étroite collaboration avec la neuropsychologue sur la communication avec les équipes en UVP.

Les décisions de la Commission de Coordination Gériatrique :

-Mise en place de nouvelles fiches de prescription des traitements courts et au long cours,

-Nouvelle procédure de prise en charge des urgences vitales et non vitales,

-Fiche de gestion des INR sous Préviscan,

-Nouvelle procédure de prise en charge de la dénutrition chez le résident de plus de 70 ans,

-Conduite à tenir en cas de constipation,

-Organisation de la visite de préadmission et de l'élaboration du projet de vie personnalisé.

POINTS DE VIGILANCE : application partielle du cadre de référence ; mise en œuvre partielle des RBPP)

La traçabilité médicale est actuellement insuffisante. Cette insuffisance est en grande partie liée au déficit en médecins libéraux sur le territoire.

Le dossier du résident est au format papier et éclaté ; mais le déploiement en EHPAD du logiciel CROSSWAY implanté dans le secteur sanitaire est prévu pour 2015-2016.

Le taux d'occupation actuel de l'accueil de jour est de 50%.

6) La capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers

Cadre de références / Confronter la situation observée au cadre de référence

Volet A :

RBPP « Qualité de vie en EHPAD Vie sociale des résidents » (2012)

RBPP « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009)

Article D311-3 à D311-32 du CASF

Volet B :

Règlement de fonctionnement
CVS : fonctionnement et comptes rendus
Procédures et/ou protocoles internes
Traitement des réclamations, des plaintes
Enquêtes de satisfaction
Plans d'action qualité

POINTS FORTS (Bonne connaissance et maîtrise du cadre de référence ; mise en œuvre des RBPP)

Le CVS est en place et fonctionne bien.

Sa composition est conforme aux dispositions du code l'ASF.

Les dernières élections ont été réalisées en décembre 2013. Les réunions sont régulières. L'ordre du jour est maîtrisé et les sujets abordés sont variés. Un compte rendu complet et détaillé est rédigé.

La présidente du CVS est également la présidente d'une association de bénévoles « Bien vieillir au Morvan »

La représentante des résidents participe activement au CVS.

Une synthèse du compte rendu des réunions du conseil de la vie sociale est présentée dans le journal de communication interne de l'établissement.

Les réclamations et les plaintes sont traitées au niveau de la CRUQPC : une réponse d'attente est adressée dès réception puis une réponse complète après traitement de la réclamation ou de la plainte.

Les observations orales sont prises en compte par l'équipe, tracées dans un cahier et analysées en CRUQPC par service.

Questionnaire de satisfaction des résidents et/ou des familles

Le questionnaire de satisfaction est applicable à tout l'établissement. L'enquête de satisfaction est réalisée auprès des résidents tous les deux ans. Les questions portent sur l'accueil dans l'institution, les conditions d'hébergement et les soins. Le taux de retour des questionnaires en 2011 était de 54 %. Plus de 80 % des résidents étaient satisfaits ou très satisfaits de la résidence.

L'enquête réalisée en 2013 montre également un bon niveau de satisfaction des résidents : 70% à 100% selon les items.

POINTS DE VIGILANCE : application partielle du cadre de référence ; mise en œuvre partielle des RBPP)

Les réclamations et observations orales sont prises en compte par l'équipe, tracées dans un cahier et analysées en CRUQPC par service, mais il n'existe pas de traçabilité systématique de leur prise en compte et de leur traitement excepté dans le cas où ces observations sont intégrées dans les transmissions.

Le taux de retour de l'enquête de satisfaction de 2013 était faible, à 27%.

- 7) **La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation**
- 8) **La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers**

Cadre de références / Confronter la situation observée au cadre de référence**Volet A :**

RBPP « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » (juillet-2008)

RBPP « La qualité de vie en EHPAD – volets 1 à 4 » (2011-2012)

RBPP « Personnel – adaptation emploi » (2008)

Volet B :

Plannings

Réunions d'encadrement et de groupes de travail

Procédures et/ou protocoles internes. Documentation interne

Plans d'action qualité

POINTS FORTS (Bonne connaissance et maîtrise du cadre de référence ; mise en œuvre des RBPP)

7-La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation

>> A l'occasion de l'ouverture du nouveau bâtiment, une réorganisation des équipes a été conduite. Une réflexion en groupe pluridisciplinaire est en cours concernant la scission en 2 sous unités de l'UVP.

>> Les actions entreprises depuis début 2014 témoignent de la volonté et de la capacité de l'équipe actuelle à adapter son organisation aux contraintes et aux nécessités de changement.

>> Une nouvelle organisation a été récemment définie dans l'établissement : constitution de 2 pôles- pôle sanitaire et pôle médicosocial- avec répartition des effectifs adaptée à l'évolution des activités. Ce projet a été validé par les instances : CHSCT, CME, Directoire.

8-La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers

Les RBPP font l'objet d'une information aux équipes. Elles sont disponibles dans les services sous forme de synthèses rassemblées dans un classeur.

Elles sont systématiquement prises en compte dans la rédaction des procédures et protocoles.

L'évaluation interne a été conduite en suivant la RBPP correspondante.

La rédaction du nouveau projet d'établissement, qui est en cours, s'appuie sur les préconisations de la RBPP correspondante.

POINTS DE VIGILANCE : application partielle du cadre de référence ; mise en œuvre partielle des RBPP)

L'organisation en place est récente et la pérennité de cette dynamique peut être fragilisée par la situation précaire de l'établissement.

- 9) **La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité – prévention des situations de crise – mise en place d'un dispositif de régulation des conflits – techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes – plus généralement politique globale de gestion des risques.**

Cadre de références / Confronter la situation observée au cadre de référence

Volet A :

RBPP « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (2008) »

RBPP « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (2008)

RBPP « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (2009)

RBPP « Ethique, questionnement » (2010)

RBPP « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009)

RBPP « Qualité de vie en EHPAD » (volets 1 à 4) (2011-2012)

CIRCULAIRE N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 (lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées)

Volet B :

Projet d'établissement

Procédures et/ou protocoles internes

Documents méthodologiques

HACCP : documents et suivi

RABC : documents et suivi

DARI
Dossiers de soins
Plans d'action qualité

POINTS FORTS (Bonne connaissance et maîtrise du cadre de référence ; mise en œuvre des RBPP)

Application des règles d'hygiène et de sécurité

Sécurité générale du bâtiment

Les risques techniques sont maîtrisés. L'établissement a été en mesure de démontrer que les contrôles obligatoires sont réalisés. Les observations de ces rapports sont prises en compte. Le registre de sécurité est utilisé et permet de consigner les passages des entreprises extérieures. L'ensemble des installations est supervisé par un logiciel de type GTC qui permet de suivre les capteurs de fonctionnement des différentes installations. Un accès à distance est possible pour le personnel technique permettant d'effectuer des interventions à distance lors des astreintes. Il existe une astreinte technique pour la nuit y compris les week-ends. Ce système est opérationnel et permet de répondre aux demandes du personnel soignant dans des délais appropriés. En cas de demande d'intervention, la priorité est donnée aux interventions ayant un impact sur le résident.

Sécurité des personnes

L'établissement est entièrement clos et les accès sont fermés le soir. Le bâtiment est fermé par les agents de nuits.

Le bâtiment de l'unité de vie protégée possède des digicodes pour entrer et sortir. Les résidents possèdent des bracelets qui sont détectés au niveau des portiques des portes d'entrée. Ceci permet de prévenir les fugues.

Les appels malades sont repris au niveau des DECT des professionnels.

Sécurité incendie

La commission de sécurité a émis un avis favorable suite à son passage le 27 octobre 2014.

Des formations incendie sont réalisées en interne : quatre sessions par an. L'établissement dispose de deux personnes ayant le diplôme SSIAP.

Des formations incendie sont réalisées et suivies par le personnel. Une procédure sécurité incendie complète ces dispositions.

Sécurité alimentaire

La démarche HACCP est connue et appliquée. Des formations sont assurées par un organisme.

Les protocoles de maîtrise de l'activité sont en place.

La traçabilité de la température des plats distribués a été mise en place.

Les espaces de stockage sont vastes et bien organisés.

Le plan de nettoyage a été révisé, la traçabilité à la semaine est en place.

Un guide de bonnes pratiques est en cours de rédaction par le responsable restauration

La cuisine est en liaison froide avec les unités. La livraison se fait en bacs gastronomes et en plateau individuel. Les contrôles des plats témoins sont en place. Les contrôles des surfaces sont réalisés par le laboratoire départemental. Des actions ciblées ont été réalisées sur les planches à découper.

La traçabilité est opérationnelle. Il convient cependant de veiller à la justesse des indications portées sur les feuilles de traçabilité des cellules de température. Le dressage est réalisé à température ambiante en raison des locaux.

Les menus mixés ne sont pas produits sur place. Ils sont achetés auprès de Repas Santé Nutrisens.

Les achats sont réalisés par lots (marchés) et la filière courte est privilégiée (pain, viande).

Circuit du linge :

La démarche RABC est connue et appliquée. La lingerie est un outil industriel adapté. La zone sale et la zone propre sont séparées par un bureau technique. Un classeur des protocoles est en place.

Le linge sale est collecté au niveau des services dans des chariots fermés. Ils sont stockés au niveau des sous-sols du bâtiment principal. La prise en charge du linge contaminé est organisée : une désinfection peut être réalisée si besoin. Des sacs hydrosolubles sont utilisés.

Bio nettoyage :

Des actions d'amélioration ont été mises en place au niveau du bio nettoyage des locaux communs. Les pratiques ont été modifiées : utilisation de bandeaux en microfibre, achat de chariot de nettoyage, auto laveuses, dans le nouveau bâtiment. Des chariots récents sont en place au niveau de l'unité de vie protégée et l'EHPAD 3.

Les protocoles ont été rédigés. Ils sont à valider au niveau du CLIN.

Un manuel de bio nettoyage a été élaboré. Il reste également à valider par le CLIN.

La traçabilité du bio nettoyage a été modifiée. Le support est en test. Chaque chambre possède une fiche de traçabilité spécifique. Elle est pour le moment située dans un classeur commun à chaque unité.

Gestion du risque infectieux

Une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est mutualisée au niveau des établissements du Département et actuellement centralisée au CH de Nevers. Elle assure par convention 0,5 ETP d'IDE hygiéniste au CH de Château Chinon (poste actuellement vacant) ainsi que l'intervention d'une pharmacienne hygiéniste 2 fois par mois.

Des journées d'information annuelles sont organisées par l'EOH de Nevers avec remise de documents et animations pédagogiques.

L'EHPAD bénéficie de l'organisation du secteur sanitaire au niveau de la maîtrise du risque infectieux.

Le CLIN se réunit trois fois par an. L'établissement a identifié des référents hygiène au niveau des différentes unités et également en cuisine, blanchisserie et pharmacie. Des suppléants sont désignés.

Les protocoles ont été rédigés et diffusés et sont connus des professionnels.

Le **DARI** a été élaboré et validé en 2013.

Une formation sur les règles d'hygiène est dispensée aux nouveaux professionnels. Un livret d'accueil spécifique aux règles d'hygiène est remis à chaque nouveau salarié.

Les solutions hydro alcooliques sont mises à disposition et largement utilisées par les professionnels. Des audits sur l'hygiène des mains ont été réalisés en 2011.

La prise en charge des résidents porteurs de bactéries multi résistantes suit les dispositions mises en place dans le secteur sanitaire : convention avec un LBM de Nevers, alerte informatisée, protocoles de précautions complémentaires, document d'information des familles, contrôle par l'IDE hygiéniste et grille d'évaluation.

Le circuit des déchets est maîtrisé. Les DASRI sont collectés au niveau du local central et évacués une fois par semaine.

L'établissement fait réaliser tous les ans des contrôles de Légionnelles sur 16 points de prélèvement. Les résultats ne font pas apparaître de non-conformité.

La politique de gestion des risques

Les priorités de la gestion des risques ont été définies, avec la politique qualité dans un document élaboré en 2012 et revu en 2013.

Le circuit des événements indésirables est maîtrisé. Les événements indésirables sont signalés au niveau l'établissement. Il existe une culture de déclaration. Environ 190 événements indésirables ont été déclarés depuis janvier 2014. L'analyse de ces événements indésirables est réalisée par

l'assistante qualité. Ils sont ensuite traités au niveau des Instances compétentes. Le comité gestion des risques et des vigilances en assure la coordination et la synthèse. Les événements indésirables graves ont été déclarés auprès de l'ARS et du Conseil Général.

Les plans blanc, plan bleu, plan grand froid, plan canicule ont été rédigés. Un protocole précise les conduites à tenir en cas de personnes égarées.

Cartographie des risques

La cartographie globale des risques de l'établissement est en cours de finalisation : risques identifiés, cotations en cours. La mise en place du plan d'actions correspondant est prévue.

Sécurité du circuit du médicament

*Le secteur EHPAD bénéficie de la présence de la **pharmacie à usage intérieur** de l'établissement et du COMEDIMS.*

La PUI est gérée actuellement par une pharmacienne à 0,8 ETP sous contrat de 6 mois renouvelable, aidée par 2 préparateurs.

*Il existe un **livret thérapeutique** et les substitutions sont le plus souvent faites par la pharmacienne sans avis du médecin traitant. Ce livret a été revu récemment en CME ainsi que la liste des médicaments à risque.*

***La gestion des stupéfiants est sécurisée**, en dotation maîtrisée dans des petits coffres.*

***Un plan d'action qualité spécifique** à l'organisation et à la sécurité du circuit du médicament a été mis en œuvre en avril 2014, suite aux observations de l'ARS et 67% des actions d'amélioration sont clôturées.*

***Le macroprocessus circuit du médicament** a été élaboré en juin 2014. Il a été présenté à la CCG avec les nouveaux supports de prescription associés.*

Un protocole de prise en charge de la douleur induite a été élaboré avec le CLUD et mis en œuvre

***La pharmacienne participe à la CCG.** Il a été prévu qu'un préparateur participe aux réunions pluridisciplinaires 1 fois par semaine.*

Les médicaments sont préparés une fois par semaine en semainiers à partir des commandes ; les services de l'EHPAD n'ont pas de dotations. Les médicaments sont préparés pour chaque résident.

Les chariots d'urgence

3 chariots d'urgence sont disponibles : 1 en UVP, 1 pour les EHPAD 1 et 3, 1 partagé entre l'EHPAD 2 et l'USLD.

Ces chariots sont gérés, vérifiés. Une procédure d'utilisation est élaborée et en cours de validation.

POINTS DE VIGILANCE : application partielle du cadre de référence ; mise en œuvre partielle des RBPP)

Sécurité générale :

Le DARDE (document d'analyse des risques de défaillance électrique) n'a pas été rédigé.

Sécurité en cuisine :

Une Inspection vétérinaire a relevé en 2012 des non conformités qui ont fait l'objet d'une visite de suivi en juin 2014. Les actions correctives ont été partiellement mises en place, le compte rendu relève la persistance de non-conformités qui portent sur des aspects documentaires, organisationnels et structurels.

En raison de la configuration des locaux, la marche en avant ne peut pas être respectée dans son intégralité. La température de la zone de dressage des plateaux repas n'est pas maîtrisée. La

conception des cuisines est à revoir au niveau de la préparation des entrées froides et des entrées chaudes. La séparation physique des locaux est nécessaire surtout pour les activités nécessitant un froid maîtrisé.

Le plan de maîtrise sanitaire est en cours de révision. Il doit comporter l'analyse des dangers et la définition des contrôles liés aux points critiques de maîtrise.

Bio nettoyage :

Au niveau des EHPAD 1 et 2, les chariots sont obsolètes et les pratiques n'ont pas encore été modifiées.

Les protocoles et le manuel de bio nettoyage ne sont pas encore validés par le CLIN.

Circuit du médicament :

L'administration des médicaments n'est pas tracée.

Le suivi des antibiotiques à 48-72 heures n'est pas en place dans le secteur EHPAD

- 10) **La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions**

- 11) **Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, relatifs notamment à la qualité d'hébergement**

Cadre de références / Confronter la situation observée au cadre de référence

Volet A :

RBPP « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (2008)

RBPP « Personnel : adaptation à l'emploi » (2008)

RBPP « Projet personnalisé » (2008)

RBPP « Ethique, questionnement » (2010)

RBPP « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009)

RBPP « Qualité de vie en EHPAD » (volets 1 à 4) (2011-2012)

Volet B :

Plannings

Organisation des réunions et groupes de travail

Procédures et/ou protocoles internes

Dossier du résident

Dossier de soins

Projets personnalisés

Plans d'action qualité

POINTS FORTS (Bonne connaissance et maîtrise du cadre de référence ; mise en œuvre des RBPP)

10-La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions

>> L'organisation des plannings, gérés via un logiciel spécifique, assure la continuité de la prise en charge 24H/24, 7 jours/7.

Les urgences de nuit sont gérées par les veilleuses et si nécessaire avec le soutien de l'IDE de nuit du secteur sanitaire qui décide de l'appel du 15.

Les transmissions sont assurées quotidiennement aux changements d'équipe et le midi en présence des IDE. La qualité des transmissions a pu être observée lors de l'évaluation dans 2 secteurs.

>>L'accessibilité de tous à l'ensemble du dossier du résident permet le partage des informations entre les professionnels. Les transmissions ciblées sont en place.

>> Des réunions sont organisées et tenues dans l'ensemble de l'établissement. Elles font l'objet de comptes rendus.

L'organisation des réunions des instances et des différents groupes de travail est formalisée et décrite dans un document spécifique.

Le directeur rencontre le président de la CME une fois par semaine et le médecin coordonnateur une fois par mois.

La cadre supérieure tient une réunion hebdomadaire avec les cadres,

Des réunions de service sont organisées une fois par trimestre,

Les réunions de synthèse des projets de vie personnalisés sont régulières,

Des réunions du pôle hébergement ont été récemment mises en place.

>> **Une bonne communication est établie entre les secteurs sanitaire et médicosocial.**

Elle va encore être renforcée par l'organisation de staffs médicaux et de temps de coordination médicale communs aux deux secteurs ; cette proposition de la direction a été validée lors de la dernière CME.

Par ailleurs, des EPP transversales « nutrition », « iatrogénie chez le sujet âgé », « douleurs », « chutes et contention » sont conduites en commun dans les deux secteurs.

11-Respect de la réglementation et des bonnes pratiques de l'ANESM, en particulier sur la qualité de l'hébergement

L'EHPAD 3 et l'UVP sont situées dans un nouveau bâtiment conforme à la réglementation et fournissant aux résidents, aux équipes et, si besoin, aux familles un environnement adapté.

Les familles peuvent déjeuner avec leur parent dans un salon dédié.

L'accessibilité des locaux est facilitée : accès de plein pied à l'entrée de l'établissement et zone de stationnement à proximité. Il y a des places de parking handicapé à l'entrée.

POINTS DE VIGILANCE : application partielle du cadre de référence ; mise en œuvre partielle des RBPP)

10-La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions

La périodicité des réunions des instances n'a pas été rigoureusement respectée en 2012-2013. Mais depuis janvier 2014, la tenue des réunions s'est améliorée.

11-Respect de la réglementation et des bonnes pratiques de l'ANESM, en particulier sur la qualité de l'hébergement

Il existe 1 chambre double en EHPAD 1 et 10 en EHPAD 2

L'EHPAD 2 possède 3 douches accessibles aux personnes handicapées, douche à l'italienne qui se trouve à chaque étage.

Le bâtiment EHPAD 1 ne répond plus aux nouvelles exigences de logement. Les salles de bains ne possèdent pas de douche et la largeur des portes ne permet pas de faire passer des fauteuils roulants et les matériels de transfert (lève malades). Le bâtiment a vieilli et son entretien est difficile. Le salle à manger de l'EHPAD 1 est grande et ne comporte pas de moyens permettant de limiter les bruits.

- 12) Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels
- 13) La capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle

Cadre de références / Confronter la situation observée au cadre de référence

Volet A :

RBPP « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » (2008)

RBPP « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (2009)

RBPP « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (2009)

RBPP « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » (2010)

Code du travail Articles L4121-1 à L4121-5 et R4121-2 à R4121-4 (document unique d'évaluation des risques professionnels)

Circulaire DRT no 2002-06 du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret no 2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail

Volet B :

Projet social

DUERP

Dossiers des personnels

Plan de formation

Procédures et/ou protocoles internes

Documents méthodologiques

Comptes rendus des réunions et groupes de travail
Plans d'action qualité

POINTS FORTS (Bonne connaissance et maîtrise du cadre de référence ; mise en œuvre des RBPP)

Formation et professionnalisation des agents, et dynamique de formations internes.

>> **Un effort important est réalisé par l'établissement sur le plan des formations collectives et individuelles. Un outil spécifique GESTFORM est en place.** Les moyens de formation peuvent être mutualisés avec les autres établissements de la région : formations réalisées en commun. Les besoins en formation sont évalués chaque année au moment de la réalisation de l'évaluation individuelle annuelle.

Des formations des professionnels sont orientées vers la prise en charge conjointe des résidents avec les structures externes d'appui, en particulier pour les soins palliatifs, la douleur, les troubles du comportement.

L'établissement développe également des actions de professionnalisation (VAE, Contrats avenir, inscription aux concours IDE et AS).

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences a été initialisée.

L'accueil des nouveaux arrivants est organisé. Un livret du nouveau personnel leur est remis depuis 2009. Ce document est régulièrement actualisé et intègre une enquête de satisfaction analysée par l'assistante qualité.

Santé et sécurité au travail

Le document unique d'évaluation des risques professionnels est rédigé à l'aide d'un logiciel. Il est en place depuis 2007. Ce document est réévalué chaque année avec l'aide de l'assistante qualité et d'un agent des ressources humaines. Un programme de prévention des risques est en place et suivi avec la participation du CHSCT. Une priorité est portée aux actions concrètes et directement opérationnelles.

Les machines de repassage du linge plat (calandre) ne permettent pas un engagement avec une seule personne. L'outil semble un peu saturé au niveau du linge des résidents (manque de place).

L'analyse des risques professionnels a permis de mettre en place des bacs à hauteur variable et des moyens adaptés pour l'alimentation de machines en produits lessiviels.

Projet social et conditions de travail

>> **Le projet social a été rédigé à partir d'un questionnaire envoyé aux agents. Sa mise en œuvre fait l'objet d'un suivi régulier.**

Il couvre la période 2012 2016. Trois axes directeurs ont été définis :

- amélioration des conditions de travail
- amélioration du climat de travail.
- amélioration de l'organisation du travail

>> **Les risques psycho-sociaux sont intégrés dans l'évaluation des risques professionnels (DUERP).**

>> Les actions prioritaires sont prises en charge par des groupes de travail et portent sur la pénibilité, la prévention des risques psychosociaux, la communication interne, l'amélioration de la mobilité interne, l'organisation du travail des infirmières et le repositionnement des activités des ASH. Deux réunions de suivi sont organisées par an. Un point sur les actions en cours est réalisé en séance. Il s'agit d'un groupe pluri professionnelle comportant également la logistique, le personnel de nuit, etc.

Six services ont fait l'objet d'une analyse au regard des critères de pénibilité. La méthodologie utilisée est très proche de celle utilisée dans l'évaluation des risques professionnels. Elle pourrait être affinée.

Des groupes de travail « bien-être au travail », « absentéisme », « heures supplémentaires » sont également en place.

>> **Une psychologue du travail** contractuelle intervient dans l'établissement à raison de 0,2 ETP depuis début 2014.

POINTS DE VIGILANCE : application partielle du cadre de référence ; mise en œuvre partielle des RBPP)

La prévention, l'identification et la prise en charge de la fatigue professionnelle n'a pas fait l'objet à ce jour d'une réflexion structurée mais ces sujets sont en cours d'analyse notamment au niveau de la pénibilité.

- 14) **Le rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations :**
- a) **Perception de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, les usagers**
 - b) **Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur**

Cadre de références / Confronter la situation observée au cadre de référence

Volet A :

RBPP « Qualité de vie en EHPAD » (volet 1 à 4) (2011-2012)

RBPP « Projet d'établissement » (2010)

Volet B :

Projet d'établissement

Règlement de fonctionnement

Conventions de partenariats

Procédures et/ou protocoles internes

POINTS FORTS (Bonne connaissance et maîtrise du cadre de référence ; mise en œuvre des RBPP)

Les intervenants libéraux

L'établissement a établi des conventions d'intervention avec :

- 4 médecins libéraux,
- 2 kinésithérapeutes libéraux,
- des infirmières libérales, dont les interventions doivent être supprimées en 2015,
- 1 orthophoniste pour l' EHPAD 3 dans un premier temps puis ultérieurement dans les autres secteurs,
- 2 pédicures,
- 1 esthéticienne,
- 4 coiffeurs.

Des conventions sont établies avec des structures complémentaires pour la prise en charge des résidents :

>> Soins palliatifs

- Réseau Emeraude de Nevers : réseau départemental de soins palliatifs. Les interventions se font sur demande des équipes ou des résidents/familles. La convention prévoit également des actions de formation du personnel de l'établissement.
- **Les intervenants du Réseau agissent en collaboration avec des membres de l'équipe de l'établissement qui ont bénéficié d'une formation spécifique : une IDE et une AS référentes soins palliatifs et une IDE référente douleur.**

>> Hygiène et maîtrise du risque infectieux

Une équipe opérationnelle d'hygiène est mutualisée au niveau du CH de Nevers : **une pharmacienne hygiéniste intervient 2 jours par mois et un poste de 0,5 ETP d'IDE hygiéniste est dédié l'établissement (en cours de remplacement, actuellement).**

>> Prise en charge des troubles du comportement

- CHS (lutte contre les maladies mentales) de la Charité sur Loire et CMP-CATTP de Chatillon en Bazois : **présence d'une IDE psychiatrie une fois par semaine ou plus si besoin et qui assure le lien avec les consultations d'un psychiatre si nécessaire**

>> Suivi des BMR

Laboratoire de biologie médicale Abc d'Autun pour le suivi des résidents porteurs de BMR.

POINTS DE VIGILANCE : application partielle du cadre de référence ; mise en œuvre partielle des RBPP)

La carence de médecins libéraux dans le territoire rend difficile la prise en soins des résidents. Une amélioration est attendue à l'intégration prévue de médecins salariés et à la réorganisation du pôle médico social.

15) L'inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné à partir notamment de :

- a) **La prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du mi**
- b) **Sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement**

Cadre de références / Confronter la situation observée au cadre de référence

Volet A :

RBPP « L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement » (2008)

Volet B :

Conventions de partenariats
Comptes rendus de réunions
Courriers

POINTS FORTS (Bonne connaissance et maîtrise du cadre de référence ; mise en œuvre des RBPP)

L'inscription dans le territoire est bien développée.

>> Les bénévoles intervenants dans l'EHPAD ont signé des conventions dans le cadre de leurs interventions. Des fiches d'intervention sont élaborées.

L'aumônerie catholique intervient également ; une convention a été rédigée.

L'établissement participe à de nombreux projets de développement sur le territoire : création d'une MAIA.

>> Des liens sont établis avec le centre social (SSIAD et SAAD) : participation à la commission d'orientations des lits.

>> L'établissement participe également au comité nivernais gérontologique et au réseau Emeraude (soins palliatifs).

*>> Le site constitue un **terrain de stage** pour les écoles et les collèges, les élèves des IFSI et IFAS. En particulier, les jeunes des écoles et du lycée professionnel de Château-Chinon effectuent des stages dans l'établissement.*

>>La cuisine centrale s'approvisionne auprès des producteurs de la région pour la viande et le fromage, le pain. La mise en place d'approvisionnement en circuit court est un objectif clair de la direction.

>>Des formations sont mutualisées avec différents établissements de la région.

>>Un groupement des activités de spectacle a été mis en œuvre au niveau de plusieurs établissements de la région, ce qui permet de proposer de nombreuses activités externes aux résidents.

>>La restauration de l'établissement livre par convention avec municipalité les repas de la crèche et du centre de loisirs.

La lingerie assure le nettoyage des tenues des personnels municipaux et communautaires.

POINTS DE VIGILANCE : application partielle du cadre de référence ; mise en œuvre partielle des RBPP)

La mesure de la perception de la relation des partenaires avec l'établissement n'est pas formalisée.

CONCLUSION GENERALE : Il faut prendre en compte les actions d'amélioration entreprises et la dynamique impulsée depuis début 2014 grâce à l'implication de la nouvelle direction, du nouveau médecin coordonnateur, de l'assistante qualité, de l'encadrement et des équipes, malgré les difficultés passées et présentes de l'établissement.

6. Synthèse de l'évaluation externe

(Extrait du décret 2007-975)

CHAPITRE IV « Etapes de la procédure d'évaluation externe » - Section 3)

3.1. Cette étape doit mettre **en relation les intentions du projet d'établissement ou du service et les constats issus de l'évaluation externe** en se centrant sur la qualité des prestations et les pratiques dans le but d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de l'établissement ou du service tenant compte de son environnement.

3.2. Lorsque la synthèse établie par l'évaluateur **met en évidence des différences, des écarts, des contradictions** en regard du cadre de référence spécifique, il fournit **une analyse et une interprétation** sur la base des informations quantitatives et qualitatives qu'il a obtenues.

3.3. L'évaluateur analyse la pertinence des activités et de **l'organisation par rapport aux besoins identifiés et aux objectifs assignés**, en tenant compte des moyens disponibles de l'établissement ou du service et des choix opérés dans leur affectation.

3.4. **Il formule des propositions et /ou préconisations** au regard des différents champs couverts par l'évaluation externe.

CHAPITRE 5 / Résultats de l'évaluation externe / rapport d'évaluation externe / Section 3 :

Contenu général

3.5. La synthèse

Elle est menée au regard des objectifs énoncés au chapitre 2 et concourt à une meilleure connaissance du service rendu au travers des activités et prestations. Dans tous les cas, devront figurer dans le rapport les points suivants :

« 1o Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet de l'établissement ou du service, d'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers et les modalités de leur évaluation avec le concours des usagers ;

« 2o L'expression et la participation des usagers : fonctionnement du conseil de la vie sociale ou autre forme de participation, appréciation sur la prise en compte des avis des usagers et l'effectivité ;

« 3o La politique de prévention et de gestion des risques de maltraitance institutionnelle ou individuelle ;

« 4o L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

Cette synthèse est structurée selon le modèle de l'ANESM, laquelle précise dans son document du 4 Juin 2012 :

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

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

Les niveaux de priorité proposés

- 1** = 2015
- 2** = 2017
- 3** = Après 2017

I. Introduction

Point 1 - La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS

FORCES	FAIBLESSES
<p>>> L'intégration de l'évaluation interne (EI) dans une démarche qualité commune aux secteurs sanitaire et médico social et mise en œuvre depuis 2006.</p> <p>>> La méthodologie rigoureuse conforme aux préconisations de la RBPP et garantie par le comité de suivi :</p> <p>>>La qualité du recueil et du traitement des données : cotation des constats, synthèse des données et élaboration du rapport par le comité de suivi.</p> <p>>> La participation de l'ensemble du personnel à l'EI et la constitution de 7 groupes de travail pluri professionnels en tenant compte des métiers des participants en cohérence avec les thèmes.</p> <p>>> La participation des usagers à l'EI.</p> <p>>> L'élaboration d'un plan d'action qualité (PAQ EI) en novembre 2013 pour la période 2014-2016 permettant un suivi rigoureux de l'état d'avancement des actions (5 réunions annuelles).</p> <p>>> La mise en œuvre des actions définies suite à l'évaluation interne : 61% des actions du PAQ EI planifiées pour 2014 sont réalisées et clôturées.</p> <p>>> La diffusion des informations concernant l'EI à l'ensemble du personnel, en lien avec la préparation de l'évaluation externe.</p> <p>>> La définition d'une politique qualité et gestion des risques en cohérence avec le projet d'établissement, les objectifs de la convention tripartite et les constats de l'évaluation interne.</p> <p>>> La dynamique d'amélioration comme culture partagée dans l'établissement, pilotée par le directeur avec le médecin coordonnateur, l'équipe médicale, l'encadrement et l'assistante qualité.</p> <p>>> Des actions d'évaluation des pratiques professionnelles transversales sur trois thèmes prioritaires : iatrogénie chez la personne âgée, prévention des chutes et contention, évaluation et prise en charge de la douleur.</p>	<p>>> Pas de faiblesses identifiées</p>

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

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> >> La prise en compte des recommandations de bonne pratique de l'ANESM pour la conduite de l'évaluation interne. >> La référence aux recommandations de bonne pratique de l'ANESM dans les procédures et protocoles. >> La prise en compte des recommandations pour l'élaboration du nouveau projet d'établissement >> La disponibilité des synthèses des RBPP destinées aux équipes dans toutes les unités. 	<ul style="list-style-type: none"> >> Pas de faiblesses identifiées

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

Point 3 - Le PEPS

Point 4 - Adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention

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

Point 6 - Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences

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

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

Point 9 - La cohérence entre les objectifs développés dans les projets individualisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS

FORCES	FAIBLESSES
<p>>> L'adhésion aux valeurs inscrites dans la charte de l'accueil des personnes âgées dépendantes et la thématique « bienveillance » comme fil conducteur de la démarche institutionnelle.</p> <p>>> Un accompagnement de qualité des personnes accueillies, de leur entrée jusqu'à la fin de vie, comme valeurs fondamentales énoncées et appliquées dans les pratiques des professionnels</p> <p>>> L'actualisation en 2014 du projet d'établissement 2009-2013 fondée sur une analyse claire et lucide des missions et des contraintes, des points forts et des points faibles de l'établissement, y compris les objectifs du projet architectural nécessaire à la poursuite dans de bonnes conditions des missions de l'établissement.</p> <p>>> Le travail entrepris sur le projet d'établissement 2015-2019 initié en groupe pluridisciplinaire selon la RBPP correspondante. L'élaboration de ce projet s'appuie sur les conclusions d'un audit de la situation financière et des ressources humaines présentées en juillet 2014.</p> <p>>> Le projet de soins infirmiers actualisé en 2014 suite à une réflexion conduite en CSIRMT : projet EHPAD, projet PASA et projet médico soignant de l'UVP élaboré en groupe pluridisciplinaire et porté par le médecin coordonnateur. Les objectifs et les moyens nécessaires sont clairement énoncés, déclinés en actions planifiées et prises en charges par des groupes de travail structurés.</p> <p>>> L'implication de l'ensemble de l'équipe médicale actuelle dans l'élaboration du projet médical. Le projet médical, en cours de finalisation s'appuie sur un état des lieux est bien structuré et inclut la déclinaison des axes stratégiques en objectifs opérationnels, et plan d'actions. Les responsabilités et les indicateurs de suivi sont clairement définis.</p>	<p>>>L'établissement doit répondre à des besoins de santé publique fortement marqués par l'isolement géographique de la commune et des communes environnantes, la ruralité et le vieillissement important de la situation locale.</p> <p>>> L'incertitude sur la réalisation du projet architectural et des travaux nécessaires pour assurer la conformité de l'Etablissement aux normes, la qualité de l'hébergement et de la cuisine et les conditions de travail du personnel. Les locaux en grande partie vétustes ne permettent pas d'assurer des conditions satisfaisantes de confort et d'organisation rationnelle de la prise en charge des résidents.</p> <p>>> Le projet d'établissement 2015-2019 en cours d'élaboration.</p> <p>>> Le projet médical n'est pas finalisé.</p>
<p>>> Le projet social 2012-2016 élaboré en prenant ne compte les résultats d'une enquête réalisée auprès de l'ensemble du personnel. Les axes prioritaires concernent l'amélioration des conditions de travail, l'amélioration du climat de travail et l'amélioration de l'organisation du travail. Ils sont déclinés en objectifs opérationnels énoncés dans des plans de mise en œuvre. Ces objectifs opérationnels portent sur la pénibilité, la prévention des risques psychosociaux, la</p>	<p>.</p>

<p>communication interne, l'amélioration de la mobilité interne, la formation et la professionnalisation, l'organisation du travail des infirmières et le repositionnement des activités des ASH en cohérence avec la démarche d'amélioration de l'offre de service de l'établissement.</p> <p>Le suivi de leur mise en œuvre est assuré en groupes de travail pluri professionnels qui se réunissent régulièrement.</p> <p>>> L'intégration des nouveaux arrivants organisée et étayée par le livret d'accueil du personnel systématiquement remis aux nouveaux agents et une formation aux règles d'hygiène systématique</p> <p>>> Les risques psycho sociaux sont une priorité de la direction. Ils sont intégrés dans le DUERP ; les objectifs sont définis ; les actions prioritaires sont prises en charge par des groupes de travail ; des réunions de suivi du travail des groupes sont assurées par un groupe pluri professionnel.</p> <p>>>L'intervention d'une psychologue du travail contractuelle dans l'établissement depuis début 2014 (0,2 ETP).</p> <p>>> Une importance particulière accordée à la formation continue et aux échanges entre les différents professionnels.</p> <p>>> L'organisation des réunions des instances, des réunions des professionnels et des différents groupes de travail est formalisée et décrite dans un document spécifique.</p> <p>Des réunions sont organisées et tenues dans l'ensemble de l'établissement. Elles font l'objet de comptes rendus systématiques. A titre d'exemple : le directeur rencontre le président de la CME une fois par semaine et le médecin coordonnateur une fois par mois, la cadre supérieure tient une réunion hebdomadaire avec les cadres, des réunions de service sont organisées une fois par trimestre, les réunions de synthèse des projets de vie personnalisés sont régulières, des réunions du pôle hébergement ont été récemment mises en place..</p>	<p>>> La prévention, l'identification et la prise en charge de la fatigue professionnelle n'a pas fait l'objet à ce jour d'une réflexion structurée mais ces sujets sont en cours d'analyse notamment au niveau de la pénibilité.</p>
<p>>>L'intégration de la mise en place du projet de vie individualisé et de son suivi dans le projet d'animation/projet de vie élaboré pour la période 2010/2015.</p> <p>La mise en place du projet de vie personnalisé est le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire.</p> <p>Un comité de pilotage « projet de vie personnalisé » est en place, des objectifs d'élaboration ont été fixés et l'avancement des projets personnalisés est suivi.</p> <p>La réévaluation du projet de vie personnalisé est prévue annuellement.</p>	<p>>>Le contenu de la fiche de recueil de données mérite d'être amélioré.</p> <p>>>Les visites de préadmission restent aujourd'hui limitées par le lieu d'origine des futurs résidents</p> <p>>>La traçabilité de l'examen médical initial n'est pas</p>

<p>La construction du projet de vie personnalisé commence dès la pré-admission et se poursuit à partir de l'entrée du résident en utilisant une fiche de recueil de données spécifiques.</p> <p>Des visites de préadmission sont prévues et leur organisation a été précisée en Commission de Coordination Gériatrique.</p> <p>Les données recueillies par les différents professionnels font l'objet d'une synthèse réalisée par le référent du résident et présentée en réunion pluridisciplinaire post transmissions (1 par semaine et par service) en présence de la chef de projet « Projet de Vie Personnalisé ».</p> <p>Les objectifs du projet de vie individualisé et les actions correspondantes à mener sont formalisés dans une fiche spécifique.</p> <p>La synthèse est tracée dans un document type.</p> <p>Le directeur valide chacun des projets de vie personnalisé.</p>	<p>systématiquement tracée pour les résidents venant du domicile ou d'un autre établissement. Mais il faut rappeler que la continuité des informations médicales est assurée pour la plupart des résidents qui sont admis par mutation interne (72 %).</p> <p>>>La traçabilité de l'accompagnement du résident pendant les premiers jours de son arrivée est partielle.</p> <p>>>La prise de connaissance et la signature du projet de vie personnalisé par le résident ou son représentant légal sont difficilement obtenues.</p> <p>>>Le PVI initial a été élaboré pour 45% des résidents</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PRECONISATIONS – partie II	
Description de l'objectif à atteindre	Niveau de priorité
Finaliser le projet médical	1
Finaliser le projet d'établissement 2015-2019	1
Améliorer le contenu de la fiche de recueil de données permettant l'élaboration du projet de vie personnalisé	2
Systématiser la visite de pré admission lorsque cela est géographiquement possible	3
Poursuivre l'élaboration des projets de vie individualisés et mettre en place leur actualisation conformément aux objectifs définis	2
Systématiser la validation du projet de vie personnalisé par le résident ou son représentant légal	2
Concrétiser la réflexion sur la fatigue professionnelle	2
Mettre l'établissement en conformité avec les normes (difficile dans le cadre du plan de retour à l'équilibre)	3

III. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

Point 10 - Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire)

Point 11 – Perception par les partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS

Point 12 - Coordination et intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne

FORCES	FAIBLESSES
<p>>> Les inter relations entre les secteurs sanitaire et médico social :</p> <p>Partage des mêmes valeurs, instances communes, démarche qualité et gestion des risques communes, groupes de travail communs,</p> <p>Thématiques communes d'évaluation des pratiques professionnelles : iatrogénie chez le sujet âgé, prévention des chutes et contention, prise en charge de la douleur</p> <p>>> La présence de l'IDE de nuit du secteur sanitaire en recours pour les veilleuses de nuit pour les situations d'urgence</p> <p>>> La participation prévue des médecins salariés de l'établissement aux soins des résidents pour pallier le manque de médecins libéraux dans le territoire.</p> <p>>> Les conventions établies pour avec des structures complémentaires pour la prise en charge des résidents :</p> <p>-Soins palliatifs :</p> <p>Réseau Emeraude de Nevers : réseau départemental de soins palliatifs. La convention prévoit également des actions de formation du personnel de l'établissement. en collaboration avec des membres de l'équipe de l'établissement qui ont bénéficié d'une formation spécifique : une IDE et une AS référentes soins palliatifs et une IDE référente douleur.</p> <p>-Hygiène et maîtrise du risque infectieux :</p> <p>Une équipe opérationnelle d'hygiène mutualisée au niveau du CH de Nevers : une pharmacienne hygiéniste intervenant 2 jours par mois et un poste de 0,5 ETP d'IDE hygiéniste dédié à l'établissement (en cours de remplacement, actuellement).</p> <p>-Prise en charge des troubles du comportement :</p> <p>CHS de la Charité sur Loire et CMP-CATTP de Chatillon en Bazois : présence d'une IDE psychiatrie une fois par semaine ou plus si besoin et qui assure le lien avec les consultations d'un psychiatre si nécessaire</p> <p>-Suivi des BMR :</p> <p>Laboratoire de biologie médicale Abc d'Autun pour le suivi des résidents porteurs de BMR.</p> <p>>>Les intervenants externes libéraux : kinésithérapeutes,</p>	

<p>orthophoniste en secteur UVP, pédicures, esthéticienne, coiffeuses, qui travaillent en lien avec les équipes et dont les interventions sont tracées dans le suivi du résident</p>	<p>>> La pénurie en médecins libéraux dans le territoire, 4 médecins intervenant régulièrement ne permettant pas de répondre complètement aux besoins des résidents.</p>
<p>>>L'inscription des missions de l'établissement dans la vie du territoire, commune et région :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les bénévoles intervenant dans l'EHPAD ont signé des conventions dans le cadre de leurs interventions. Des fiches d'intervention sont élaborées. L'aumônerie catholique intervient également ; une convention a été rédigée. L'établissement participe à de nombreux projets de développement sur le territoire : création d'une MAIA. -Des liens sont établis avec le centre social (SSIAD et SAAD) : participation à la commission d'orientations des lits. - L'établissement participe au comité nivernais gérontologique et au réseau Emeraude (soins palliatifs). -Le site constitue un terrain de stage pour les écoles et les collèges, les élèves des IFSI et IFAS. -La cuisine centrale s'approvisionne auprès des producteurs de la région pour la viande et le fromage, le pain. La mise en place d'approvisionnement en circuit court est un objectif clair de la direction. -Des formations sont mutualisées avec différents établissements de la région. -Un groupement des activités de spectacle a été mis en œuvre au niveau de plusieurs établissements de la région, ce qui permet de proposer de nombreuses activités externes aux résidents. <p>>>L'établissement assure, par convention avec la municipalité des prestations de livraison de repas à la crèche et au centre de loisirs, et le nettoyage des tenues des personnels municipaux et communautaires.</p>	<p>>> L'absence de formalisation de la mesure de la perception des relations avec l'établissement par les différents partenaires.</p>

PRECONISATIONS – Partie III	
Description de l'objectif à atteindre	Niveau de priorité
<p>Mettre en place une organisation permettant de pallier la carence de médecins libéraux dans le territoire ; il est à noter que ce point est un objectif prioritaire du projet médical en cours de finalisation.</p>	1
<p>Mettre en place le recueil de la perception des relations avec l'établissement par les différents partenaires</p>	3

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

Point 12 - Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS

Point 13 - Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets individualisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire

Point 14 - Les modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal)

Point 15 - Le rythme d'actualisation du projet individualisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées

Point 16 - Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant

Point 17 - La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers

Point 18 - Expression collective des usagers et analyse de l'information

FORCES	FAIBLESSES
<p>>>La richesse de l'animation bien organisée en lien avec l'extérieur : bénévoles, intervenants extérieurs, lien avec les établissements du département</p> <p>Les intervenants extérieurs contribuent à la variété des actions proposées : chien visiteur, petite ferme, grande ferme, spectacles. Des partenariats sont établis depuis de nombreuses années. Des bénévoles interviennent dans l'établissement. Ils ont signé des conventions et leur action est définie dans des fiches d'intervention. Les familles participent également régulièrement aux activités.</p>	<p>Pas de faiblesses identifiées</p>
<p>>>La commission d'admission, pluridisciplinaire. Son organisation et son fonctionnement sont décrits dans une procédure. Elle se réunit tous les mois ou plus fréquemment si besoin, statue sur les demandes et met à jour la liste d'attente. Elle prend également en compte les besoins de mutation entre les lieux d'hébergement de l'établissement, en cas de dégradation de l'état de santé du résident : accueil au niveau de l'UVP ou au niveau de l'EHPAD 3.</p> <p>Un tableau de bord assurant le suivi des dossiers est en place.</p> <p>Il existe des procédures d'admission spécifiques pour le PASA et l'accueil de jour.</p>	<p>>>Les critères d'admission ne sont pas clairement formalisés mais les demandes sont analysées en pluridisciplinaire au cas par cas.</p> <p>>>Le recueil du consentement du résident est encore insuffisamment tracé bien que ce thème soit abordé systématiquement en commission d'admission et que les équipes soient sensibilisées à cette traçabilité</p>

<p>>>La mise en place du projet de vie personnalisé fruit d'une réflexion pluridisciplinaire dont l'organisation a été précisée en Commission de Coordination Gériatrique. Un comité de pilotage « projet de vie personnalisé » pluridisciplinaire : médecin coordonnateur, la cadre de santé, une chargée de mission, IDE, AS, ASG animateur, ergothérapeute, diététicienne, secrétaires médicale et administrative, qui se réunit mensuellement pour faire le bilan et évaluer les outils.</p> <p>La synthèse des données recueillies par les différents professionnels réalisée par le référent du résident et présentée en réunion pluridisciplinaire post transmissions (1 par semaine et par service) en présence de la chef de projet « Projet de Vie Personnalisé ».</p> <p>La synthèse est tracée dans un document type. Les objectifs du projet de vie individualisé et les actions correspondantes à mener formalisés dans une fiche spécifique. Ces documents sont accessibles à tous les professionnels.</p> <p>>> Le partage des informations contenues dans le dossier entre tous les professionnels permettant l'actualisation du projet de vie personnalisé</p>	<p>>> 45% des résidents ont un projet de vie individualisé initial</p> <p>>>L'actualisation annuelle des projets de vie personnalisés est en début de mise en oeuvre</p>
<p>>> Le bon fonctionnement du conseil de la vie sociale (CVS) de l'établissement.</p> <p>Sa composition est conforme aux dispositions du code de l'ASF.</p> <p>Les dernières élections ont été réalisées en décembre 2013. Les réunions sont régulières. L'ordre du jour est maîtrisé et les sujets abordés sont variés. Un compte rendu complet et détaillé est rédigé.</p> <p>La présidente du CVS est également la présidente d'une association de bénévoles « Bien vieillir au Morvan »</p> <p>La représentante des résidents participe activement au CVS.</p> <p>Une synthèse du compte rendu des réunions du conseil de la vie sociale est présentée dans le journal de communication interne de l'établissement.</p> <p>>>Le traitement des réclamations et les plaintes au niveau de la CRUQPC : une réponse d'attente est adressée dès réception puis une réponse complète après traitement de la réclamation ou de la plainte. Les observations orales sont prises en compte par l'équipe, tracées dans un cahier et analysées en CRUQPC par service.</p> <p>>> La disponibilité de la cadre de santé auprès des résidents et de leur proches</p> <p>>> Le questionnaire de satisfaction des résidents et/ou des familles</p> <p>Le questionnaire de satisfaction est applicable à tout l'établissement. L'enquête de satisfaction est réalisée auprès des résidents tous les deux ans. Les questions</p>	<p>>> Il n'existe pas de traçabilité systématique de la prise en compte des réclamations orales et de leur traitement excepté dans le cas où ces observations sont intégrées dans les transmissions.</p>

<p>portent sur l'accueil dans l'institution, les conditions d'hébergement et les soins. Le taux de retour des questionnaires en 2011 était de 54 %. Plus de 80 % des résidents étaient satisfaits ou très satisfaits de la résidence.</p> <p>L'enquête réalisée en 2013 montre également un bon niveau de satisfaction des résidents : 70% à 100% selon les items.</p>	<p>>>Le taux de retour de l'enquête de satisfaction de 2013 était faible, à 27%.</p>
<p>>>Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour conformes à la réglementation en vigueur. Ils sont revus régulièrement (dernières versions 2013 pour le règlement de fonctionnement et 2014 pour le livret d'accueil et le contrat de séjour).</p> <p>Le livret d'accueil est clair convivial et complet : en particulier accueil de la direction, tableau de bord de suivi des infections nosocomiales. Les différentes chartes sont présentées.</p> <p>Un formulaire de directives anticipées et désignation de la personne de confiance, un formulaire de non divulgation de présence et un questionnaire de satisfaction sont inclus dans le livret d'accueil.</p>	<p>>>Pas de faiblesses identifiées</p>

PRECONISATIONS – Partie IV	
Description de l'objectif à atteindre	Niveau de priorité
Poursuivre l'élaboration et l'actualisation des projets de vie personnalisés conformément aux objectifs définis : projet de vie initial dans le mois qui suit l'entrée du résident, révision annuelle	1
Systématiser la traçabilité du recueil de consentement du résident	1
Formaliser les critères d'admission	3
Organiser la prochaine enquête de satisfaction pour améliorer le taux de réponse au questionnaire	3
Améliorer la traçabilité du traitement des réclamations orales	3

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

Point 19 - Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité

Point 20 - Les modalités de traitement et d'analyse des évènements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement. Moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance

Point 21 - Les principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS

FORCES	FAIBLESSES
<p>>>Les priorités du projet d'établissement sur l'accès et recours aux droits effectivement appliquées. Les droits des résidents sont clairement énoncés dans le livret d'accueil. Le respect de l'intimité et de la dignité sont des valeurs portées par l'ensemble des professionnels. Les équipes sont, au quotidien, à l'écoute des résidents. Les résidents et les familles ont un accès facilité à la cadre de santé à chaque fois qu'elles le souhaitent Le respect de la confidentialité des données et des informations est organisé. Les résidents restent libres d'aller et venir dans les limites de sécurité fixées par l'équipe médicale. Le résident peut recevoir la visite d'un représentant du culte de son choix. Les équipes au quotidien à l'écoute des résidents. Un référent résident est désigné lorsque l'admission est programmée. L'arrivée du résident est préparée, le résident est attendu et accueilli par l'équipe en poste. Un temps d'intégration du nouveau résident avec l'aide d'un autre résident est planifiée pour 2015. L'accès des résidents et des familles à la cadre de santé est facilité à chaque fois qu'ils le souhaitent.</p> <p>>>Les dispositions en place pour répondre aux besoins et aux attentes des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une animation riche, bien organisée entre animateurs et soignants et en lien avec l'extérieur : bénévoles, intervenants extérieurs, établissements du département. <p>L'équipe d'animation pilotée par une responsable de la vie sociale et culturelle et les professionnels sont diplômés. Les animateurs sont référents pour un bâtiment. Ils établissent un programme mensuel des activités. Les activités sont définies et coordonnées en réunion hebdomadaire. Les animateurs effectuent également des visites dans les chambres des résidents les plus isolés ou qui participent très peu aux activités,</p>	<p>>> La vétusté d'une partie des locaux ne permet pas d'assurer les conditions environnementales permettant de garantir le respect de l'intimité et de la dignité à tous les résidents.</p>

<p>Les animations sont évaluées individuellement à partir de critères prédéfinis. Ces évaluations sont reportées dans le dossier de chaque résident.</p> <p>-la prise en soins organisée autour d'un dossier papier éclaté mais opérationnel. Le dossier du résident est actuellement géré sur support papier mais permet d'assurer une bonne traçabilité de la prise en soins :</p> <p>Le dossier du résident comporte une fiche administrative, un recueil de données, une fiche PASA si cette activité est en place, une fiche de traçabilité des appels médecins et de leur réponse, une fiche de liaison hospitalière, les transmissions ciblées.</p> <p>Il existe dans chaque service un classeur IDE contenant pour chaque résident une photocopie des prescriptions, le diagramme de soins infirmiers, la fiche de surveillance des constantes ; un classeur IDE spécifique pour le suivi des traitements anticoagulants ; un classeur soignantes contenant un planning et les diagrammes de soins ; un classeur kinésithérapeute contenant une fiche de bilan initial et une fiche de suivi ; un classeur « soins palliatifs » contenant les recommandations pour les soignantes, la charte soins palliatifs, la traçabilité des soins spécifiques pour chaque résident.</p> <p>Le dossier médical du résident est accessible à l'ensemble des professionnels dans les salles de soins. Le suivi médical est prévu mensuellement ou plus si besoins.</p> <p>Le directeur a pris des mesures d'organisation pour compenser dans un futur proche le manque de traçabilité médicale dans les dossiers : recrutement de deux nouveaux médecins, participation des médecins du secteur sanitaire à la prise en charge médicale des résidents, informatisation en 2015 du dossier EHPAD en utilisant le logiciel Crossway actuellement opérationnel dans le secteur sanitaire.</p> <p>Par ailleurs, le directeur a déposé une demande d'agrément pour l'accueil d'internes et de médecins étrangers pour leur stage dans le cadre de leur procédure d'autorisation d'exercice afin de renforcer la présence médicale dans l'établissement.</p> <p>-Les protocoles de soins nombreux, élaborés en équipe pluridisciplinaire et en faisant référence aux RBPP. Ils sont connus des professionnels et revus et mis à jour en tant que de besoin. Cette documentation est structurée, gérée et tenue à jour par l'assistante qualité, couvre l'ensemble de la prise en soins des résidents et la prévention des risques spécifiques (dénutrition, douleur, chutes, escarres, troubles du comportement, risque infectieux, risque médicamenteux, déclaration des actes de maltraitance, prise en charge de la fin de vie,). Une liste des documents valides est tenue à jour par l'assistante qualité</p>	<p>>>la traçabilité médicale est insuffisante.</p> <p>>>l'implantation dans le secteur médicosocial du logiciel CROSSWAY est nécessaire pour optimiser le circuit de l'information dans un dossier unique partagé. Elle est prévue pour 2015.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>-Une neuropsychologue très présente et très impliquée Elle participe aux transmissions, aux réunions sur les projets de vie, à la synthèse pluridisciplinaire avec les familles et/ou le résident. Elle intervient plus spécifiquement en accueil de jour, au PASA et en UVP.</p> <p>-La participation active de l'ergothérapeute. intervient en particulier au niveau de la formalisation et du suivi des projets de vie.</p> <p>-La prise en charge de la dénutrition et le rôle de la diététicienne</p> <p>-La prise en charge spécifique en Accueil de jour et au PASA Ces activités sont pilotées par une cadre de santé à 0,5 ETP et réalisées par des ASG. Il est prévu d'y faire participer des stagiaires neuropsychologues.</p> <p>-Une dynamique impulsée par le médecin coordonnateur Présent à 0,3 ETP depuis février 2014.</p> <p>- La mise en place récente de la Commission de Coordination Gériatrique qui a validé les éléments suivants : nouvelles fiches de prescription des traitements courts et au long cours, nouvelle procédure de prise en charge des urgences vitales et non vitales, fiche de gestion des INR sous Préviscan, nouvelle procédure de prise en charge de la dénutrition chez le résident de plus de 70 ans, organisation de la visite de préadmission et de l'élaboration du projet de vie personnalisé.</p> <p>>>La volonté d'assurer la prise en charge des résidents le plus longtemps possible dans l'établissement est une valeur forte partagée par l'ensemble des professionnels. Ceci est possible grâce à l'inter relation entre les secteurs sanitaire et médico social de l'établissement, aux formations spécifiques de professionnels sur la fin de vie, à la relation étroite avec le réseau Emeraude. L'établissement peut mettre à disposition des familles et de l'entourage un appartement qui permet aux familles de rester au plus près de leurs proches, surtout au moment de la fin de vie.</p>	<p>>> le taux d'occupation de l'accueil de jour est de 50%</p>
<p>>>Le traitement des évènements indésirables conformément à une procédure formalisée depuis 2010 et régulièrement actualisée : déclaration, caractérisation (El graves), analyse, traitement par l'instance concernée et retour au déclarant.</p> <p>Un bilan est réalisé régulièrement : en 2014, 190 évènements indésirables déclarés ; 95% des actions correctives planifiées ont été conduites et clôturées.</p>	<p>>> Aucune faiblesse identifiée</p>

<p>>>La politique de gestion des risques : Les priorités de la gestion des risques ont été définies, avec la politique qualité dans un document élaboré en 2012 et revu en 2013.</p> <p>>>La cartographie des risques La cartographie globale des risques de l'établissement est en cours de finalisation : risques identifiés, cotations en cours. La mise en place du plan d'actions correspondant est prévue.</p> <p>>>La maîtrise des risques relatifs aux résidents -Sécurité générale du bâtiment Les risques techniques sont maîtrisés. L'établissement a été en mesure de démontrer que les contrôles obligatoires sont réalisés. Les observations de ces rapports sont prises en compte. Le registre de sécurité est utilisé et permet de consigner les passages des entreprises extérieures. L'ensemble des installations est supervisé par un logiciel de type GTC qui permet de suivre les capteurs de fonctionnement des différentes installations et qui est accessible à distance pendant la période d'astreinte technique nuit, WE et jours fériés. -Sécurité des personnes L'établissement est entièrement clos et les accès sont fermés le soir. L'UVP dispose de moyens de sécurité adaptés : digicodes, et port de bracelets. Les appels résidents sont transférés sur les DECT des professionnels.</p> <p>-Sécurité incendie La commission de sécurité a émis un avis favorable suite à son passage le 27 octobre 2014. Des formations incendie sont réalisées en interne : quatre sessions par an. L'établissement dispose de deux personnes ayant le diplôme SSIAP. Des formations incendie sont réalisées et suivies par le personnel. Une procédure sécurité incendie complète ces dispositions.</p> <p>-Sécurité alimentaire La démarche HACCP est connue et appliquée. Des formations sont assurées par un organisme. Les protocoles de maîtrise de l'activité sont en place. La traçabilité de la température des plats distribués a été mise en place. Les espaces de stockage sont vastes et bien organisés. Le plan de nettoyage a été révisé, la traçabilité à la semaine est en place. Un guide de bonnes pratiques est en cours de rédaction par le responsable restauration La cuisine est en liaison froide avec les unités. La traçabilité est opérationnelle.</p>	<p>>>Le DARDE (document d'analyse des risques de défaillance électrique) n'a pas été rédigé.</p> <p>>>Une Inspection vétérinaire a relevé en 2012 des non conformités qui ont fait l'objet d'une visite de suivi en juin 2014. Les actions correctives ont été partiellement mises en place, le compte rendu relève la persistance de non-conformités qui portent sur des aspects documentaires, organisationnels et structurels. En raison de la configuration des locaux, la marche en avant ne peut pas être respectée dans son intégralité, la température de la zone de dressage des plateaux repas n'est pas maîtrisée. La conception des cuisines est à revoir au niveau de la préparation des entrées froides et des entrées chaudes. La séparation physique des locaux est nécessaire surtout pour les activités nécessitant un froid maîtrisé. Le plan de maîtrise sanitaire est en cours de</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>-Circuit du linge : La démarche RABC est connue et appliquée. La lingerie est un outil industriel adapté. La zone sale et la zone propre sont séparées. Les protocoles sont en place. Le linge sale est collecté dans des chariots fermés.. La prise en charge du linge contaminé est organisée.</p> <p>-Bio nettoyage : Des actions d'amélioration ont été récemment mises en place au niveau du bio nettoyage des locaux communs. Les pratiques ont été modifiées : utilisation de bandeaux en microfibre, achat de chariot de nettoyage, auto laveuses, dans le nouveau bâtiment. Des chariots récents sont en place au niveau de l'unité de vie protégée et l'EHPAD 3. Les protocoles ont été rédigés. Un manuel de bio nettoyage a été élaboré. La traçabilité du bio nettoyage a été modifiée. Le support est en test. Chaque chambre possède une fiche de traçabilité spécifique.</p> <p>-Gestion du risque infectieux Une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est mutualisée au niveau des établissements du Département et actuellement centralisée au CH de Nevers. Elle assure par convention 0,5 ETP d'IDE hygiéniste et l'intervention d'une pharmacienne hygiéniste 2 fois par mois. Elle organise des journées d'information annuelles avec remise de documents et animations pédagogiques. L'EHPAD bénéficie de l'organisation du secteur sanitaire au niveau de la maîtrise du risque infectieux. Le CLIN se réunit trois fois par an. L'établissement a identifié des référents hygiène au niveau des différentes unités et également en cuisine, blanchisserie et pharmacie. Des suppléants sont désignés. Les protocoles ont été rédigés et diffusés et sont connus des professionnels. Une auto évaluation du risque infectieux a été réalisée en 2011. Le DARI a été élaboré et validé en 2013. Une formation sur les règles d'hygiène est dispensée aux nouveaux professionnels. Un livret d'accueil spécifique aux règles d'hygiène est remis à chaque nouveau salarié. Les solutions hydro alcooliques sont mises à disposition et largement utilisées par les professionnels Des audits sur l'hygiène des mains ont été réalisés en 2011. La prise en charge des résidents porteurs de bactéries multi résistantes suit les dispositions mises en place dans le secteur sanitaire : convention avec un LBM de Nevers, alerte informatisée, protocoles de précautions complémentaires, document d'information des familles, contrôle par l'IDE hygiéniste et grille d'évaluation. Le circuit des déchets est maîtrisé. Les DASRI sont collectés au niveau du local central et évacués une fois par semaine.</p>	<p>révision. Il doit comporter l'analyse des dangers et la définition des contrôles liés aux points critiques de maîtrise.</p> <p>>>Au niveau des EHPAD 1 et 2, les chariots sont obsolètes et les pratiques n'ont pas encore été modifiées.</p> <p>>>Les protocoles et le manuel de bio nettoyage ne sont pas encore validés par le CLIN.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>L'établissement fait réaliser tous les ans des contrôles de Légionnelles. Les résultats ne font pas apparaître de non-conformité.</p> <p>-Les plans blanc, plan bleu, plan grand froid, plan canicule ont été rédigés. Un protocole précise les conduites à tenir en cas de personnes égarées.</p> <p>-Cartographie des risques La cartographie globale des risques de l'établissement est en cours de finalisation : risques identifiés, cotations en cours. La mise en place du plan d'actions correspondant est prévue.</p> <p>-Sécurité du circuit du médicament Le secteur EHPAD bénéficie de la présence de la pharmacie à usage intérieur de l'établissement et du COMEDIMS. La PUI est gérée actuellement par une pharmacienne à 0,8 ETP sous contrat de 6 mois renouvelable, aidée par 2 préparateurs. Il existe un livret thérapeutique et les substitutions sont le plus souvent faites par la pharmacienne sans avis du médecin traitant. Ce livret a été revu récemment en CME ainsi que la liste des médicaments à risque. La gestion des stupéfiants est sécurisée, en dotation maîtrisée dans des petits coffres. Un plan d'action qualité spécifique à l'organisation et à la sécurité du circuit du médicament a été mis en œuvre en avril 2014, suite aux observations de l'ARS et 67% des actions d'amélioration sont clôturées. Le macroprocessus circuit du médicament a été élaboré en juin 2014. Il a été présenté à la CCG avec les nouveaux supports de prescription associés. Un protocole de prise en charge de la douleur induite a été élaboré avec le CLUD et mis en oeuvre La pharmacienne participe à la CCG. Il a été prévu qu'un préparateur participe aux réunions pluridisciplinaires 1 fois par semaine. Les médicaments sont préparés une fois par semaine en semainiers à partir des commandes ; les services de l'EHPAD n'ont pas de dotations. Les médicaments sont préparés pour chaque résident. Les chariots d'urgence : 3 chariots d'urgence sont disponibles : 1 en UVP, 1 pour les EHPAD 1 et 3, 1 partagé entre l'EHPAD 2 et l'USLD. Ces chariots sont gérés, vérifiés. Une procédure d'utilisation est élaborée et en cours de validation.</p>	<p>>>L'administration des médicaments n'est pas tracée.</p> <p>>>Le suivi des antibiotiques à 48-72 heures n'est pas en place dans le secteur EHPAD</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PRECONISATIONS – Partie IV	
Description de l'objectif à atteindre	Niveau de priorité
Améliorer la traçabilité médicale dans le dossier du résident	1

Implanter le logiciel CROSSWAY	1
Définir et mettre en œuvre les actions permettant d'augmenter le taux d'occupation de l'accueil de jour	2
Elaborer le DARDE	2
Mettre la cuisine en conformité (indispensable mais difficile en raison des conditions matérielles et financières de l'établissement)	3
Finaliser la révision du plan de maîtrise sanitaire	2
Mettre en place les actions d'amélioration du bio nettoyage au niveau des bâtiments EHPAD 1 et 2	1
Mettre en place la traçabilité de l'administration des médicaments (lorsque le logiciel CROSSWAY sera implanté)	2
Mettre en place le suivi des antibiotiques à 48-72h (lorsque le logiciel CROSSWAY sera implanté)	2

7. Annexes au rapport

Sont présentés en annexe les documents suivants :

1. La liste des documents recueillis
2. L'abrégé du rapport d'évaluation externe

1. LISTE DES DOCUMENTS RECUEILLIS ET ANALYSES

Convention tripartite 2012-2016
Fiche FINESS

Note de contexte élaborée par le directeur
Diaporama de présentation de la restitution de l'audit social et financier de 2014

Projet d'Etablissement :

- Projet d'établissement 2009-2013 actualisé et prolongé pour 2014
- Projet de soins infirmiers 2009-2013 actualisé et prolongé pour 2014
- Projet de soins PASA
- Projet de soins Accueil de Jour
- Projet de soins UVP
- Projet d'animation/projet de vie 2010-2015
- Projet social
- Projet médical 2015-2019 : document de travail

Evaluation interne (EI) :

- Composition du comité de pilotage de l'évaluation interne et externe
- Organisation de l'EI : calendrier du comité de pilotage et des groupes de travail,
- Résultats de l'EI : fiches d'auto évaluation,
- Rapport d'EI,
- Plan d'action qualité consécutif à l'EI et suivi mensuel

Livret d'accueil
Règlement de fonctionnement
Contrat de séjour

Conseil de la vie sociale :
Comptes rendus 2011-2014

Circuit du médicament

- Compte rendu de la visite d'Inspection de l'ARS en 2012 et de la visite de contrôle en 2014

- Plan d'action qualité consécutif à la première visite et suivi
- Description du macroprocessus « Circuit du médicament »
- Compte rendu de la sous commission des antibiotiques du comité du médicament (février 2014) : bilan d'activité 2013

Ressources Humaines :

- Organigramme,
- Répartition des effectifs,
- Livret d'accueil du nouvel arrivant
- Enquête de pratique auprès du personnel (janvier 2013)
- Plan de formation
- Dossiers des personnels

Qualité et gestion des risques :

- Description de la démarche qualité et gestion des risques 2012-2014, version revue en 2013
- Fiche de poste assistante qualité
- Manuel sur l'organisation et le fonctionnement des réunions des instances et groupes de travail.2014
- Plans d'action et leur suivi

Réunions récentes : convocation et ordre du jour des CLAN, CLUD, COMEDIMS, CME, CLIN : 11/02/2015

Comité de Gestion des Risques et des Vigilances : compte-rendu de la réunion du 24/04/2014, 30/09/2014, 12/11/ 2014

CR inspection vétérinaire de la cuisine 05/07/2012 et 10/06/2014

CLIN : CR réunion du 20/02/2014 : bilan 2013 et programme prévisionnel 2014

DARI 2013

DUERP actualisé 2014

Eléments constitutifs du dossier résident :

- Dossiers de résidents dans les différents secteurs
- Classeurs dans les différents secteurs

Listes des procédures et protocoles internes

Procédure d'urgence en EHPAD

Procédure de gestion du chariot d'urgence en EHPAD

Procédure de déclaration des actes de maltraitance interne (décembre 2008) et externe (janvier 2009)

Protocole de prise en charge de la douleur induite par les soins (septembre 2013)

Projet de vie personnalisé :

Compte rendu de réunion du comité de pilotage « Projet de vie individualisé » (novembre 2014)

Comptes rendus de réunions de synthèse de projet de vie individuel (période 2014)

Exemples de projets personnalisés

Commission de Coordination Gériatrique :

- Compte rendu de la réunion constitutive du 01/10/2014
- Diaporama de la présentation

Compte rendu de la réunion de coordination du Pôle Hébergement du 14/11/2014.

2. ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE