



ESCALIA

Conseil, Formation, Evaluation Interne et Externe



EHPAD LES CYGNES
8 RUE DU PANORAMA
58 140 LORMES

RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

Version définitive

Année 2014

ESCALIA S.A.S.

15 Rue Valentin Privé – 89300 JOIGNY - Siret : 537 654 014 00019

Tél. : 03 86 43 71 64 – Fax : 03 86 43 72 55 - escalia@orange.fr

Habilitation ANESM : H2012-10-1048 - Organisme de formation : 26 89 01122 89



Sommaire

1 - ELEMENTS DE CADRAGE

1 - 1 DESCRIPTIF TECHNIQUE

1 - 2 DESCRIPTIF DES PROFESSIONNELS

1 - 3 DESCRIPTIF DE LA POPULATION

1 - 4 ENVIRONNEMENT ET ORGANISATION

1 - 5 DOCUMENTS FOURNIS

1 - 6 DOCUMENTS CONSULTES

1 - 7 OBSERVATIONS

1 - 8 QUALITÉ

2 - METHODOLOGIE EVALUATION EXTERNE

3 - LES DEVELOPPEMENTS INFORMATIFS

4 - LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLE - EVALUATION INTERNE

5 - LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLE - THEMATIQUES

6 - LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLE - RBPP

7 - SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE

8 - DEROULEMENT ET DIAGNOSTIC DE L'EVALUATION EXTERNE

9 - PRECONISATIONS

10 - ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

11 - INTERVENANTS

12 - PLANNING DE REALISATION

13 - ANNEXES



PREAMBULE

1. Eléments de cadrage :

1. Fiche technique de la structure évaluée.

Nom de la structure	EHPAD « Les Cygnes »
Nom du directeur	Madame Emilie OZENFANT
Gestionnaire de la structure	Centre Hospitalier « Les Cygnes »
Adresse de la structure	8 rue du Panorama
Code postal	58 140
Ville	LORMES
FINESS	580971075
Type de structure	EHPAD
Date d'autorisation initiale	Donnée indisponible
Date transformation en EHPAD	01/04/2005
Nombre de places	96

2. Professionnels évoluant dans la structure.

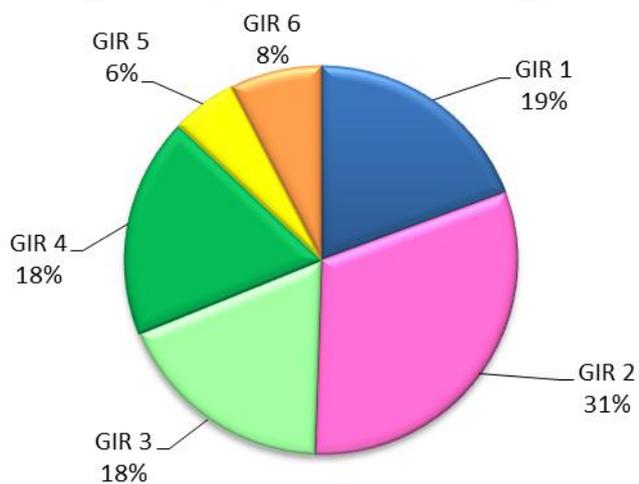
Type de fonction	En ETP autorisé	ETP en Poste	Nombre de personnes
Administratif (Directeur, secrétaire, comptable etc.)	4,50	4,50	
Médical et Soins (Médecin Coordinateur, IDE, AS/AMP...)	24,05	20	
Equipes animation et éducative (animateur, ASG)	3	3,8	4
Personnel d'entretien (ASH)	17	15,6	
Services généraux et techniques	11,55	10,74	
TOTAL	50,10	64,54	



3. Population accueillie.

DESCRIPTIF DE LA POPULATION	En nombre
GIR 1	18
GIR 2	29
GIR 3	17
GIR 4	17
GIR 5	5
GIR 6	7
Moins 60 ans	3
GMP au 30/09/2014	
PMP au 22/10/2013	149

Degré de dépendance EHPAD Les Cygnes



REPARTITION	Hommes	Femmes
Moyennes d'âge	75	86
Moyenne d'âge en entrée (en 2014)	60	84



4. Descriptif de l'environnement.

a. Environnement géographique, historique, économique et sociologique :

Le Centre Hospitalier « Les Cygnes » est un établissement public de santé fondé en 1834. L'EHPAD « Les Cygnes » est situé dans le département de la Nièvre (58) sur la commune de Lormes, en région Bourgogne et dans le parc naturel du Morvan. Lormes est une commune de 1 353 habitants située à 420m d'altitude.

Depuis sa création, l'établissement a connu de nombreuses évolutions architecturales qu'il poursuit actuellement avec des projets de transformation et rénovation d'une aile de l'EHPAD datant des années 1980. Toutefois, les 11 lits d'EHPAD de ce bâtiment ne sont pas concernés par cette rénovation.

Dans les années 1970, les grandes orientations principales du Centre Hospitalier ont été adaptées aux besoins locaux dans le cadre du vieillissement de la population locale, en fermant la maternité et en adaptant l'offre de soins à la prise en charge des personnes âgées. Le Centre Hospitalier dispose ainsi aujourd'hui de :

- 15 lits de médecine
- 15 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
- 96 places d'Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD),
- 36 places pour personnes âgées de 60 ans et plus de Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Au cours des neuf dernières années, l'établissement a connu la succession de 3 Directeurs :

- Mr CRISTOFINI du 01/01/2006 au 31/07/2013
- Mr VIGIER du 01/08/2013 au 31/12/2013
- Me OZENFANT : En Poste depuis le 1^{er} janvier 2014

Le Centre Hospitalier Les Cygnes impacte l'économie locale et dynamise le canton au travers des missions et de sa réponse à un réel besoin local en faveur des personnes âgées, de son ouverture à et sur son environnement et de l'emploi qu'il génère. Des projets sont en cours pour ouvrir l'établissement sur l'extérieur (télé médecine, maison médicale) et portés par la Directrice. L'établissement est aussi partie prenante des travaux relatifs à la mise en place d'une communauté hospitalière de territoire dans la Nièvre.

L'EHPAD Les Cygnes fonctionne en pleine capacité et la totalité de ses places est habilitée à l'aide sociale. Il est fortement impliqué dans la démarche d'amélioration de la qualité depuis la réalisation de l'évaluation interne en décembre 2013. Le recrutement d'un ingénieur qualité (depuis novembre 2013) ainsi que de la nouvelle Directrice (depuis janvier 2014) permettent de promouvoir cette démarche au quotidien. L'ensemble du personnel est engagé dans la démarche et participe de façon active aux améliorations et actualisations nécessaires. De nombreux membres du personnel sont en

poste depuis plusieurs dizaines d'années et garantissent les valeurs en matière de bienveillance et de sens du service aux patients par leur expérience et leur parfaite connaissance de l'établissement et de son positionnement local.

b. Animation, cuisine, lingerie et maintenance.

La vie quotidienne de l'établissement répond et correspond aux besoins et attentes des résidents et de leurs familles. Les prestations d'animation sont reconnues de grande qualité par l'ensemble des résidents. La participation active des bénévoles de l'Association « Les Amis de l'Hôpital » permet de conserver le lien social des résidents lors de sorties extérieures, d'animations internes...

La restauration répond aux attentes et besoins alimentaires et nutritionnels équilibrés par les soins d'une diététicienne. La grande rigueur des personnels en cuisine garantissent la sécurisation et l'hygiène dans le cadre des réglementations en vigueur. Des repas à thème ont lieu ponctuellement, proposés par la commission des menus qui permet aux résidents d'exprimer leurs attentes et besoins.

Les services techniques du Centre Hospitalier font preuve d'une grande rigueur et réactivité au sein de l'établissement. Des protocoles et procédures permettent de garantir la sécurité, la traçabilité et la maintenance technique, mobilière et immobilière de l'établissement.

5. Fonctionnement au quotidien.

L'EHPAD Les Cygnes de Lormes est un véritable lieu de vie où les résidents sont totalement libres de gérer leur temps tout en respectant certaines règles de vie en collectivité et en reconnaissant les droits et devoirs de chacun. Afin de préserver leur identité personnelle, l'établissement propose aux résidents d'apporter du mobilier personnel. Les chambres sont spacieuses et confortables. Chaque chambre dispose d'un petit panneau de reconnaissance et de personnalisation à l'entrée avec son nom et une image choisie par le résident à l'admission. L'accueil des couples est possible en chambre double. A noter cependant qu'il reste 11 chambres situées dans le bâtiment des années 80, lesquelles mériteraient d'être rénovées.

Les visites sont autorisées dans le cadre du respect de la vie privée et les résidents disposent d'une ligne téléphonique personnelle.

Une terrasse spacieuse est en fin d'aménagement au premier étage (fleurissement en cours avec la participation de l'Association Les Amis de l'Hôpital) et des animations ou repas à thème et rencontres avec des familles ont déjà eu lieu. Des fresques sur les colonnes des salles de restauration réalisées par la Cité des Enfants inscrivent le maintien du lien intergénérationnel comme une valeur essentielle à la vie de l'établissement.

Le service de la restauration s'adapte au maximum aux résidents tant au niveau de la teneur des repas que des horaires, discutés en commission des menus une fois par trimestre.. Des horaires de repas collectifs sont instaurés pour le service en salle, les résidents disposent de tout le temps qu'ils souhaitent pour prendre leurs repas :

- Le petit déjeuner est servi à partir de 7h30
- Le déjeuner est servi à partir de 12h00
- Une collation à 16h est proposée
- Le dîner est servi à partir de 19h00.

6. Démarche qualité et instances représentatives des usagers.

Inscrit dans la démarche d'amélioration de la qualité, l'établissement dispose d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS) et réalise des enquêtes de satisfactions afin de recueillir les attentes et besoins des résidents et de leurs familles. De nombreuses procédures et protocoles sont en cours d'actualisation.

La bienveillance quotidienne de l'ensemble du personnel envers les résidents et leurs familles instaure un climat interne apaisé et joyeux.

7. Documents fournis et observations.

Document	Document fourni ?		Observations
	Oui	Non	
Projet d'établissement ou de service	X		PE 2010-2014
Convention tripartite	X		2012-2016
Dernière autorisation budgétaire ARS/CG		X	
Règlement de fonctionnement	X		Dernière mise à jour : 1/06/12
Livret d'accueil du résident	X		Commun avec le service de médecine et le SSR
Contrat de séjour (hébergement permanent, temporaire et accueil de jour)	X		
Grille des tarifs	X		
Protocoles de soins (liste)	X		De nombreux protocoles et procédures nécessitent des mises à jour
Protocoles de nettoyage (liste)	X		
Dernier compte rendu du CVS	X		
Dernier compte rendu de la commission menu	X		
Grille de menu hebdomadaire	X		
Programme des animations	X		
Chartes en vigueur au sein de la structure	X		Affichage au sein de l'EHPAD
Document d'élaboration du projet individuel/vie	X		Le document est en cours de déploiement au sein de l'EHPAD
Document d'enquête de satisfaction résident/famille	X		



Analyse de l'enquête de satisfaction résident/famille	X		
Dernier rapport médical annuel du médecin		X	Recrutement d'un médecin coordinateur en septembre 2014
Planning courant du personnel	X		
Organigramme de la structure et ressources humaines autorisées/réalisées	X		Organigramme à jour
Dernière évaluation interne réalisée	X		
Les différents plans d'actions	X		Affichés dans le poste de soins
La synthèse annuelle (sur 2 ans) des fiches d'événements indésirables		X	
Le GIR moyen pondéré (GMP), le PMP et leurs évolutions	X		
Le tableau des effectifs par catégorie et/ou par sections tarifaires (actualisé)	X		
Le livret d'accueil du personnel	X		Le livret existe et est détenu par le responsable RH
Un tableau de typologie résidents (âge, sexe, aide sociale, sous tutelle, sous sauvegarde de justice, etc.)		X	Il n'existe pas de tableaux de bord de suivi de ces indicateurs mais il est possible de consulter les données recueillies au niveau informatique
Le plan de formation annuel et pluriannuel	X		
Liste des personnes qualifiées	X		
Contrat DASRI	X		Consultation sur site
Toutes attestations de formations	X		Consultation sur site
Contrats d'animations et d'activités annexes	X		



2. Méthodologie de l'évaluation externe de la structure.

1. Présentation de l'organisme habilité et les évaluateurs.

ESCALIA est une SAS au capital de 5 000 € qui a pour activité le conseil et la formation des dirigeants et des cadres intermédiaires d'entreprises diverses, ainsi que l'évaluation interne et externe des ESSMS. Spécialisés dans l'intervention auprès de structures sociales et médico-sociales, les évaluateurs diligentés par ESCALIA ont une formation d'évaluateurs externes, certains sont certifiés AFNOR.

2. Déroulement de l'évaluation.

ETAPE 1 :

La structure devant être évaluée adresse les documents obligatoires dont la liste est prévue à l'annexe 3-10 du décret 2007-975 du 15 mai 2007, il peut également adresser, en concertation avec l'organisme évaluateur habilité choisi d'autres documents complémentaires. Cette première étape a pour objectif :

- L'analyse et synthèse des documents fournis.
- Examen du référentiel de l'évaluation interne réalisée.

Cette étape doit permettre aux évaluateurs d'apprécier le fonctionnement de la structure, d'interroger les outils et la démarche dans laquelle la structure s'inscrit dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité.

ETAPE 2 :

Les évaluateurs se rendent au sein de la structure afin de mener :

- Des échanges avec la direction quant à l'historique et le contexte global de la structure.
- Une visite de l'établissement par deux experts évaluateurs.
- L'examen in situ des informations fournies dans les documents préalables.
- Des interviews de résidents, de personnels et d'intervenants (présélection des résidents, personnels et intervenants par la structure).
- La réalisation de l'évaluation sur les critères devant être couverts par l'évaluation externe.
- Echange avec la direction sur la restitution de la démarche et des opérations ultérieures.



ETAPE 3 :

Les évaluateurs rédigent et portent à la connaissance du directeur et de l'organisme commanditaire

- Le pré-rapport provisoire d'évaluation
- Echange avec l'établissement sur l'analyse globale
- Rédaction du rapport définitif (adressé uniquement au commanditaire de l'évaluation, à savoir la personne physique ou morale représentante légale de la structure, qui se charge de l'adresser aux autorités compétentes).
- Synthèse et abrégé du rapport.



3. Développements informatiques.

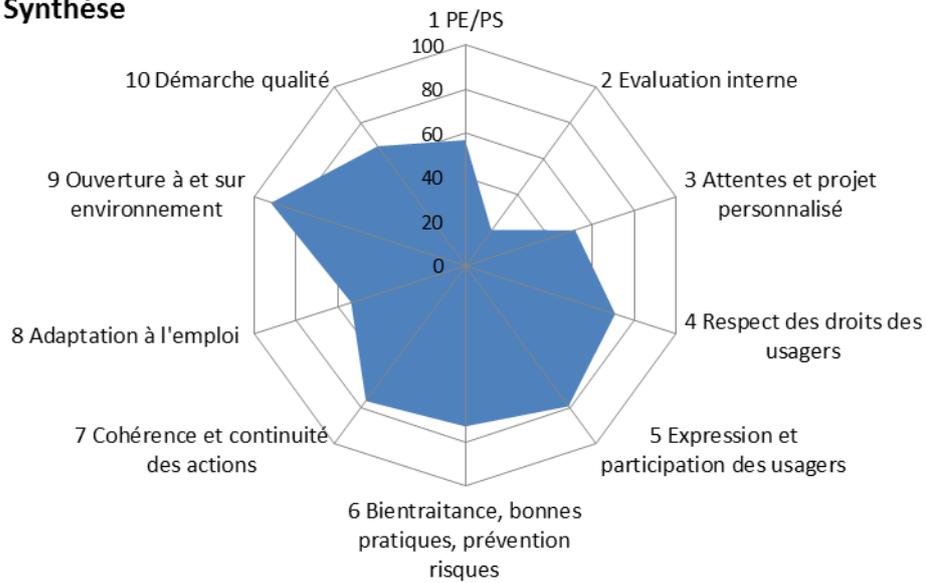
10 thématiques principales ont été retenues dans le cadre de l'évaluation externe et les résultats suivants ont été obtenus :

Thème 1 : Projet d'établissement/Projet de service	57 %
Thème 2 : L'évaluation Interne – Démarche, Suivi et prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM	20 %
Thème 3 : Les attentes de la personne et le projet personnalisé	52 %
Thème 4 : Le respect des droits des usagers	71 %
Thème 5 : Expression et participation individuelle et collective des usagers	79 %
Thème 6 : Bienveillance, Application des bonnes pratiques de soins, des normes et de la politique de prévention et de gestion des risques	73 %
Thème 7 : Cohérence et continuité des actions et interventions	76 %
Thème 8 : Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard de la population accueillie	54 %
Thème 9 : Ouverture de l'établissement à et sur son environnement	92 %
	67 %



Thème 10 : Démarche qualité	
MOYENNE GENERALE	64,1 %

Synthèse



4.



5. Résultat de l'analyse de l'évaluation interne :

L'évaluation interne de l'EHPAD du CH Les Cygnes à Lormes a été réalisée courant 2013. Le rapport définitif contenant les résultats et les points à améliorer ont été validés en COPIL le 16 décembre 2013. Le rapport définitif a été adressé aux autorités de Tutelles le 23 décembre 2013.

L'EHPAD du CH de Lormes avait réalisé des évaluations dans le cadre de la signature de la convention tripartite. Une harmonisation de la démarche d'évaluation interne de l'EHPAD avec celle conduite par le SSIAD du même établissement de rattachement s'est déroulée de février à décembre 2013. Le cabinet DEMETER Santé a proposé le même référentiel qu'au SSIAD (Unassi).

Un comité de pilotage a été constitué composé de 16 personnes (constitué afin d'être représentatif des corps de métier exerçant tant de jour que de nuit). Ce COPIL s'est ainsi réuni à plusieurs reprises.

A l'issue de la première auto-évaluation reposant sur le questionnaire Unassi, recensant les atouts de l'établissement, les points à améliorer et les actions à mettre en place, la préparation du plan d'action a eu lieu. Les objectifs d'amélioration prioritaires ont été identifiés pour chacun des 4 chapitres du référentiel et ont constitué un plan d'actions globales. Les 4 chapitres sont :

- Attentes et satisfactions des personnes prises en soins et des familles
- Autonomie, accompagnement et soins
- Organisation générale, management et qualité
- Projet d'établissement

Le rapport définitif contenant les résultats et les points à améliorer a été validé en COPIL le 16 décembre 2013, présenté à l'ensemble du personnel le 17 décembre 2013 et le rapport adressé aux autorités de tutelles le 23 décembre 2013.

Le calendrier des actions à mener est affiché dans le poste de soins et de nombreuses actions correctives ont d'ores et déjà été mises en œuvre comme les résultats de l'analyse détaillée de l'évaluation externe qui s'est déroulée mi-novembre 2014 vont le démontrer ci-après.

Légende des abréviations contenue dans les tableaux :

P : Prévu

EC : En cours

EF : En finalisation

R : Rarement

P : Partiellement

F : Fréquemment

NA = Non Applicable

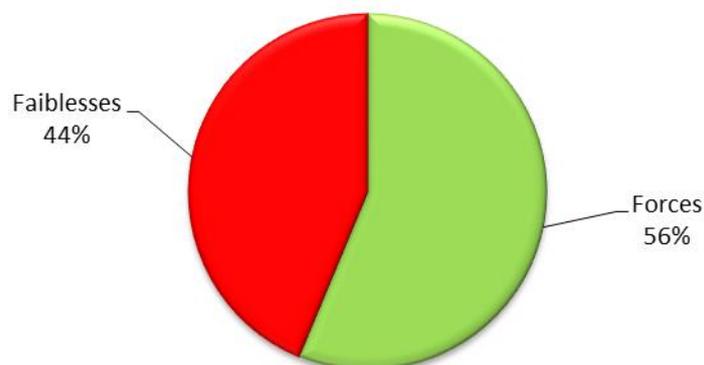


6. Résultats de l'analyse détaillée :

THEME 1 : PROJET D'ETABLISSEMENT : PROJET DE SERVICE	
Cadre	L'article L.311-8 du CASF stipule que « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. [...] Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

Résultat Global		FORCES	FAIBLESSES
		56%	44%
Adm	1-100 PERTINENCE DU PROJET D'ETABLISSEMENT MIS EN ŒUVRE	40%	60%
Soins	1-106 LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET LES SOINS	50%	50%
Soins	1-107 LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET LE VOLET MEDICAL	80%	20%

Thème 1 : Le projet d'établissement et le projet de service



Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM associées à la thématique
* Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service



1-100 PERTINENCE DU PROJET D'ETABLISSEMENT MIS EN ŒUVRE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il un projet d'établissement ?	1								
2- L'ensemble des catégories de personnel de l'établissement est-il associé à l'élaboration de ce projet ?		1							
3- Les résidents ou les référents sont-ils associés à l'élaboration du projet d'établissement ?		1							
4- Le projet d'établissement permet-il une ouverture avec les différents partenaires de la vie locale ?	1								
5- Si nécessaire, le projet d'établissement fait-il l'objet d'une mise à jour régulière ?		1							

1-100 PERTINENCE DU PROJET D'ETABLISSEMENT MIS EN ŒUVRE		En %
Forces	2	40
Faiblesses	3	60

Eléments de preuve
Projet d'établissement
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD CVS

Constat
* Le Projet d'Etablissement a été élaboré par un cabinet extérieur, en mars 2010. Il couvre la période 2010-2014. * Il n'existe pas de projet de service spécifique à l'EHPAD. * Le projet d'Etablissement n'a pas été élaboré de façon participative avec l'ensemble des personnels en poste et n'a pas été soumis pour avis aux instances représentatives des résidents et de leurs familles (CVS).

Recommandations / Préconisations
* Actualiser le projet d'établissement pour la nouvelle période : 2015-2019 et le soumettre pour avis aux instances représentatives des résidents et du personnel. * Rédiger le projet de service spécifique à l'EHPAD



1-106 LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET LES SOINS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le projet d'établissement s'inscrit-il dans les orientations du schéma gérontologique ?	1								
2- Le projet d'établissement prévoit-il des modes de coopération entre structures ?	1								
3- Le projet d'établissement comporte-t-il un projet de soins ?	1								
4- Ce projet de soins définit-il les modalités de prise en charge des résidents ?		1							
5- Ce projet de soins définit-il l'organisation des soins auprès des résidents ?		1							
6- Ce projet de soins définit-il la coordination des professionnels intervenants ?		1							

1-106 LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET LES SOINS		En %
	Forces	3 50
	Faiblesses	3 50

Eléments de preuve
Projet d'Etablissement Entretien avec le Dr THENAULT Entretien téléphonique avec le Médecin coordinateur VAN OSTA
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT, Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD Médecin libéral : Dr THENAULT Médecin coordinateur : Dr VAN OSTA (Entretien téléphonique)

Constat
* Le projet d'Etablissement 2010-2014 est un projet commun aux services sanitaires et l'EHPAD du Centre Hospitalier de Lormes. Il ne définit pas les spécificités de la prise en charge par l'EHPAD.

Recommandations / Préconisations
* Actualiser le projet d'établissement pour la nouvelle période : 2015-2019 et définir les spécificités de prise en charge par l'EHPAD à travers le projet de service. * Rédiger le projet de service spécifique à l'EHPAD



1-107 LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET LE VOLET MEDICAL	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le projet d'établissement comporte-t-il un recensement des besoins en locaux médicaux ?	1								
2- Le projet d'établissement comporte-t-il un volet médical ?	1								
3- Le volet médical définit-il l'organisation médicale interne ?	1								
4- Le volet médical définit-il l'intervention des personnels médicaux et para médicaux de l'établissement ?	1								
5- Le volet médical définit-il l'intervention des professionnels médicaux et para médicaux externes à l'établissement ?		1							

1-107 LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET LE VOLET MEDICAL		En %
Forces	4	80
Faiblesses	1	20

Eléments de preuve
Projet d'Etablissement Entretien avec le Dr THENAULT Entretien téléphonique avec le Médecin coordinateur VAN OSTA
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT, Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD Médecin libéral : Dr THENAULT Médecin coordinateur : Dr VAN OSTA (Entretien téléphonique)

Constat
* Le projet d'Etablissement 2010-2014 est un projet commun aux services sanitaires et l'EHPAD du Centre Hospitalier local de Lormes. * Il ne définit pas les spécificités de la prise en charge par l'EHPAD.

Recommandations / Préconisations
* Actualiser le projet d'établissement pour la nouvelle période : 2015-2019 et définir les spécificités de prise en charge par l'EHPAD à travers un projet de service spécifique. * Rédiger le projet de service de l'EHPAD en fonction des spécificités de l'établissement.



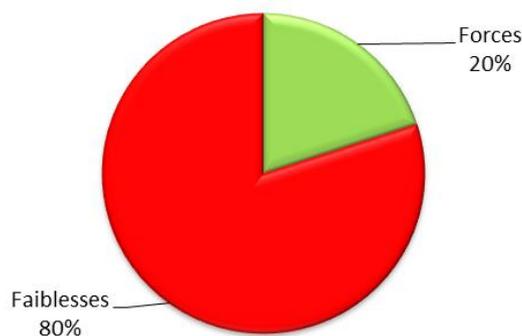
THEME 2 : L'EVALUATION INTERNE - DEMARCHE, SUIVI ET PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES PUBLIEES PAR L'ANESM

Cadre	<p>La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'Action sociale et médico-sociale soumet les établissements et services à une législation spécifique en matière d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations dispensées.</p> <p>L'article L312-8 du CASF et le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et des services sociaux et médico-sociaux en définissent les modalités.</p> <p>L'évaluation des activités a pour objectif d'améliorer la qualité des prestations pour les résidents. Elle aide à adapter le fonctionnement de l'établissement et les pratiques des professionnels aux caractéristiques, aux spécificités, aux attentes et aux besoins des résidents, dans le cadre des missions et des contraintes qui lui sont imposées.</p> <p>L'évaluation interne porte une appréciation sur les actions mises en place et leurs effets pour la population accompagnée au regard des caractéristiques de cette dernière, des missions et des valeurs de la structure.</p>
-------	--

Résultat Global	FORCES	FAIBLESSES
	20%	80%

Soins	1-117 APPLICATION DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES	20%	80%
-------	--	-----	-----

Thème 2 : Application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM



Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM associées à la thématique

- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (juillet 2009)
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012)



1-117 APPLICATION DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Les recommandations des bonnes pratiques publiées par l'ANESM sont-elles en application au sein de l'établissement ?	1								
2- Ces recommandations professionnelles font-elles l'objet d'intégration dans l'organisation de l'établissement ?		1							
3- Ces recommandations professionnelles sont-elles des références pour le fonctionnement de l'établissement ?		1							
4- Ces recommandations viennent-elles en appui de l'action des différents professionnels intervenant dans l'établissement ?		1							
5- Les différents pans abordés par ces recommandations sont-ils exploités ?		1							

1-117 APPLICATION DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES		En %
Forces	1	20
Faiblesses	4	80

Eléments de preuve
Classeur regroupant les synthèses des RBPP rangé dans la salle de soins
Personnes ressources rencontrées
Equipe médicale Equipe de soins Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
<ul style="list-style-type: none"> * Le personnel soignant connaît l'existence du classeur regroupant les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles et est capable de le désigner dans l'armoire de rangement des documentations diverses. * Il n'y a aucune appropriation des recommandations des bonnes pratiques professionnelles par le personnel soignant. * Il n'y a pas eu de formation spécifique aux RBPP.

Recommandations / Préconisations
<ul style="list-style-type: none"> * Programmer une formation spécifique aux RBPP et désigner un référent interne (IDE ou cadre Infirmier). * Dans le cadre de la formalisation générale des pratiques internes, s'appuyer sur les RBPP afin de se les approprier en y faisant référence systématiquement.



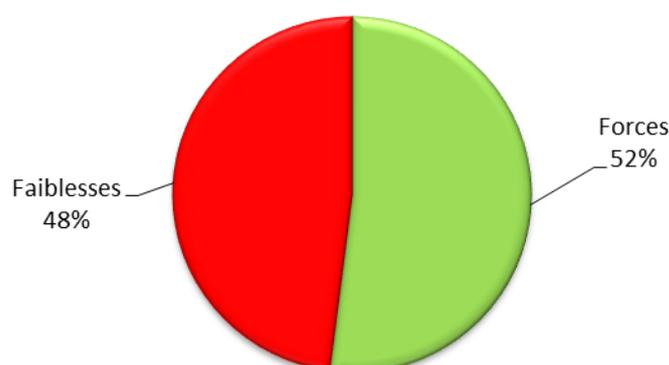
THEME 3 : LES ATTENTES DE LA PERSONNE ET LE PROJET PERSONNALISE

Cadre	<p>Inscrite dans le Code de l'Action Sociale et des Familles, la participation de l'utilisateur est un élément central de la loi du 2 janvier 2002. Cette participation est de deux formes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La participation de l'utilisateur à sa propre prise en charge : mise en place d'un accompagnement individualisé et mise en place de documents d'accompagnement spécifiques. - La participation à la vie et au fonctionnement de l'établissement : Conseil de la Vie Sociale, Enquêtes de satisfaction ou toute autre forme de participation
-------	---

Résultat Global	FORCES	FAIBLESSES
	52%	48%

Adm	1-7 PREPARATION A L'ENTREE	40%	60%
Soins	1-18 ATTENTES ET BESOINS DU NOUVEAU PATIENT	83%	17%
Adm	1-11 INTEGRATION NOUVEAU RESIDENT	60%	40%
Adm	1-17 PHASE D'ADAPTATION ET D'INTERATION	25%	75%
Adm	1-20 PROJET INDIVIDUEL	50%	50%
Adm	1-9 INTERVENTIONS DES FAMILLES	20%	80%
Soins	1-110 FAMILLE ET FIN DE VIE	86%	14%

Thème 3 : Les attentes de la personne et le projet personnalisé





Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM associées à la thématique

- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (septembre 2011)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012)



1-7 PREPARATION A L'ENTREE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Les futurs résidents font-ils une visite préalable de l'établissement ?	1			X					
2- Leur accord formel (signature) pour leur entrée dans l'établissement est-il recueilli ?		1	X						
3- Un temps d'observation et d'accoutumance est-il respecté avant la définition du Projet de vie individuel ?		1				X			
4- Le projet de vie est-il formalisé de manière systématique ?		1	X						
5- Le projet de vie est-il réalisé selon une méthodologie ?	1			X					

1-7 PREPARATION A L'ENTREE		En %
Forces	2	40
Faiblesses	3	60

Eléments de preuve
<p><u>Outil</u> : Le projet de vie</p> <p><u>Procédure</u> : Accueil dans le service (08/02/2010) - en cours d'actualisation</p>
Personnes ressources rencontrées
<p>Directrice : Me E. OZENFANT</p> <p>Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD</p> <p>Psychologue : Me L. SCHWARTZ</p> <p>Equipe de soins</p> <p>Groupe Humanitude</p> <p>Groupe Gestion documentaire</p>

Constat
<p>* Un document formalisant le Projet de vie a été créé à la suite de l'évaluation interne. Il a été testé sur deux résidents et semble convenir à l'équipe en charge du projet de mise en place. Il n'est pas déployé et utilisé de façon systématique, même si l'ensemble du personnel adhère à ce nouvel outil.</p> <p>* Certains professionnels de soins ont suivi une formation relative au projet de vie.</p>



Recommandations / Préconisations

- * Présenter l'outil Projet de vie à l'ensemble des équipes de soins
- * Déployer et systématiser l'utilisation du Projet de vie à chaque admission, le réactualiser lorsque nécessaire
- * Actualiser la procédure d'accueil du nouveau résident, en y associant l'équipe médicale et de soins ainsi que les instances représentatives des résidents et familles.
- * Ce projet est porté actuellement par la psychologue qui palie à l'absence du Cadre de Santé.



1-18 ATTENTES ET BESOINS DU NOUVEAU RESIDENT : Lors de l'évaluation initiale des besoins et attentes du nouveau résident :	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Les attentes de la personne sont-elles collectées ?	1			X					
2- Les attentes de l'entourage sont-elles recensées ?	1					X			
3- Est-il procédé à l'évaluation des risques et des fragilités de la personne ?	1						X		
4- Les besoins de soins sont-ils enregistrés ?	1								
5- Les habitudes, les centres d'intérêt, les potentialités du résident sont-ils collectés ?	1		X						
6- Des réunions d'information sont-elles organisées à destination des familles ?		1							

1-18 ATTENTES ET BESOINS DU NOUVEAU RESIDENT		En %
Forces	5	83
Faiblesses	1	17

Eléments de preuve
DSI Outil Projet de vie Enquêtes de satisfaction CVS
Personnes ressources rencontrées
CVS Equipe médicale Equipe de soins Groupe Humanitude Psychologue : Me L. SCHWARTZ

Constat
* Le dossier de soins papier est en cours de migration informatique. L'utilisation du volet traitement médicamenteux est systématique pour les IDE du service. * L'outil Projet de vie permet d'évaluer les risques et les fragilités de la personne accueillie.

Recommandations / Préconisations
* Présenter l'outil Projet de vie à l'ensemble des équipes de soins * Déployer et systématiser l'utilisation du Projet de vie, le réactualiser lorsque nécessaire



1-11 INTEGRATION NOUVEAU RESIDENT	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Avez-vous mis en place une démarche préalable à l'admission ou l'entrée des nouveaux résidents ?	1			X					
2 - Le jour de son arrivée, la personne accueillie est-elle attendue ?	1		X						
3 - Le nouvel arrivant est-il présenté aux résidents de son nouveau lieu de vie ?		1	X						
4 - Le résident est-il présenté aux équipes ?	1			X					
5 - Une procédure d'évaluation de l'intégration est-elle mise en œuvre dans un délai d'un à trois mois ?		1	X						

1-11 INTEGRATION NOUVEAU RESIDENT		En %
Forces	3	60
Faiblesses	2	40

Eléments de preuve
<u>Outil</u> : Le projet de vie <u>Procédure</u> : Accueil dans le service (08/02/2010) - en cours d'actualisation

Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Equipe de soins Psychologue : Me L. SCHWARTZ

Constat
* Les entrées de nouveaux résidents sont annoncées par la psychologue en raison de l'absence pour maladie du Cadre de Santé. Cette annonce est faite au cours des réunions de transmissions journalières.

Recommandations / Préconisations
* <u>Cadre IDE</u> : Prévenir les résidents de l'arrivée d'une nouvelle personne comme demandé lors des enquêtes de satisfaction : consulter le CVS sur les modalités et modes de diffusion (affichage, notes d'informations individualisées... ?)



1-17 PHASE D'ADAPTATION ET D'INTERATION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1 - L'établissement propose-t-il un séjour probatoire ?		1							
2 - Un projet de vie personnalisé est-il élaboré avec le résident, ses référents et ses proches ?		1		X					
3 - Le recueil des demandes spécifiques du résident ou de son référent est-il organisé ?	1			X					
4 - Une première évaluation du séjour est-elle établie après quelques semaines par les équipes ?		1							

1-17 PHASE D'ADAPTATION ET D'INTERATION		En %
	Forces	1 25
	Faiblesses	3 75

Eléments de preuve
Outil : Le projet de vie Procédure : Accueil dans le service (08/02/2010) - en cours d'actualisation
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD Service des admissions Psychologue : Me L. SCHWARTZ

Constat
* Le recueil des demandes spécifiques du résident et/ou de son référent et/ou famille est organisé oralement et ne fait l'objet d'aucune formalisation. * L'établissement procède à une évaluation du séjour après quelques semaines afin de réajuster éventuellement mais cela sans formalisation.

Recommandations / Préconisations
* Procéder à une évaluation systématique du séjour au 28 ^{ème} jour après le début de la prise en charge de tout nouveau résident (cela permettra une aide à la décision lors de la finalisation de la signature du contrat de séjour au 30 ^{ème} jour). * Procéder à la signature du contrat de séjour réajusté en fonction des résultats de l'évaluation systématique et au plus tard 30 jours après l'entrée du résident dans l'établissement (article L. 311-4 du CASF).



1-20 PROJET INDIVIDUEL	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le projet individuel est-il basé sur le recueil auprès du résident, de sa famille, de son référent, de sa personne de confiance, des besoins et attentes du résident	1			X					
2- L'entourage affectif et professionnel antérieur des résidents est-il pris en compte dans l'élaboration du projet individuel ?	1			X					
3- Les différents professionnels sont-ils associés à l'élaboration du projet individuel ?		1	X						
4- La remontée des informations et transmission est-elle formalisée pour l'actualisation du projet individuel ?		1							
5- Le projet individuel implique l'ensemble du personnel par la mise à disposition de fiches d'informations au sein de l'établissement ?	1			X					
6- Les intervenants extérieurs sont impliqués globalement dans le projet individuel ?		1						X	

1-20 PROJET INDIVIDUEL		En %
	Forces	3
	Faiblesses	3

Eléments de preuve
Outil : Le projet de vie Procédure : Accueil dans le service (08/02/2010) - en cours d'actualisation
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD Groupe Humanitude Psychologue : Me L. SCHWARTZ

Constat
* Les besoins et attentes des résidents sont recensés oralement et de façon informelle par le personnel de soins et le personnel d'entretien. Ces données ne sont pas consignées de façon systématique dans le dossier de soins du résident. Cela est prévu avec la systématisation à venir des projets de vie.

Recommandations / Préconisations
* Formaliser la procédure d'accueil des nouveaux résidents



1-9 INTERVENTIONS DES FAMILLES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Les limites d'intervention des familles sont-elles définies au cas par cas concernant les soins ?		1							
2- Les limites d'intervention des familles sont-elles définies au cas par cas concernant l'aide à la personne ?		1							
3- Les limites d'intervention des familles sont-elles définies au cas par cas concernant les horaires de visite ?		1							
4- Les limites d'intervention des familles sont-elles définies au cas par cas concernant les repas et l'alimentation ?		1							
5- Un membre du personnel peut-il accompagner un résident lors d'évènements familiaux ?	1					X			

1-9 INTERVENTIONS DES FAMILLES		En %
Forces	1	20
Faiblesses	4	80

Eléments de preuve
Outil : Le projet de vie Procédure : Accueil dans le service (08/02/2010) - en cours d'actualisation
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD Animatrice : Me L. DELACROIX Personnel de soins

Constat
* L'animatrice peut accompagner un résident lors d'un évènement familial mais l'EHPAD fait principalement appel à un prestataire extérieur "Services de Sophie" qui propose cette prestation (à la charge du résident). * Il n'existe aucune formalisation des interventions et limites des familles.

Recommandations / Préconisations
* Formaliser par la procédure d'accueil les limites d'intervention des familles, et ce dans le cadre de la mise en place du projet de vie personnalisé.



1-110 FAMILLE ET FIN DE VIE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Les proches sont-ils informés de manières immédiates lors d'une fin de vie ?	1							X	
2- L'information sur la fin de vie d'un parent est-elle organisée ?	1						X		
3- L'avis sur la prise en charge du parent est-il sollicité auprès de la famille et des proches dans le cadre du confort et du soutien à apporter au parent en fin de vie ?		1							
4- Un accompagnement est-il proposé aux proches lors d'une fin de vie ?	1							X	
5- La souffrance des proches est-elle prise en considération et prise en charge ?	1							X	
6- Une personne proche peut-elle être accueillie la nuit ?	1								
7- Un lieu de recueillement adapté est-il disponible ?	1							X	

1-110 FAMILLE ET FIN DE VIE		En %
	Forces	6
	Faiblesses	1
		86
		14

Eléments de preuve
Entretiens individuels et de groupe
Personnes ressources rencontrées
Equipe de soins et référent Soins Palliatifs Groupe Humanitude Psychologue : Me L. SCHWARTZ

Constat
* L'approche de la fin de vie est prise en compte par l'ensemble du personnel dans le cadre de sa pratique quotidienne. Des aménagements personnalisés sont mis en place lorsque nécessaire.
* Il n'existe pas de formalisation des directives anticipées.
* Le réseau Emeraude participe activement à la prise en charge des personnes en fin de vie à travers des formations spécifiques des personnels de soins et un soutien technique.

Recommandations / Préconisations
* Rédiger une procédure "prise en charge dans le cadre fin de vie" avec un volet spécifique réservé à l'accompagnement des familles



THEME 4 : LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS

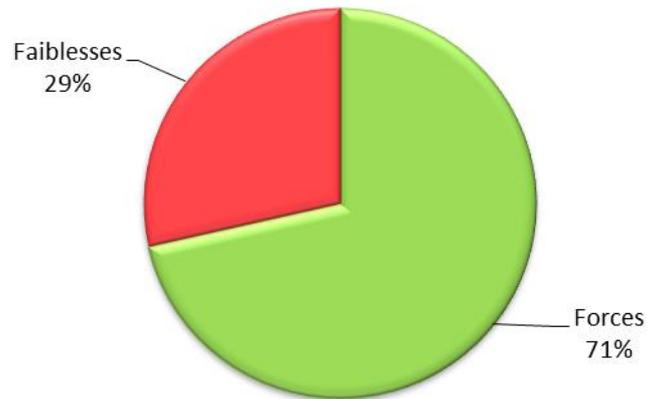
Cadre	<p>Loi 2002 du 2 janvier 2002, Section 2 :</p> <p>Art. L. 311-3. – « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux.</p> <p>Art. L. 311-4. - « Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :</p> <p>« a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie,</p> <p>« b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7</p> <p>Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.</p> <p>Le contenu minimal du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge est fixé par voie réglementaire selon les catégories d'établissements et de personnes accueillies. »</p>
-------	--

Résultat Global	FORCES	FAIBLESSES
	71%	29%

		FORCES	FAIBLESSES
Adm	1-12 ADMISSION 1	100%	0%
Adm	1-13 ADMISSION 2	56%	44%
Adm	2-40 LA PRESTATION ADMINISTRATIVE AUTOUR DU RESIDENT	100%	0%
Adm	1-16 FORMALISATION DE LA PROCEDURE D'ACCUEIL	40%	60%
Adm	1-97 VALIDITE DU CONTRAT DE SEJOUR PROPOSE	60%	40%
Soins	1-41 LA VALEUR DU DOSSIER MEDICAL ET DE SON SUIVI	100%	0%
Soins	1-42 LA VALEUR DU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS ET DE SES MISES A JOUR	60%	40%
Soins	1-43 SECRET MEDICAL	88%	13%
Soins	1-47 ETHIQUE	50%	50%
Soins	1-50 SOINS	78%	22%
Soins	1-26 CONTENTIONS : DROITS, LIBERTE ET TRACABILITE	71%	29%
Adm	1-95 LES FACILITES OFFERTES EN MATIERE DE PRATIQUE DES CULTES	60%	40%
Adm	4-21 LA FACTURATION DES PRESTATIONS	67%	33%



Thème 4 : Le respect des droits des usagers



Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM associées à la thématique

- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009)
- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (juillet 2012)
- Qualité de vie en EHPAD (Volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement.



1-12 ADMISSION 1 : Lors de l'admission, les pièces suivantes sont-elles fournies ?	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1 - Le livret d'accueil	1							X	
2 - Le contrat de séjour	1							X	
3 - Le règlement de fonctionnement	1							X	
4 - Les prix et la fiche de présentation de l'établissement	1							X	

1-12 ADMISSION 1 : Lors de l'admission, les pièces suivantes sont-elles fournies ?		En %
Forces	4	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Livret d'accueil Contrat de séjour Règlement de fonctionnement Grille des tarifs
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD Groupe gestion documentaire Groupe projet personnalisé Service des admissions

Constat
Les différents supports règlementaires existent : <ul style="list-style-type: none">- Livret d'accueil : Il est commun au service de Médecine, au SSR et à l'EHPAD. Il est remis par le service des admissions à l'entrée du résident.- Contrat de séjour : les horaires de restauration sont erronés.- Règlement de fonctionnement : Il a été rédigé le 1er juin 2012. Il n'est pas affiché dans le hall d'entrée de l'établissement. Il est remis lors de l'admission.

Recommandations / Préconisations
* Rédiger un livret d'accueil spécifique à l'EHPAD. Une mutualisation avec le document élaboré par le SSIAD est une piste de réflexion à envisager. * Actualiser les données du contrat de séjour et préciser qu'en cas de refus de signature, un DIPC (Document Individuel de Prise en Charge) sera rédigé. * Afficher le règlement de fonctionnement dans le hall d'accueil de l'Etablissement.



1-13 ADMISSION 2 : Les résidents et/ou référents peuvent-ils consulter ?	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1 - Le projet institutionnel de l'établissement ?		1							
2 - Le règlement d'Aide Sociale ?		1							
3 - La charte qualité ?	1							X	
4 - Les conditions d'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ?	1							X	
5 - Le règlement de la Caisse d'Allocation Familiale pour les aides au logement ?		1							
6 - Les prix des prestations pratiqués par l'établissement sont-ils communiqués ?	1							X	
7 - L'établissement s'assure-t-il toujours du consentement de la personne entrante ou de son représentant ou de la personne de confiance désignée par elle ?	1							X	
8 - Un état des lieux est-il effectué lors de la remise des clés de la chambre ?		1							
9 - La sécurisation des biens et valeurs de la personne est-elle organisée ?	1							X	

1-13 ADMISSION 2 : Les résidents et/ou référents peuvent-ils consulter ?		En %
	Forces	56
	Faiblesses	44

Eléments de preuve
Projet d'établissement Charte de la personne accueillie Grille tarifs
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me L. OZENFANT Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD Service des admissions

Constat
* Tous les documents sont à la disposition des résidents et de leurs représentants au service des admissions de l'EHPAD sur simple demande. * La charte de la personne accueillie est affichée à tous étages.

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les efforts en matière de communication administrative à destination des résidents et de leurs familles lors de l'admission et au décours de la prise en charge.



2-40 LA PRESTATION ADMINISTRATIVE AUTOUR DU RESIDENT	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Y a-t-il un lieu réservé à l'accueil des nouveaux résidents - familles, des candidats à l'admission ?	1								
2- La facturation des frais de séjour est-elle explicitée de manière détaillée ?	1								
3- La prestation administrative (démarches réalisées par le personnel administratif pour le compte des résidents) est-elle organisée ?	1								
4- La prestation administrative est-elle connue des résidents ?	1								
5- Avez-vous institué un suivi permanent ou un rythme régulier de mise à jour des situations administratives ?	1								

2-40 LA PRESTATION ADMINISTRATIVE AUTOUR DU RESIDENT		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Constat sur place
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD Animatrice : Me L. DELACROIX Groupe gestion documentaire Groupe projet personnalisé Service des admissions

Constat
* L'animatrice gère les relations des résidents avec les services de tutelles.

Recommandations / Préconisations
* Pourvoir le poste d'auxiliaire médical par un poste de travailleur social (0,50 ETP autorisé mais non recruté) afin de recentrer les actions de l'animatrice vers son cœur de métier et répondre aux besoins et attentes des résidents et de leurs familles.



1-16 FORMALISATION DE LA PROCEDURE D'ACCUEIL	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1 - Existe-t-il des protocoles écrits pour l'accueil ?		1							
2 - Existe-t-il un livret d'accueil ?	1								
3 - L'actualisation du livret d'accueil est-elle formalisée ?	1								
4 - Le protocole d'accueil est-il connu de l'ensemble du personnel ?		1							
5 - Cet accueil fait-il l'objet d'une évaluation par l'équipe ou la direction dans le cadre de l'amélioration de la qualité ?		1							

1-16 FORMALISATION DE LA PROCEDURE D'ACCUEIL		En %
Forces	2	40
Faiblesses	3	60

Eléments de preuve
Procédure d'accueil
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD Groupe gestion documentaire

Constat
* Une procédure d'accueil existe mais n'a pas été réactualisée et est établie de façon partielle * Le livret d'accueil est commun entre le service de médecine, le SSR et l'EHPAD. * La procédure d'accueil n'est pas évaluée formellement.

Recommandations / Préconisations
* Rédiger la procédure d'accueil de tout nouveau résident * Ecrire le livret d'accueil spécifique à l'EHPAD.



1-97 VALIDITE DU CONTRAT DE SEJOUR PROPOSE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il un contrat de séjour ?	1								
2- A-t-il été validé ?	1								
3- En cas de modification, les informations relatives au contrat de séjour sont-elles régulièrement diffusées ?	1								
4- Si nécessaire, les données du contrat de séjour sont-elles régulièrement actualisées ?		1							
5- Le projet d'avenant au contrat de séjour fait-il l'objet d'une commission ou d'une information au Conseil de Vie Sociale?		1							

1-97 VALIDITE DU CONTRAT DE SEJOUR PROPOSE		En %
Forces	3	60
Faiblesses	2	40

Eléments de preuve
Contrat de séjour
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD IDE

Constat
* Le contrat de séjour est signé lors de l'admission mais ne bénéficie d'aucune actualisation par avenant au cours de la prise en charge.

Recommandations / Préconisations
* Réaliser un avenant au moins de façon annuelle dans le cadre de la mise à jour du contrat de séjour du résident (article L 311 du CASF)



1-41 LA VALEUR DU DOSSIER MEDICAL ET DE SON SUIVI	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il un dossier médical unique pour chaque résident au sein de l'établissement ?	1								
2- Le dossier médical est-il systématiquement renseigné ?	1								
3- Les antécédents médicaux, les pathologies sont-ils notés systématiquement ?	1								
4- Le traitement est-il régulièrement évalué ?	1								
5- Les éléments d'aide aux diagnostics dans l'établissement sont-ils accessibles ?	1								

1-41 LA VALEUR DU DOSSIER MEDICAL ET DE SON SUIVI		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve

Dossier médical papier et informatique
Dossier de soins papier et informatique
Entretien téléphonique avec le Dr VAN OSTA
Entretien avec le Dr THENAULT
Entretien avec le Groupe DSI

Personnes ressources rencontrées

Médecin : Dr TEMO
Médecin coordinateur : Dr VAN OSTA
Pharmacien gérant: Mr V. BARADEL
Groupe DSI
Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat

- * Le pharmacien est référent de l'informatisation du dossier de soins.
- * Les dossiers médicaux sont alimentés par les médecins traitants des résidents.
- * Un médecin coordinateur a été recruté il y a 2 mois afin d'uniformiser les pratiques médicales en internes (0,50 ETP pour 0,45 ETP autorisé).

Recommandations / Préconisations

- * Poursuivre le déploiement du DSI Informatisé



1-42 LA VALEUR DU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS ET DE SES MISES A JOUR	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il un dossier de soin dans l'établissement ?	1								
2- Est-il mis à jour ?	1								
3- Le dossier médical du résident contient-il une fiche de présentation du résident ?	1			X					
4- Le dossier médical du résident contient-il une fiche d'observation (comportement) ?		1		X					
5- Le dossier médical du résident contient-il une grille d'évaluation de la dépendance ?	1								
6- Le dossier médical du résident contient-il une fiche des différents relevés biologiques ?	1								
7- Le dossier médical du résident contient-il une fiche de démarche de soins ?		1							
8- Le dossier médical du résident contient-il une fiche de transmissions ?	1								
9- L'accessibilité et la maniabilité du dossier de soins sont-elles performantes ?		1		X					
10- La démarche et les protocoles de soins figurent-ils systématiquement au dossier de soins ?		1							

1-42 LA VALEUR DU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS ET DE SES MISES A JOUR		En %
Forces	6	60
Faiblesses	4	40

Eléments de preuve
Dossier médical papier et informatique Dossier de soins papier et informatique Entretien téléphonique avec le Dr VAN OSTA Entretien avec le Dr THENAULT Entretien avec le Groupe DSI
Personnes ressources rencontrées
Médecin : Dr THENAULT Médecin coordinateur : Dr VAN OSTA Pharmacien gérant: Mr V. BARADEL Groupe DSI Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD Equipe de soins



Constat

Actuellement, le DSI est morcelé :

- une partie est informatisée : prescriptions médicales et suivi du traitement médicamenteux
- une partie papier : transmissions ciblées, évaluation GIR dans l'armoire du poste de soins du 2ème étage
- une partie papier médicale : compte-rendu d'hospitalisation, examens biologiques et anciennes prescriptions médicales dans une armoire du poste de soins du 1er étage.

Recommandations / Préconisations

- * Regrouper tout le dossier patient dans le cadre de la migration informatique du dossier médical du patient
- * Centraliser tous les dossiers papiers concernant les résidents du 1er étage dans l'armoire du poste de soins du 1er étage
- * Centraliser tous les dossiers papiers concernant les résidents du 2ème étage dans l'armoire du poste de soins du 2ème étage.



1-43 SECRET MEDICAL	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- La confidentialité légale des informations au sein de l'établissement est-elle respectée ?	1								
2- Des indications ou références de soins sont-elles effectivement visibles dans la chambre du résident ?	1						X		
3- L'accès à la salle de soins est-il sécurisé ?	1								
4- L'accès à la salle de soins est-il règlementé ?	1								
5- L'accès au dossier médical personnel est-il sécurisé ?	1								
6- L'accès au dossier médical personnel est-il protocolisé ?		1							
7- Le personnel bénéficie-t-il de formations pratiques régulières sur le secret professionnel ?	1								
8- Les droits d'accès à l'informatique sont-ils définis ?	1								

1-43 SECRET MEDICAL		En %
Forces	7	88
Faiblesses	1	13

Eléments de preuve
Dossier médical papier et informatique Dossier de soins papier et informatique Entretien avec le Dr THENAULT Entretien avec le Groupe DSI
Personnes ressources rencontrées
Médecin : Dr THENAULT Pharmacien gérant: Mr V. BARADEL Groupe DSI Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD Equipe de soins : Mr C. BACHELIN et C. CHAUVIN (IDE)

Constat
* l'armoire du poste de soins du 1er étage et celle du poste de soins du 2ème étage ne sont pas fermées à clés. Néanmoins, l'accès aux 2 postes de soins est sécurisé par un code d'accès connu de tout le personnel * L'accès au dossier médical personnel peut être demandé (procédure PR-12.0 – Procédure de gestion des plaintes et des réclamations * Il existe une salle des archives dans le rez-de-chaussée de l'EHPAD qui a été entièrement organisée par une archiviste durant l'été 2014 ;

Recommandations / Préconisations
* Rédiger le protocole d'archivage du DSI papier * Sécuriser les armoires contenant les données médicales



1-47 ETHIQUE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Un comité d'éthique est-il formalisé dans la structure ?		1							
2- Le mode de fonctionnement du comité d'éthique est-il défini avec des règles établies ?		1		1					
3- Le comité d'éthique est-il saisissable par l'ensemble du personnel et des résidents ?		1		1					
4- Des règles de vouvoiement et tutoiement sont-elles en vigueur au sein de la structure ?	1								
5- L'utilisation d'un langage correct et du respect de l'interpellation des résidents est-il formalisé au sein de la structure ?	1								
6- Le personnel est-il sensibilisé à la démarche de refus de soins de la part d'un résident ?	1								

1-47 ETHIQUE		En %	
	Forces	3	50
	Faiblesses	3	50

Eléments de preuve
Constats sur site Entretiens
Personnes ressources rencontrées
Médecin : Dr THENAULT Equipe de soins Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* Il n'y a pas de comité éthique nommé dans l'établissement néanmoins, le groupe humanitude traite partiellement de questions d'éthiques (fin de vie, douleur). * L'établissement participe au comité éthique inter-établissement organisé par le réseau Emeraude.

Recommandations / Préconisations
* Formaliser un comité d'éthique pluridisciplinaire, un agenda de réunions fixées à l'avance ainsi qu'un programme concerté.



1-50 SOINS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Les résidents ou les référents connaissent-ils les différents modes d'accès aux soins médicaux et paramédicaux ?		1		x					
2- Le médecin est-il choisi par le résident ou son référent ?	1								
3- La traçabilité du consentement éclairé du résident existe-t-elle dans son dossier médical ?	1								
4- Si l'établissement accueille des stagiaires le consentement de la personne ou du référent est-il demandé ?	1								
5- Le dossier médical accompagne-t-il le résident lors des changements d'établissement / services.	1								
6- La permanence des soins est-elle assurée de manière coordonnée ?	1								
7- Vérifiez-vous le respect des prescriptions médicales ?	1								
8- Avez-vous établi des procédures pour les accidents de santé des résidents ?		1							
9- Lors de l'hospitalisation d'un résident, donnez-vous la fiche de liaison ?	1								

1-50 SOINS		En %
	Forces	78
	Faiblesses	22

Eléments de preuve
Constats sur site Entretiens
Personnes ressources rencontrées
Equipe médicale et de soins Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* Certaines procédures en lien avec les accidents de santé des résidents existent et n'ont pas été réactualisées.

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les bonnes pratiques en matière de permanence des soins et de respect des prescriptions médicales impulsées par l'utilisation de l'outil informatique.
* Etablir une communication à destination des résidents leur permettant de mieux connaître leurs droits en matière d'accès aux soins médicaux et paramédicaux.
* Mettre à jour les procédures existantes et relatives aux accidents de santé des résidents.



1-26 CONTENTIONS : DROITS, LIBERTE ET TRACABILITE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- La structure dispose-t-elle d'un questionnement sur la contention des résidents ?	1								
2- La structure effectue-t-elle régulièrement une évaluation de la contention pratiquée ?	1								
3- Le personnel est-il formé aux risques liés à la contention ?	1								
4- Assurez-vous la traçabilité des contentions effectuées ?	1								
5- Effectuez-vous un suivi et une réévaluation des contentions réalisées ?	1								
6- La structure effectue-t-elle une analyse des contentions réalisées ?		1							
7- Effectuez-vous une évaluation sur le risque lié à la liberté de circulation ?		1							

1-26 CONTENTIONS : DROITS, LIBERTE ET TRACABILITE		En %
Forces	5	71
Faiblesses	2	29

Eléments de preuve
Constat sur site Entretiens
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Equipe médicale et de soins Ingénieur qualité

Constat
* Les résidents sont libres d'aller et venir au sein de l'établissement et à l'extérieur. Aucune évaluation n'a été réalisée afin d'estimer les risques encourus par les résidents afin de garantir la liberté de circulation.
* Les portes d'entrées sont fermées la nuit afin de garantir la sécurité des résidents de tout risque d'intrusion.
* Des prescriptions médicales avec un renouvellement toutes les 24 heures existent lorsqu'une contention médicale est instaurée. Elle fait l'objet d'une réévaluation quotidienne et de suivi par le personnel médical et de soins.

Recommandations / Préconisations
* Analyser et commenter en équipe de façon régulière les contentions médicales réalisées dans l'Etablissement, notamment dans le cadre des mises à jour régulière des projets personnalisés des résidents.
* Evaluer de façon régulière les risques encourus par les résidents dans le cadre de la liberté de circulation interne et externe.



1-95 LES FACILITES OFFERTES EN MATIERE DE PRATIQUE DES CULTES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- L'établissement se soucie-t-il du culte des résidents ?	1								
2- Disposez-vous de lieux appropriés à la pratique des différents cultes ?		1							
3- Les lieux de cultes de l'établissement sont-ils accessibles quel que soit le handicap des résidents ?	1								
4- Offrez-vous la possibilité de transport des résidents vers des lieux de culte extérieurs ? (Evénements familiaux par exemple)		1							
5- Les représentants des différents cultes ont-ils un accès libre dans l'établissement ?	1								

1-95 LES FACILITES OFFERTES EN MATIERE DE PRATIQUE DES CULTES		En %
Forces	3	60
Faiblesses	2	40

Eléments de preuve
Entretiens Comptes rendus du CVS

Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Psychologue : Me L. SCHWARTZ Animatrice : Me L. DELACROIX

Constat
* Une messe en interne est organisée par l'animatrice une fois par mois. * Il n'a pas été fait état de besoins supplémentaires en matière de culte * Les résidents sont libres d'exercer le culte qu'ils souhaitent et les représentants de ces cultes ont un accès libre à l'établissement.

Recommandations / Préconisations
* Clarifier les orientations de l'établissement en matière de culte dans le futur projet d'établissement. * Interroger les nouveaux membres du CVS afin de recueillir les souhaits actualisés des résidents et de leurs familles



4-21 LA FACTURATION DES PRESTATIONS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Les procédures de facturation des résidents sont-elles conformes aux recommandations ?	1								
2- Les différentes prestations fournies par l'établissement sont-elles clairement indiquées sur la facture ?	1								
3- Les produits annexes des prestations sont-ils clairement identifiés sur les factures ?	1								
4- Les conditions de règlement des factures par les résidents sont-elles clairement définies et identifiées sur les factures ?	1								
5- La possibilité de règlement par prélèvement automatique de la facture est-il possible au sein de l'établissement ?	1								
6- La possibilité de régler une facture par un résident directement à l'accueil/comptabilité de l'établissement est-elle possible ?		1							
7- La facturation des prestations est-elle réalisée en terme échu ?	1								
8- Les différentes prestations de confort/esthétique sont-elles gérées et facturées par l'établissement ?		1							
9- Les différentes prestations de soins sont-elles gérées et facturées par l'établissement ?		1							

4-21 LA FACTURATION DES PRESTATIONS		En %
	Forces	67
	Faiblesses	33

Eléments de preuve
Entretien avec la Directrice Entretien avec le Kinésithérapeute Libéral
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Kinésithérapeute : Mr R. TIJHUIS

Constat
* Les formalités internes relatives à la facturation sont efficaces et n'appelle pas de remarque particulière. * Les prestations réalisées par des intervenants extérieurs sont payées directement par le résident ou son représentant, sans que l'EHPAD ne porte un droit de regard sur les prestations facturées

Recommandations / Préconisations
* Mettre en place un relevé des facturations réalisées auprès des résidents par les intervenants extérieurs et le formaliser lors du renouvellement des conventions de partenariat.



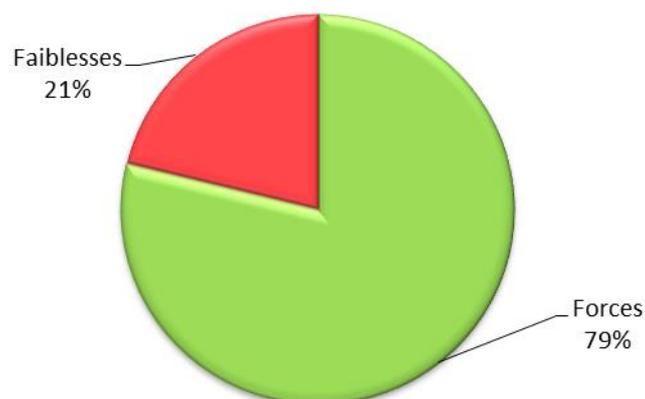
THEME 5 : L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION DES USAGERS

Cadre	<p>Inscrite dans le Code de l'Action Sociale et des Familles, la participation de l'utilisateur est un élément central de la loi du 2 janvier 2002. Cette participation est de deux formes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La participation de l'utilisateur à sa propre prise en charge : mise en place d'un accompagnement individualisé et mise en place de documents d'accompagnement spécifiques. - La participation à la vie et au fonctionnement de l'établissement : Conseil de la Vie Sociale, Enquêtes de satisfaction ou toute autre forme de participation <p>Institué par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et concrétisé par le décret 2004-287 du 25 mars 2004, le Conseil de la vie sociale (CVS) est un outil destiné à garantir les droits des usagers et leur participation au fonctionnement de l'établissement d'accueil : « Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un Conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en œuvre obligatoirement le Conseil de la vie sociale sont précisées par décret. Ce décret précise également, d'une part, la composition et les compétences de ce conseil et, d'autre part, les autres formes de participation possibles. »</p>
-------	---

Résultat Global	FORCES	FAIBLESSES
	79%	21%

Adm	1-8 LE REFERENT	50%	50%
Adm	1-36 CONSEIL DE LA VIE SOCIALE (CVS)	71%	29%
Adm	1-96 FACILITES D'EXPRESSION DES RESIDENTS ET LES MOYENS D'INFORMATION MIS A DISPOSITION	100%	0%
Adm	1-114 QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION	71%	29%
Adm	2-26 LA VIE COLLECTIVE DES RESIDENTS	80%	20%
Adm	2-27 AVIS DES RESIDENTS ET RYTHMES	100%	0%

Thème 5 : Expression et participation des usagers





Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM

- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009)
- Qualité de vie en EHPAD (Volet 2) : de l'accueil de la personne à son accompagnement (septembre 2011).
- Qualité de vie en EHPAD (Volet 3) : la vie sociale des résidents en EHPAD (Janvier 2012)



1-8 LE REFERENT	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Un référent familial (autre que la personne de confiance) est-il désigné par le résident ?	1								
2- Les références du référent familial sont-elles actualisées ?		1							
3- Le référent familial est-il informé de tout incident ou accident concernant le résident ?	1								
4- Les familles sont-elles invitées à participer aux activités collectives ?	1								
5- Des groupes de paroles des familles sont-ils organisés de façon régulière ?		1							
6- Des réunions d'information sont-elles organisées à destination des familles ?		1							

1-8 LE REFERENT		En %
	Forces	3
	Faiblesses	3

Eléments de preuve
entretien collectif CVS Entretien groupe projet personnalisé
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Psychologue : Me L. SCHWARTZ Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD CVS Groupe Projet personnalisé Animatrice : Me L. DELACROIX

Constat
* Le référent est désigné à l'admission par le résident mais ces données ne sont pas actualisées. * Les familles sont invitées à participer à la vie de l'EHPAD et informées de tout changement d'état de santé du résident. * Il n'y a pas ni groupe de parole ni réunion d'information en dehors du CVS permettant de recueillir les attentes et besoins des familles

Recommandations / Préconisations
* Lors du questionnaire d'évaluation annuelle, inclure une partie afin de réactualiser les données relatives aux familles * Instituer avec la psychologue des groupes de parole : projet de "café débat" en cours de création



1-36 CONSEIL DE LA VIE SOCIALE (CVS)	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Des résidents participent-ils au CVS ?	1								
2- Des membres de familles participent-ils au CVS ?	1								
3- Des membres du personnel participent-ils au CVS ?	1								
4- Des membres de la direction participent-ils au CVS ?	1								
5- Un mode de fonctionnement est-il défini pour le CVS ?		1							
6- Plusieurs commissions sont-elles définies suivants différents thèmes ?		1							
7- Une analyse des comptes rendus du CVS est-elle réalisée par les professionnels de la structure ?	1								

1-36 CONSEIL DE LA VIE SOCIALE (CVS)		En %
Forces	5	71
Faiblesses	2	29

Eléments de preuve

Compte rendu du CVS en date du 18/06/2014
Entretien collectif

Personnes ressources rencontrées

Directrice : Me E. OZENFANT
Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD
CVS

Constat

- * Le CVS existe et a été constitué de façon conforme au CASF (Articles D 311-6 à D 311-20). Néanmoins, les membres ont été élus le 2 septembre 2014 et la première réunion a eu lieu le 12 novembre 2014. Le PV n'a pas encore été rédigé.
- * Le règlement de fonctionnement du CVS n'a pas encore été rédigé alors qu'il aurait dû être établi lors de la première réunion (Article D 311-19).
- * Les membres du CVS représentants des résidents et des familles ne connaissent pas encore exactement leurs missions et ont accepté de proposer leur candidature au scrutin afin de "rendre service". Une formation complémentaire est prévue afin de leur apporter toutes les compétences nécessaires afin de mener à bien leur rôle.

Recommandations / Préconisations

- * Rédiger le règlement de fonctionnement du CVS
- * Inscrire très rapidement les membres élus du CVS à la formation complémentaire destinées à leur apporter toutes les connaissances nécessaires afin de mener à bien leurs missions.
- * Réunir au moins 3 fois par an le CVS sur convocation du président (Article D 311-16 du CASF)



1-96 FACILITES D'EXPRESSION DES RESIDENTS ET LES MOYENS D'INFORMATION MIS A DISPOSITION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Les résidents ont-ils le choix des activités ?	1								
2- Les résidents participent-ils à la décoration des lieux de vie de l'établissement ?	1								
3- Les résidents en perte d'autonomie (psychique, comportementale, cognitive) participent-ils aux activités et à la décoration de l'établissement ?	1								
4- Utilisez-vous régulièrement un moyen d'information et d'expression à destination des résidents ?	1								
5- Possédez-vous dans votre établissement un (ou des) lieu(x) privilégié(s) de diffusion de l'information ?	1								

1-96 FACILITES D'EXPRESSION DES RESIDENTS ET LES MOYENS D'INFORMATION MIS A DISPOSITION		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
<p>Constat sur site Entretiens individuels et de groupe Procédure : Gestion des plaintes et réclamations (Aout 2014)</p>
Personnes ressources rencontrées
<p>Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD Psychologue : Me L. SCHWARTZ Animatrice : Me L. DELACROIX</p>

Constat
<ul style="list-style-type: none"> * Il existe une bonne dynamique en matière d'animation et de respect des attentes des résidents. * Les résidents participent à la décoration de l'établissement, les colonnes de la salle d'animation ont été peintes par des enfants de la Cité, favorisant ainsi l'espace intergénérationnel local. * L'animatrice gère une partie des formalités sociales des résidents, notamment les liens avec les services de tutelle. Elle dispose d'un classeur prévu à cet effet et conservé à son poste de travail (un coin bureau aménagé dans la grande salle d'animation et de réunion).

Recommandations / Préconisations
<ul style="list-style-type: none"> * Poursuivre la dynamique en matière d'animation et de respect des attentes des résidents.



1-114 QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Un questionnaire de satisfaction des résidents existe-t-il au sein de l'établissement ?	1								
2- Ce questionnaire de satisfaction est-il donné aux résidents ou à leurs familles après quelques semaines suivant l'entrée en établissement ?		1							
3- Ce questionnaire est-il ponctuellement réalisé auprès des résidents ou familles au cours de l'année ?		1							
4- Ce questionnaire est-il formalisé pour cibler certains aspects de prise en charge de l'établissement ?	1								
5- Les enquêtes de satisfaction sont-elles analysées ?	1								
6- Les résultats des enquêtes de satisfaction sont-ils communiqués ?	1								
7- Les résultats des enquêtes de satisfaction sont-ils suivis d'actions d'amélioration ?	1								

1-114 QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION		En %
Forces	5	71
Faiblesses	2	29

Eléments de preuve
Questionnaire de satisfaction annuel Compte rendu du CVS en date du 18/06/2014
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* L'établissement réalise un questionnaire de satisfaction annuel qui est analysé. Les résultats sont présentés au personnel et au CVS et aux résidents. * Il n'y a pas de questionnaire ponctuel réalisé auprès des résidents et de leur famille.

Recommandations / Préconisations
* Réaliser une enquête de satisfaction dans le premier mois suivant l'admission afin de s'assurer que l'établissement répond aux attentes et besoins du nouveau résident et de sa famille. * Réaliser des enquêtes de satisfaction de façon ponctuelle selon des thématiques spécifiques lorsque nécessaire



2-26 LA VIE COLLECTIVE DES RESIDENTS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- L'animation de Conseil de vie sociale permet-elle une expression réelle des résidents ?	1								
2- Les compliments, suggestions ou plaintes émanant des résidents et/ou de leur entourage sont-ils recueillis ?	1								
3- Les personnes dans l'incapacité de s'exprimer sont-elles sollicitées par d'autres moyens ?		1							
4- La participation de l'entourage familial des résidents à la vie dans l'établissement est-elle favorisée ?	1								
5- L'expression des résidents est-elle analysée en équipe en vue d'améliorer la qualité de vie des personnes ?	1								

2-26 LA VIE COLLECTIVE DES RESIDENTS		En %
Forces	4	80
Faiblesses	1	20

Eléments de preuve
Compte rendu du CVS en date du 18/06/2014 Entretien collectif avec le CVS
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD CVS

Constat
* Le CVS existe et répond aux exigences règlementaires en matière de représentativité tant au niveau des résidents que des familles. * L'établissement ne propose pas de solution alternative quant aux modalités d'expression des résidents dans l'incapacité de le faire.

Recommandations / Préconisations
* Réfléchir aux moyens à mettre en œuvre afin que les résidents qui ne peuvent pas s'exprimer puissent être sollicités.



2-27 AVIS DES RESIDENTS ET RYTHMES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Les remarques des résidents sur les changements apportés dans l'établissement sont-elles sollicitées ?	1								
2- Les remarques des résidents sur les changements apportés dans l'établissement sont-elles évaluées ?	1								
3- Les remarques des résidents sur les changements apportés dans l'établissement sont-elles prises en compte ?	1								
4- Les rythmes de la vie quotidienne des résidents sont-ils respectés : Horaires des repas ?	1								
5- Les rythmes de la vie quotidienne des résidents sont-ils respectés : Amplitude entre de dernier repas et le premier repas ?	1								
6- Les rythmes de la vie quotidienne des résidents sont-ils respectés : Liberté de l'heure du coucher ?	1								

2-27 AVIS DES RESIDENTS ET RYTHMES		En %
Forces	6	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Constat sur site
Personnes ressources rencontrées
Personnel soignant Personnel hôtelier

Constat
* Lors de l'observation de la vie institutionnelle, une patiente s'est réveillée et levée à 10h en demandant son petit déjeuner. Le personnel s'est immédiatement mobilisé afin de la servir (le petit déjeuner ayant été conservé au chaud). * Les rythmes de chacun sont respectés (heure du coucher, horaires des salles communes de télévision...).

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les bonnes pratiques en matière de respect des rythmes des résidents



THEME 6 : BIENTRAITANCE, APPLICATION DES BONNES PRATIQUES DE SOINS, DES NORMES D'HYGIENE ET DE SECURITE, POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

Cadre	<p><u>Définition ANESM de la Bienveillance</u> : « La bienveillance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance »</p> <p>L'application des bonnes pratiques de soins permet ainsi de développer la culture de la Bienveillance et la qualité de la personnalisation de la prise en charge. .</p> <p>L'organisation de la gestion des risques dans les établissements et le développement de la culture de la sécurité s'avèrent donc indispensables pour assurer la qualité et la sécurité vis-à-vis des usagers.</p>
-------	---

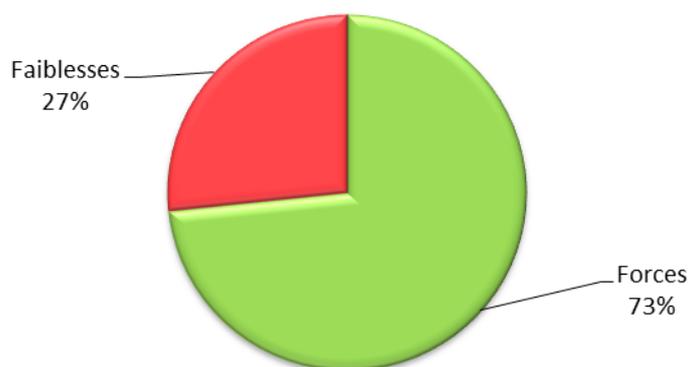
Résultat Global	FORCES	FAIBLESSES
	73%	27%

Soins	1-78 MALTRAITANCE ET BIENTRAITANCE	40%	60%
Soins	1-10 EVALUATION DU RESIDENT	40%	60%
Soins	1-28 EQUILIBRE, AUTONOMIE, INDEPENDANCE ET SECURITE	83%	17%
Soins	2-28 MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX	60%	40%
Soins	1-52 HYGIENE DES SOINS	87,5%	12,5%
Soins	1-53 GESTION ET SECURISATION DES MEDICAMENTS	100%	0%
Soins	1-55 PARTICULARITES DES MEDICAMENTS	86%	14%
Soins	1-56 ORDONNANCES ET AUTOMEDICATION	100%	0%
Soins	1-59 RISQUES ET LISTES DES MEDICAMENTS	100%	0%
Soins	1-60 LES RISQUES DE SANTE	71%	29%
Soins	1-67 CONTENTIONS ET CHUTES	71%	29%
Soins	1-69 CHUTES ET PREVENTION	80%	20%
Soins	1-72 ESCARRES ET PREVENTION	0%	100%
Adm	1-27 SITUATIONS DIVERSES	75%	25%
Adm	1-98 MESURE DE PREVENTION DE CERTAINS RISQUES	100%	0%
Soins	3-14 LA SECURITE ASSUREE PAR L'ETABLISSEMENT EN CE QUI CONCERNE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	80%	20%
Adm	2-11 CABINET DE TOILETTE	80%	20%
Adm	2-12 ESPACES PARTICULIERS ET SPECIFIQUES	78%	22%
Adm	2-13 SITUATIONS PARTICULIERES	100%	0%
Adm	2-14 SECURITE	44%	56%
Adm	2-15 SECURITE INCENDIE	100%	0%
Adm	2-16 LES NORMES	33%	67%
Adm	2-17 CONTRÔLE SANITAIRE ET SPECIAL	100%	0%
Adm	2-32 LA PRESTATION RESTAURATION	100%	0%
Adm	2-33 L'ALIMENTATION	80%	20%
Soins	2-31 PROPRETE ET HYGIENE	80%	20%



Adm	2-37 NETTOYAGE ET PRODUITS	29%	71%
Adm	2-38 LA PRESTATION BLANCHISSERIE	57%	43%
Adm	2-39 LA PRESTATION MAINTENANCE IMMOBILIERE ET MOBILIERE	71%	29%

Thème 6 : Bienveillance, Bonnes pratiques, Hygiène, prévention et gestion des risques



Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM associées à la thématique

- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance(décembre 2008)
- Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (octobre 2010)
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement - document réalisé conjointement par l'Anesm et la HAS (avril 2012)
- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement (Mai 2014)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents en EHPAD (janvier 2012)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (septembre 2011)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)



1-78 MALTRAITANCE ET BIEN TRAITANCE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le numéro national d'appel Allo maltraitance 3977 est-il affiché auprès de l'accueil de l'établissement ?	1								
2- L'établissement a-t-il nommé un référent bientraitance en son sein ?		1							
3- Est-il connu des résidents ?		1							
4- Est-il connu des familles ?		1							
5- Est-il connu des personnels ?		1							
6- Est-il connu des intervenants ?		1							
7- Ce référent bénéficie-t-il régulièrement de formations adaptées ?		1							
8- Les coordonnées des personnes qualifiées sur la bientraitance sont-elles affichées dans l'établissement ?	1								
9- L'établissement dispose-t-il d'une charte bientraitance ?	1								
10- La charte bientraitance de l'établissement est-elle affichée ?	1								

1-78 MALTRAITANCE ET BIEN TRAITANCE		En %
Forces	4	40
Faiblesses	6	60

Eléments de preuve
* Le Numéro national 3977 est affiché ainsi que la charte de la personne accueillie dans tous les étages sur les tableaux destinés à la communication vers les résidents
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur qualité : L. BILLIARD Psychologue : Me L. SCHWARTZ

Constat
* Il n'y a pas de référent bientraitance dans l'établissement

Recommandations / Préconisations
* Désigner un référent bientraitance qui devra être connu des résidents, de leur famille, du personnel et des intervenants.
* Proposer des formations bientraitance au personnel et aux intervenants extérieurs (réseau Emeraude)



1-10 EVALUATION DU RESIDENT	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Une évaluation des risques individuels est-elle réalisée ?		1							
2- Une évaluation des capacités individuelles des résidents est-elle réalisée ?	1								
3- Une actualisation des capacités de chaque résident est-elle réalisée ?		1							
4- Fait-elle l'objet de consignation des évolutions constatées ?		1							
5- Le matériel nécessaire à la préservation de l'autonomie est-il présent ?	1								

1-10 EVALUATION DU RESIDENT		En %
Forces	2	40
Faiblesses	3	60

Eléments de preuve
DSI Entretien
Personnes ressources rencontrées
Equipe de soins Kinésithérapeute : Mr R. TIJHUIS

Constat
* Une évaluation des capacités individuelles est réalisée à l'admission mais il n'existe pas de réévaluation des risques individuels des résidents. L'évaluation des capacités individuelle n'est pas réactualisée au cours de la prise en charge mais sera fait prochainement dans le cadre du projet personnalisé. * L'établissement dispose d'équipements techniques nécessaires à la préservation de l'autonomie des résidents (salle de kinésithérapie, lève-malades, douches aménagées...).

Recommandations / Préconisations
* Réactualiser au moins une fois par an une évaluation des capacités individuelles du résident. * Procéder à une évaluation des risques individuels à l'admission puis au moins une fois par an.



1-28 EQUILIBRE, AUTONOMIE, INDEPENDANCE ET SECURITE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Est-il procédé à l'évaluation des risques et des fragilités de la personne ?		1							
2- Les risques potentiels et les mesures de protection sont-ils présentés à la personne et font-ils l'objet d'un échange préalable ?	1								
3- Des procédures ou des protocoles sont-ils élaborés pour prévenir les risques majeurs identifiés par les professionnels ?	1						X		
4- Des procédures ou des protocoles sont-ils élaborés pour gérer les évènements indésirables ?	1								
5- Des procédures ou des protocoles sont-ils élaborés pour traiter des faits de maltraitance ?	1			X					
6- Des procédures ou des protocoles sont-ils élaborés pour prendre les décisions de contention ?	1								

1-28 EQUILIBRE, AUTONOMIE, INDEPENDANCE ET SECURITE		En %
Forces	5	83
Faiblesses	1	17

Eléments de preuve
<p>DSI</p> <p>Protocole : Règles de bientraitance dans le cas de refus de soins et agressivité (Aout 2009)</p> <p>Procédure : Gestion des faits de maltraitance (Aout 2009)</p> <p>Protocole : Mise sous contention (Novembre 2013)</p> <p>Procédure : Gestion des évènements indésirables (Janvier 2014)</p>
Personnes ressources rencontrées
<p>Ingénieur qualité : Mr L.BILLIARD</p> <p>Directrice : Me E. OZENFANT</p> <p>Equipe de soins</p>

Constat
Des procédures existent. Les risques potentiels sont appréciés de façon informelle par l'équipe à travers ses pratiques professionnelles (décret de compétence IDE).

Recommandations / Préconisations
* Actualiser de façon plus régulière les procédures et protocoles existants



2-28 MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Un registre comportant le relevé des infections est-il systématiquement mis à jour ?		1							
2- Une incitation à la vaccination contre la grippe est-elle formalisée à destination des intervenants extérieurs à l'établissement ?	1								
3- Une incitation à la vaccination contre la grippe est-elle formalisée à destination des personnels de l'établissement ?	1								
4- Une incitation à la vaccination contre la grippe est-elle formalisée à destination des résidents de l'établissement ?	1								
5- Un partenariat est-il formalisé avec une structure externe pour une intervention en cas d'épidémie ?		1							

2-28 MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX		En %
Forces	3	60
Faiblesses	2	40

Eléments de preuve
<p>Constat sur site Procédure : Suivi des couvertures vaccinales du personnel approuvée par le CHSCT le 4/09/2014</p>
Personnes ressources rencontrées
<p>Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD</p>

Constat
<ul style="list-style-type: none"> * Il n'y a pas de registre comportant le relevé des infections * Des affiches incitant à la vaccination contre la grippe les résidents et le personnel sont affichées à chaque étage. Une procédure approuvée par le CHSCT existe. * Il n'existe pas de partenariat formalisé avec une structure externe en cas d'épidémie.

Recommandations / Préconisations
<ul style="list-style-type: none"> * Instaurer et mettre à jour de façon régulière un registre comportant le relevé des infections survenues dans l'établissement (Médecin coordinateur + Cadre infirmier) * Etablir une convention de partenariat avec une structure externe pour une intervention en cas d'épidémie. * Missionner le médecin coordinateur sur la maîtrise du risque infectieux dès lors qu'il sera opérationnel en interne.



1-52 HYGIENE DES SOINS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le matériel à usage unique est-il utilisé systématiquement lors des soins ?	1								
2- Une infirmière hygiéniste intervient-elle dans l'établissement ?		1							
3- Existe-t-il des protocoles d'hygiène des mains conformes aux recommandations ?	1								
4- Sont-ils accessibles aux personnels ?	1								
5- Le personnel est-il formé à ces protocoles ?	1								
6- Existe-t-il une convention signée avec un prestataire d'élimination des DASRI ?	1								
7- L'utilisation des collecteurs agréés est-elle vérifiée ?	1								
8- Existe-t-il une procédure de gestion de tri sélectif des déchets ?	1								

1-52 HYGIENE DES SOINS		En %
Forces	7	87,5
Faiblesses	1	12,5

Eléments de preuve
Entretien individuel Protocole : Entretien individuel d'une chambre (2011) Protocole : Protocole DASRI (2009) Procédure de gestion des déchets (2013)
Personnes ressources rencontrées
Correspondante hygiène : Me C. DE THOUARS Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* Un poste d'infirmière hygiéniste existe en interne mais il est actuellement non pourvu et remplacé par une correspondante hygiène, formée il y a plusieurs années, et dont les connaissances n'ont pas été remises à jour. * Un protocole DASRI existe mais n'a pas été actualisé depuis 2009. * Des affichettes relatives au lavage des mains sont présentes dans tous les sanitaires ainsi que des gels antiseptiques et hydro-alcooliques ;

Recommandations / Préconisations
* Prévoir rapidement une formation complémentaire de l'IDE correspondante en hygiène. * Mettre à jour le protocole de tri sélectif des déchets * Mettre à jour le protocole DASRI



1-53 GESTION ET SECURISATION DES MEDICAMENTS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Un pharmacien intervient-il dans la gestion du circuit du médicament ?	1								
2- La gestion des prescriptions est-elle informatisée ?	1								
3- Les dates de péremption des médicaments sont-elles vérifiées systématiquement ?	1								
4- Les ordonnances délivrées par les médecins libéraux intervenants dans l'établissement sont-elles données directement aux personnels concernés ?	1								
5- Lors de prescriptions multiples par différents intervenants, un contrôle global du traitement est-il prévu par le médecin coordinateur ?	1								

1-53 GESTION ET SECURISATION DES MEDICAMENTS		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve

Visite de la PUI

Présentation du DSI et des chariots médicaments par étage

Entretien individuel

Procédure : Délivrance des toxiques (11/03/2014)

Protocole : Délivrance des médicaments à statut particulier (10/04/2010)

Protocole : Besoin de médicaments en urgence aux heures de fermeture de la PUI (24/04/2014)

Protocole : Contenu et utilisation du chariot d'urgence (*pas de date*)

Protocole : Prise en charge médicamenteuse de la personne âgée (*pas de date*)

Protocole : Antibiothérapie des infections à clostridium difficile (28/10/2010)

Protocole : Antibiothérapie au cours des infections communautaires respiratoires basses (28/06/2010)

Protocole : Antibiothérapie des infections urinaires bactériennes de l'adulte en dehors de la femme enceinte (28/06/2010)

Protocole : Surveillance de la prescription des antibiotiques (12/04/2010)

Protocole : Médicaments déconseillés chez la personne âgée (10/04/2010)

Personnes ressources rencontrées

Pharmacien : Mr V. BARADEL

Préparatrice en pharmacie

IDE : Mr C. BACHELIN / C. CHAUVIN

Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD

Constat

* La gestion et la sécurisation des médicaments est parfaitement organisée et assurée. L'outil informatique mis en place permet une sécurisation renforcée du circuit du médicament en interne.

* De nombreux protocoles existent Certains n'ont pas été approuvés ni actualisés.

Recommandations / Préconisations

* Poursuivre les bonnes pratiques relatives à la gestion et à la sécurisation des médicaments

* Mettre à jour de façon régulière les procédures et protocoles



1-55 PARTICULARITES DES MEDICAMENTS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- L'arrêt d'un médicament est-il géré de manière à informer systématiquement le personnel concerné ?	1								
2- Existe-t-il une procédure permettant d'apprécier l'efficacité des traitements ?									X
3- Existe-t-il une procédure permettant de connaître les effets secondaires des traitements ?		1							
4- Les effets indésirables, secondaires ou imprévus des médicaments font-ils l'objet d'une déclaration ?	1								
5- Les effets indésirables, secondaires ou imprévus des médicaments font-ils l'objet d'une alerte auprès du prescripteur ?	1								
6- Les effets indésirables, secondaires ou imprévus des médicaments font-ils l'objet d'une alerte auprès du médecin coordonnateur ?	1								
7- Le refus de prise de médicament par un résident est-il géré de manière spécifique ?	1								
8- Lors du refus de prise de médicament par un résident, le médecin coordonnateur est-il informé ?	1								

1-55 PARTICULARITES DES MEDICAMENTS		En %
Forces	6	86
Faiblesses	1	14

Eléments de preuve
DSI Informatisé Protocole : Bonnes pratiques d'administration des médicaments : patients ayant des difficultés à avaler les formes solides (13/12/2013)
Personnes ressources rencontrées
Pharmacien : Mr. V. BARADEL

Constat
* L'établissement est sensibilisé aux particularités des médicaments par la forte implication du pharmacien

Recommandations / Préconisations
* Rédiger une procédure permettant de reconnaître les effets secondaires des principaux médicaments utilisés (Pharmacien + Médecin coordonnateur+ Cadre IDE)



1-56 ORDONNANCES ET AUTOMEDICATION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- La rédaction des ordonnances informatique respecte-t-elle l'arrêté du 31 mars 1999 - Art.3 ?	1								
2- La sécurisation des ordonnances est-elle assurée ?	1								
3- La prescription médicamenteuse verbale est-elle ultérieurement formalisée par un écrit ?	1								
4- L'automédication est-elle surveillée ?	1								
5- L'automédication est-elle accompagnée de conseils aux résidents et aux familles ?	1								

1-56 ORDONNANCES ET AUTOMEDICATION		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
DSI Informatisé
Personnes ressources rencontrées
Pharmacien : Mr. V. BARADEL IDE : Mr C. BACHELIN / C. CHAUVIN

Constat
* La rédaction et la sécurisation des ordonnances n'appelle pas de commentaire particulier. * L'automédication existe mais reste marginale.

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les bonnes pratiques en matière de gestion des prescriptions médicales.



1-59 RISQUES ET LISTES DES MEDICAMENTS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Une information sur les risques iatrogènes médicamenteux est-elle disponible ?	1								
2- Le médecin coordonnateur forme-t-il le personnel soignant et les intervenants libéraux sur les risques iatrogènes médicamenteux ?	1			X					
3- Des actions préventives sont-elles formalisées dans le cadre des risques iatrogènes ?	1			X					
4- Le médecin coordonnateur a-t-il établi la liste des médicaments d'urgence uniquement réservée à cet usage ?	1								
5- Une liste de médicaments en usage fréquent au sein de l'établissement est-elle établie ?	1								
6- Une liste de médicaments en usage fréquent au sein de l'établissement est-elle fournie aux intervenants extérieurs ?	1								

1-59 RISQUES ET LISTES DES MEDICAMENTS		En %
Forces	6	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Entretien téléphonique avec le médecin coordonnateur Entretien pharmacien
Personnes ressources rencontrées
Medecin coordonnateur : Dr VAN OSTA Pharmacien : M. V. BARADEL

Constat
Les risques et listes de médicaments n'appellent pas de commentaire particulier.

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les bonnes pratiques en matière de gestion des risques et listes de médicaments.



1-60 LES RISQUES DE SANTE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il des procédures de gestion des risques non infectieux ?	1								
2- Existe-t-il des procédures de prévention des risques non infectieux ?	1								
3- Existe-t-il une analyse des risques non infectieux ?		1							
4- Existe-t-il des procédures de gestion des risques épidémiques ?	1								
5- Existe-t-il des procédures de prévention des risques épidémiques ?	1								
6- Existe-t-il une analyse des risques épidémiques ?		1							
7- Existe-t-il une procédure des évènements indésirables ?	1								
8- Une procédure d'admission en urgence dans l'établissement existe-elle et est-elle formalisée ?									X

1-60 LES RISQUES DE SANTE		En %
Forces	5	71
Faiblesses	2	29

Eléments de preuve
<p>Procédure : Appel en cas d'urgence médicale à l'hôpital (2010)</p> <p>Protocole : Prévention des risques de déshydratation (2012)</p> <p>Protocole : Prévention des risques d'hyperthermie (2012)</p> <p>Protocole : Prévention des troubles liés à l'altération brutale de l'état général du résident (2012)</p> <p>Protocole : Prévention des escarres (2009)</p> <p>Protocole : Hygiène bucco-dentaire (2010)</p> <p>Protocole : Traitement des escarres constitués (2009)</p>
Personnes ressources rencontrées
<p>Directrice : Me E. OZENFANT</p> <p>Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD</p> <p>IDE correspondante hygiène</p> <p>Equipe médicale et de soins</p>

Constat
* De nombreuses procédures et protocole existent concernant les risques de santé mais certains n'ont pas été actualisés récemment.

Recommandations / Préconisations
* Actualiser les procédures et protocoles en lien avec les risques de santé et en collaboration avec le médecin coordinateur.



1-67 CONTENTIONS ET CHUTES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il des dispositifs de prévention des chutes ?	1								
2- Existe-t-il un registre des déclarations de chute ?		1							
3- Les circonstances des chutes sont-elles analysées ?		1							
4- Existe-t-il une procédure de limitation de la contention physique ?	1								
5- La contention physique est-elle uniquement sur prescription médicale ?	1								
6- La contention physique fait-elle l'objet d'une surveillance spécifique ?	1								
7- La contention physique fait-elle l'objet d'une évaluation ?	1								

1-67 CONTENTIONS ET CHUTES		En %	
	Forces	5	71
	Faiblesses	2	29

Eléments de preuve
Protocole : Mise sous contention (2013) Constat sur site Entretiens
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Médecin coordinateur : Dr VAN OSTA (Entretien téléphonique) Kinésithérapeute : Mr R. TIJHUIS

Constat
* Des prescriptions médicales existent lorsqu'une mise en contention médicale est nécessaire. * Du matériel technique est installé si nécessaire dans les chambres et les lieux commun. * Le kinésithérapeute est impliqué dans le dispositif de prévention des chutes : il intervient 2 fois/ semaine dans une salle spacieuse et spécialement aménagée à cet effet et reçoit 3 à 4 résidents en même temps afin de stimuler et créer du lien social entre les résidents des étages différents. * Il n'existe pas de registre de déclaration de chute.

Recommandations / Préconisations
* Créer un registre de déclaration de chute



1-69 CHUTES ET PREVENTION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- L'environnement pour prévenir les chutes est-il organisé pour les divers déplacements ? (sols, signalétiques visuelles ou tactiles....)	1								
2- Des ateliers équilibre sont-ils mis en place ?	1								
3- Ces ateliers sont-ils mis en place par une personne compétente ?	1								
4- Des moyens sont-ils mis en place pour prévenir les chutes en cas de résident à haut risque (lit bas , barrières.....) ?	1								
5- Avez-vous à disposition un protocole pour évaluer le risque de chute ?		1							

1-69 CHUTES ET PREVENTION		En %
Forces	4	80
Faiblesses	1	20

Eléments de preuve
Constat sur site Entretiens
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Kinésithérapeute : Mr R. TIJHUIS

Constat
<ul style="list-style-type: none"> * Des rampes sont placées ou installées le long des couloirs de circulation ainsi que dans les salles de douche. * Le kinésithérapeute est impliqué dans le dispositif de prévention des chutes : il intervient 2 fois/ semaine dans une salle spacieuse et spécialement aménagée à cet effet et reçoit 3 à 4 résidents en même temps afin de créer du lien et de la stimulation de groupe. * Certains membres du personnel de soins sont formés à Oméga et les ASG réalisent des séances d'équilibre lorsqu'elles le peuvent.

Recommandations / Préconisations
<ul style="list-style-type: none"> * Associer le médecin coordinateur à la prévention des chutes : atelier avec le kinésithérapeute, dépistage du risque de chute...? * Rédiger un protocole destiné à évaluer le risque individuel de chute



1-72 ESCARRES ET PREVENTION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Disposez-vous de protocole d'évaluation des risques d'escarres au sein de l'établissement ?		1							
2- L'élaboration de votre protocole est-elle conforme avec les recommandations de l'HAS ?		1							
3- Une personne référente de la prise en charge des escarres est-elle désignée sur l'établissement ?		1							
4- Disposez-vous d'outil pour réaliser l'évaluation du risque d'escarre ?		1							
5- Une périodicité d'évaluation est-elle définie dans votre protocole ?		1							

1-72 ESCARRES ET PREVENTION		En %
Forces	0	0
Faiblesses	5	100

Eléments de preuve
Protocole : Prévention des escarres (2009)
Personnes ressources rencontrées
Equipe de soins Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* Il existe uniquement un protocole lié à la prévention des escarres datant de 2009. * Aucune évaluation formelle n'existe même si elle est réalisée de façon permanente par l'équipe soignante dans le cadre de leurs pratiques quotidiennes. * Il n'existe pas de personne référente de la prise en charge des escarres au sein de l'établissement.

Recommandations / Préconisations
* Rédiger un protocole d'évaluation des risques d'escarres en conformité avec les recommandations de l'HAS. * Nommer une personne référente de la prise en charge des escarres * Réfléchir sur un outil permettant de réaliser l'évaluation du risque d'escarre et en définir la périodicité



1-27 SITUATIONS DIVERSES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le recueil des souhaits en matière de pratiques religieuses est-il effectué ?	1								
2- Le recueil des souhaits en matière de pratiques civiques est-il effectué ?	1								
3- La dignité de la personne est-elle prise en compte dans l'habillement des résidents ?	1								
4- Le suivi de l'évolution du poids et de la perte de poids des résidents est-il organisé ?	1								
5- La prise en charge des états de dépression des résidents est-elle assurée ?	1								
6- La prévention des infections est-elle assurée ?	1								
7- Une procédure de prévention des vols est-elle organisée ?		1							
8- Une procédure de prévention des intrusions est-elle organisée ?		1							

1-27 SITUATIONS DIVERSES		En %
	Forces	6 75
	Faiblesses	2 25

Eléments de preuve
Entretiens DSI Procédure : Dépôt des objets de valeur (2010)
Personnes ressources rencontrées
Equipe de soins Directrice : Me E. OZENFANT Animatrice : Me L. DELACROIX IDE Psychiatrique : Me ROBERT (entretien téléphonique)



Constat

- * L'animatrice coordonne une messe en interne un dimanche par mois, à la demande des résidents.
- * Les souhaits en matière de pratiques civiques sont respectés, des systèmes de vote par correspondance sont organisés avec le concours de la gendarmerie.
- * Chaque résident dispose de sa propre garde-robe personnelle. Les besoins en renouvellement vestimentaire sont coordonnés par les équipes de soins et les familles/référents.
- * Chaque résident est pesé dans la mesure du possible une fois par mois.
- * L'établissement dispose d'un poste de psychologue qui assure le suivi psychologique des résidents, selon les besoins et attentes formulés. Un partenariat avec le CMP de Corbigny (joignable 5j/7 et qui dépend du CHS de La Charité sur Loire) permet l'intervention d'une infirmière psychiatrique (Me ROBERT) si nécessaire. Le CMP propose des évaluations du risque suicidaire (grille spécifique), des ateliers mémoire, des évaluations cognitives (MMS), des suivis psychiatriques...
- * Les soins sont assurés dans le cadre des règles d'hygiène et de sécurité. Les règles en matière de DASRI sont respectées même si le circuit est à revoir. Le circuit du linge est rationalisé.
- * Les procédures de prévention des vols et prévention des intrusions ne sont pas formalisées de façon écrite.

Recommandations / Préconisations

- * Rédiger les procédures de prévention des vols et de prévention des intrusions.



1-98 MESURE DE PREVENTION DE CERTAINS RISQUES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- L'établissement assure-t-il la prévention de l'isolement social ?	1								
2- L'établissement assure-t-il la prévention de l'altération des fonctions cognitives ?	1								
3- L'établissement assure-t-il la prévention de l'altération de la mobilité ?	1								
4- L'établissement assure-t-il la prévention de l'incontinence ?	1								
5- L'établissement assure-t-il la prévention de la dénutrition ?	1								
6- L'établissement assure-t-il la prévention de la déshydratation ?	1								

1-98 MESURE DE PREVENTION DE CERTAINS RISQUES		En %
Forces	6	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
<p>Constat sur site</p> <p>Entretien avec l'association "Les amis de l'hôpital"</p> <p>Programme des animations</p> <p>Protocole : Prévention des risques de déshydratation (2012)</p> <p>Procédure : Dépistage de la dénutrition et suivi nutritionnel (2011)</p> <p>Protocole : Prévention des troubles liés à l'altération brutale de l'état général du résident (2012)</p> <p>Protocole : Hygiène bucco-dentaire (2010)</p>
Personnes ressources rencontrées
<p>Directrice : Me E. OZENFANT</p> <p>Association : "Les Amis de l'Hôpital" : Mr GUIST</p> <p>Psychologue : Me L. SCHWARTZ</p> <p>Animatrice : Me L. DELACROIX</p> <p>Kinésithérapeute : Mr R. TIJHUIS</p>

Constat
<ul style="list-style-type: none"> * L'association "Les amis de l'Hôpital", créée dans les années 80 dont l'objet social est "d'assurer des activités sociales, culturelles et récréatives" permet aux résidents de conserver le lien social avec la vie extérieure à l'établissement. * Des ateliers mémoire sont assurés par la psychologue afin de prévenir les altérations des fonctions cognitives * Le kinésithérapeute est impliqué dans le dispositif de prévention : il intervient 2 fois/ semaine dans une salle spacieuse et spécialement aménagée à cet effet et reçoit 3 à 4 résidents en même temps afin de créer du lien. * Le personnel soignant stimule les résidents afin de conserver un maximum d'autonomie en matière de continence, hydratation...

Recommandations / Préconisations
<ul style="list-style-type: none"> * Poursuivre les bonnes pratiques en matière de prévention * Actualiser les différents protocoles et procédures



3-14 LA SECURITE ASSUREE PAR L'ETABLISSEMENT EN CE QUI CONCERNE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le C.L.I.N. (comité de lutte contre les infections nosocomiales) ou son équivalent est-il mis en place dans l'établissement ?	1								
2- L'établissement fait-il appel à un personnel qualifié en matière d'hygiène de soins ?	1								
3- Un correspondant de matério-vigilance a-t-il été désigné dans l'établissement ?	1								
4- La « traçabilité » de l'infection nosocomiale est-elle assurée dans votre établissement ?		1							
5- L'utilisation des produits à usage unique est-elle généralisée dans votre établissement ?	1								

3-14 LA SECURITE ASSUREE PAR L'ETABLISSEMENT EN CE QUI CONCERNE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES		En %	
	Forces	4	80
	Faiblesses	1	20

Eléments de preuve
Constat sur site

Personnes ressources rencontrées
Pharmacien : Mr V. BARADEL IDE correspondante Hygiène : Me C. DE THOUARS Equipe médicale et de soins Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* La Directrice nous fait part de la présence d'un médecin hygiéniste 6 jours/an * L'établissement utilise du matériel de soins à usage unique dans le cadre des pratiques quotidiennes. * Les infections nosocomiales ne sont pas répertoriées dans un registre spécifique

Recommandations / Préconisations
* Assurer la traçabilité des éventuelles infections nosocomiales dans l'EHPAD * Poursuivre les bonnes pratiques et la sensibilisation de tout le personnel concernant la lutte contre les infections nosocomiales.



2-11 CABINET DE TOILETTE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le cabinet de toilette individuel des résidents respecte-t-il l'intimité ?	1								
2- Le cabinet de toilette individuel des résidents est-il adapté pour l'aide à la toilette ?	1								
3- Le cabinet de toilette individuel des résidents comporte-t-il des barres de maintien ?	1								
4- Le cabinet de toilette individuel des résidents comporte-t-il un fauteuil pour la douche ?	1								
5- Les toilettes sont-ils adaptés pour permettre le levé/assis des résidents par deux accompagnants ?		1							

2-11 CABINET DE TOILETTE		En %
Forces	4	80
Faiblesses	1	20

Eléments de preuve
Constat sur site
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Equipe de soins

Constat
L'EHPAD est constitué de 2 ailes : <ul style="list-style-type: none">- Une aile répartie sur 2 étages datant de 2004, dont l'architecture des locaux est parfaitement adaptée à la prise en charge des résidents. Les cabinets de toilette sont équipés de douches à l'italienne et de barre de maintien garantissant une sécurité optimale. L'espace disponible permet à deux soignants d'intervenir simultanément lorsque le résident nécessite une sécurisation soutenue lors des transferts nécessaires à l'hygiène et la mobilisation.- Une aile datant des années 80 avec une salle de douche commune et vétuste (infiltrations d'eau, peinture défraîchie...), mais néanmoins sécurisée (douche à l'italienne, barres de maintien, espace...).

Recommandations / Préconisations
* Continuer d'entretenir les locaux et la sécurisation des salles de bain.



2-12 ESPACES PARTICULIERS ET SPECIFIQUES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- L'établissement dispose-t-il d'un espace climatisé ?	1								
2- L'espace climatisé ou les espaces climatisés permettent-ils d'accueillir l'ensemble des résidents ?	1								
3- Le revêtement des pièces d'eau est-il antidérapant ?		1							
4- Les couloirs sont-ils suffisamment éclairés ?	1								
5- Les zones de circulations comportent-elles des dénivellations ?		1							
6- Les locaux correspondent-ils aux besoins réels des résidents ?	1								
7- Les espaces administratifs permettent-ils une bonne prise en charge des résidents ?	1								
8- Les espaces soins permettent-ils une bonne prise en charge des résidents ?	1								
9- Des espaces pour les intervenants extérieurs sont-ils disponibles ?	1								

2-12 ESPACES PARTICULIERS ET SPECIFIQUES		En %
	Forces	78
	Faiblesses	22

Eléments de preuve
Constat sur site
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
L'architecture de l'établissement dans sa globalité est adaptée à la prise en charge des résidents. * 2 cabinets de consultation pour les médecins extérieurs sont à leur disposition * 1 salon de coiffure équipé est situé à l'entrée de l'établissement Les étages ne comprennent pas de dénivellations (sols plats) et sont reliés entre eux par des escaliers ou des ascenseurs.

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les bonnes pratiques



2-13 SITUATIONS PARTICULIERES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- La conception des locaux permet-elle une bonne organisation du travail ?	1								
2- La gestion des crises est-elle formalisée ?	1								
3- La communication interne en période de crise est-elle organisée ?	1								
4- La communication externe en période de crise est-elle organisée ?	1								

2-13 SITUATIONS PARTICULIERES		En %
Forces	4	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Entretiens Plan Blanc (V1 – Juin 2006)
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* Un plan Blanc existe mais sa version est initiale et n'a jamais été remis à jour depuis juin 2006
* La Directrice nous fait part du fait qu'elle n'a jamais eu à gérer de situation de crise depuis son arrivée (janvier 2014).

Recommandations / Préconisations
* Mettre à jour le plan Blanc.
* Organiser l'établissement de telle manière que la Directrice soit capable de déclencher le Plan Blanc
* Adapter la communication afin de promouvoir les PCA



2-14 SECURITE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il un contrôle d'accès des personnes extérieures à l'établissement ?		1							
2- Des dispositifs anti-chutes (barre de maintien, sol antidérapant) ont-ils été installés ?	1								
3- Les espaces privatifs comportent-ils des dispositifs d'appel ?	1								
4- Le personnel a-t-il accès à tous les locaux ?	1								
5- Un schéma organigramme de gestion des clés d'ouverture des différentes portes est-il en vigueur au sein de l'établissement ?		1							
6- Un registre des situations et évènements d'urgence est-il disponible au sein de l'établissement ?	1								
7- Ce registre est-il connu de l'ensemble du personnel ?		1							
8- Le personnel actuel et futur est-il régulièrement invité à prendre connaissance de ce registre ?		1							
9- Fait-il l'objet de réactualisation régulière et programmée ?		1							

2-14 SECURITE		En %
Forces	4	44
Faiblesses	5	56

Eléments de preuve
Constat sur site Procédure : Sécurisation des accès de l'établissement la nuit (2010)
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* Toutes les portes nécessitant une sécurisation sont équipées d'un digicode connu par le personnel concerné (postes de soins, pharmacie...).

Recommandations / Préconisations
* Etablir un registre des situations et évènements d'urgence : le diffuser à l'ensemble du personnel et le réactualiser régulièrement



2-15 SECURITE INCENDIE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- La commission de sécurité incendie est-elle régulièrement organisée ?	1								
2- Un rapport de cette commission existe-il ?	1								
3- Cette commission a-t-elle formulé des remarques ?	1								
4- Ces remarques ont-elles fait l'objet d'un plan d'action ?	1								
5- Existe-t-il un registre de sécurité ?	1								
6- Ce registre est-il conforme ?	1								

2-15 SECURITE INCENDIE		En %
Forces	6	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Entretien collectif
Personnes ressources rencontrées
Responsable des services techniques : Mr J. LANGEVIN Technicien en chef : Mr D. LOMBART

Constat
* Les normes en matière de sécurité incendie sont particulièrement respectées et suivies par les services techniques

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les bonnes pratiques en matière de sécurité et de son suivi



2-16 LES NORMES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- L'accès à l'établissement intègre-t-il les normes handicap ?	1				X				
2- Il y a-t-il eu un contrôle des conditions d'accessibilité par un organisme agréé ?		1		X					
3- L'organisme de contrôle a-t-il émit des réserves ?		1		X					
4- Ces réserves sont-elles couvertes par un plan d'actions ?		1							
5- Un dossier technique amiante (DTA) a-t-il été effectué par un organisme agréé (établissement antérieur à 1997) ?	1								
6- L'organisme de contrôle a-t-il émit des réserves ?				X					
7- Ces réserves sont-elles couvertes par un plan d'actions ?				X					
8- Lors de travaux, ce dossier est-il fournit aux entreprises intervenant ?		1							
9- Un constat des risques d'exposition au plomb (CRET) a-t-il été effectué par un organisme agréé (établissement antérieur à 1949) ?									X
10- L'organisme de contrôle a-t-il émit des réserves ?									X
11- Ces réserves sont-elles couvertes par un plan d'actions ?									X

2-16 LES NORMES		En %
	Forces	2
	Faiblesses	4
		33
		67

Eléments de preuve
Constat sur site Entretien collectif
Personnes ressources rencontrées
Responsable des services techniques : Mr J. LANGEVIN Technicien en chef : Mr D. LOMBART

Constat
* L'établissement n'a pas encore eu de contrôle des conditions d'accessibilité par un organisme agréé mais un rendez-vous est programmé début décembre 2014 (Organisme Veritas).
* Le DTA a été réactualisé durant l'été 2014. L'établissement est en attente du rapport du cabinet.
* la porte d'entrée de l'EHPAD est accessible aux personnes à mobilité réduite pour les personnes uniquement accompagnées afin d'ouvrir les portes du sas manuellement.

Recommandations / Préconisations
* Installer un système permettant aux personnes à mobilité réduite de se déplacer seules (exemples de systèmes) : - sonnette extérieure accessibles aux personnes à mobilité réduite afin de signaler leur présence à l'entrée et permettre ainsi aux secrétaires de l'accueil de venir ouvrir les portes (coût peu élevé) - travaux d'aménagement et de transformation du sas d'entrée par des portes à ouverture automatique (coût élevé).



2-17 CONTRÔLE SANITAIRE ET SPECIAL	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- L'établissement applique-t-il la circulaire concernant la prévention du risque lié aux légionnelles de l'eau (N°493 du 28/10/20005) ?	1								
2- Le registre sanitaire existe-t-il au sein de l'établissement ?	1								
3- Le registre sanitaire est-il régulièrement suivi ?	1								
4- Les conditions d'hygiène applicables pour la restauration collective sont-elles appliquées (arrêté du 29/09/1997) ?	1								
5- L'interdiction de fumer est-elle appliquée au sein de l'établissement (circulaire du 12/12/2006) ?	1								
6- Existe-t-il un plan bleu conforme aux exigences du décret du 7 juillet 2005 ?	1								
7- Est-il appliqué ?	1								

2-17 CONTRÔLE SANITAIRE ET SPECIAL		En %
Forces	7	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
<p>Constat sur site</p> <p>Protocole : Entretien des canalisations d'eau chaude sanitaire, de purge et de prise de température approuvé par le CLIN le 18/09/2014</p> <p>Protocole : Conduite à tenir en cas de réseau d'eau chaude contaminé par des légionnelles approuvé par le CLIN le 18/09.2014</p> <p>Protocole : Gestion des produits de la chaine du froid (25/01/14)</p> <p>Entretien collectif</p>
Personnes ressources rencontrées
<p>Responsable des services techniques : Mr J. LANGEVIN</p> <p>Technicien en chef : Mr D. LOMBART</p> <p>Responsable cuisine : E. FIALA</p> <p>Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD</p>

Constat
<ul style="list-style-type: none"> * L'entretien des canalisations d'eau chaude sanitaire, de purge et de prise de température est réalisé de façon conforme sur des relevés prévus à cet effet et actuellement en cours d'archivage. * Le registre sanitaire existe et est suivi de façon régulière. * L'organisation du service de la restauration interne permet de répondre aux exigences de l'arrêté du 29/09/1997 en matière d'hygiène. La visite des cuisines a confirmé une grande rigueur du personnel concerné en matière d'hygiène. * L'interdiction de fumer est en vigueur au sein de l'EHPAD et de nombreux panneaux le rappelant sont affichés. Un espace fumeur est à disposition devant l'entrée de l'établissement. * L'établissement n'a pas encore rédigé de plan blanc, conformément à la circulaire du 7 juillet 2007



Recommandations / Préconisations

- * Poursuivre les bonnes pratiques en matière de contrôle sanitaire et spécial (Canalisations, hygiène du service de la restauration, respect de la loi Evin...)
- * Rédiger rapidement un Plan Blanc interne à l'EHPAD en s'appuyant sur les préconisations de l'ARS (guides d'élaboration d'un plan bleu disponibles en ligne sur les sites des ARS)



2-32 LA PRESTATION RESTAURATION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il des facilités d'expression des résidents sur la composition des menus ?	1								
2- Assurez-vous les menus de régime sur prescription médicale ?	1								
3- Servez-vous les repas dans une amplitude horaire suffisamment adaptée ?	1								
4- Mettez-vous à disposition un espace restauration privatif résident - famille ?	1								
5- Vous assurez-vous de l'équilibre alimentaire de vos menus par le concours d'une personne qualifiée ?	1								

2-32 LA PRESTATION RESTAURATION		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Constat sur site Entretien collectif Enquête de satisfaction 2014
Personnes ressources rencontrées
Diététicienne: Me C. BLANDINEAU Responsable cuisine : E. FIALA

Constat
* La prestation de restauration n'appelle pas de remarque particulière * Les résultats de l'enquête de satisfaction menée en 2014 indiquent une grande satisfaction des résidents quant à la qualité du service de la restauration (qualité des repas, quantité, température...)

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les bonnes pratiques en matière de restauration et de recueil des attentes et besoins des résidents.



2-33 L'ALIMENTATION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le plat principal peut-il être choisi par le résident ?	1						X		
2- Les menus varient-ils au fil des saisons ?	1								
3- Établissez-vous un bilan alimentaire pour chaque personne ?		1							
4- Sur prescription médicale, pouvez-vous proposer un repas mixé ?	1								
5- Sur prescription médicale, pouvez-vous proposer un régime ?	1								

2-33 L'ALIMENTATION		En %
Forces	4	80
Faiblesses	1	20

Eléments de preuve
Constat sur site Entretien collectif Enquête de satisfaction 2014
Personnes ressources rencontrées
Diététicienne: Me C. BLANDINEAU Responsable cuisine : E. FIALA

Constat
* L'organisation des repas n'appelle pas de remarque particulière * L'année est ponctuée par des déjeuners à thème (barbecue en été sur la terrasse...) * Un bilan alimentaire n'est pas réalisé de façon systématique pour chaque résident mais il est établi par la diététicienne pour les résidents qui nécessitent une adaptation alimentaire en fonctions de leurs besoins médicaux (régime diabétique, régime hyposodé...)

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les bonnes pratiques en matière de restauration



2-31 PROPLETE ET HYGIENE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le nettoyage et la désinfection des locaux font-ils l'objet d'un protocole ?	1								
2- La collecte et le tri des déchets sont-ils organisés ?	1								
3- La lutte contre les infections nosocomiales est-elle organisée ?	1								
4- Existe-t-il une procédure écrite à appliquer lors des infections contagieuses ?	1								
5- Une procédure de supervision ou de contrôle des taches de nettoyage est-elle en vigueur au sein de l'établissement ?		1							

2-31 PROPLETE ET HYGIENE		En %
Forces	4	80
Faiblesses	1	20

Eléments de preuve
Constat sur site Protocole : Entretien quotidien d'une chambre (2011) Protocole : Entretien d'une chambre après le départ du patient (2005) Protocole : Gestion des déchets (2013) Protocole : DASRI (2009)
Personnes ressources rencontrées
Correspondante Hygiène : Me C. DE THOUARS Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* Les locaux sont propres et bien entretenus

Recommandations / Préconisations
* Rédiger une procédure à appliquer lors des infections contagieuses * Actualiser le protocole DASRI



2-37 NETTOYAGE ET PRODUITS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il un dossier technique sur l'identification des produits d'entretien ?		1							
2- Existe-t-il des procédures de nettoyage des locaux ?	1								
3- Le personnel chargé de l'entretien des locaux est-il formé à ces procédures ?		1							
4- Existe-t-il une analyse des pratiques du personnel chargé de l'entretien ?		1							
5- Est-elle réalisée régulièrement ?		1							
6- Existe-t-il une procédure concernant le circuit du linge propre et sale ?	1								
7- Existe-t-il une procédure concernant le stockage du linge ?		1							

2-37 NETTOYAGE ET PRODUITS		En %
	Forces	2
	Faiblesses	5
		29
		71

Eléments de preuve
Constat sur site Entretien collectif Procédure : Entretien d'un chariot de linge propre (2010) Procédure : Entretien de l'armoire de linge (2010) Procédure : Entretien du chariot de linge sale (2010)
Personnes ressources rencontrées
Correspondante Hygiène : Me C. DE THOUARS Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD Equipe de ménage Lingère : Me G. LECLERC

Constat
* Des protocoles existent dans le cadre de l'entretien des locaux mais le personnel de ménage n'en a pas connaissance

Recommandations / Préconisations
* Actualiser les procédures liées à l'entretien des locaux et former le personnel à ces procédures en les associant lors de la rédaction.
* Analyser les pratiques du personnel chargé de l'entretien de façon régulière.



2-38 LA PRESTATION BLANCHISSERIE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le traitement du linge des résidents est-il intégralement pris en charge par l'établissement ?	1								
2- L'identification des effets des résidents est-elle prévue et organisée ?	1								
3- Le raccommodage est-il assuré par l'établissement ?	1								
4- Le délai de traitement des effets est-il assuré en 48 heures ?		1							
5- Le suivi du linge est-il assuré individuellement et jusqu'au retour dans la chambre du résident ?	1								
6- Les règles d'indemnisation pour la détérioration de linge sont-elles communiquées au résident ?		1							
7- Les règles d'indemnisation pour la perte de linge sont-elles communiquées au résident ?		1							

2-38 LA PRESTATION BLANCHISSERIE		En %
Forces	4	50
Faiblesses	3	50

Eléments de preuve
Constat sur site Entretien
Personnes ressources rencontrées
Responsable lingerie : Me G. LECLERQ Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* L'entretien et le raccommodage du linge des résidents est assuré par la lingerie interne de l'EHPAD. L'identification individuelle du linge est à la charge du résident. Cette information est stipulée dans les documents remis au résident lors de son admission. Le suivi individuel jusqu'au retour en chambre est assuré.
* Il n'existe pas de règle en matière d'indemnisation en cas de détérioration

Recommandations / Préconisations
* Rédiger une procédure en cas de détérioration du linge et en assurer sa diffusion auprès du CVS



2-39 LA PRESTATION MAINTENANCE IMMOBILIERE ET MOBILIERE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Il y a-t-il un plan de maintenance des biens mobiliers et immobiliers ?		1							
2- La maintenance curative est-elle assurée 24h/24?		1							
3- La réactivité des services techniques est-elle appropriée au degré d'urgence de la situation ?	1								
4- L'intervention des services techniques est-elle organisée et vérifiée ?	1								
A 5- Existe-t-il un registre des demandes d'intervention auprès des résidents ?	1								
6- Existe-t-il un système de programmation des travaux ?	1								
7- L'établissement assure-t-il la maintenance du mobilier personnel du résident ?	1								

2-39 LA PRESTATION MAINTENANCE IMMOBILIERE ET MOBILIERE	En %	
Forces	5	71
Faiblesses	2	29

Éléments de preuve
Entretien Constat sur site
Personnes ressources rencontrées
Responsable des services techniques : Mr J. LANGEVIN Technicien en chef : Mr D. LOMBART Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* Le plan de maintenance de l'établissement n'est pas formalisé. La maintenance curative n'est pas effective 24h/24, il n'y a pas de garde technique le soir en semaine. * Les services techniques de l'établissement sont organisés avec rigueur et méthodologie et assurent une réponse très rapide aux éventuels besoins techniques tant au niveau des résidents qu'à l'EHPAD en général. * Les demandes d'interventions sont effectuées via le réseau informatique partagé sur un fichier prévu à cet effet. Tout personnel de l'établissement peut y accéder et faire une demande d'intervention. Ce fichier permet également la traçabilité des actions menées et de l'état d'avancement des interventions en cours. * L'entretien et le suivi du parc automobile interne est organisé méthodiquement et un fichier de suivi pour chaque véhicule est tenu à jour.

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les bonnes pratiques relatives à l'organisation de la maintenance immobilière et mobilière



THEME 7 : Cohérence et continuité des actions et interventions

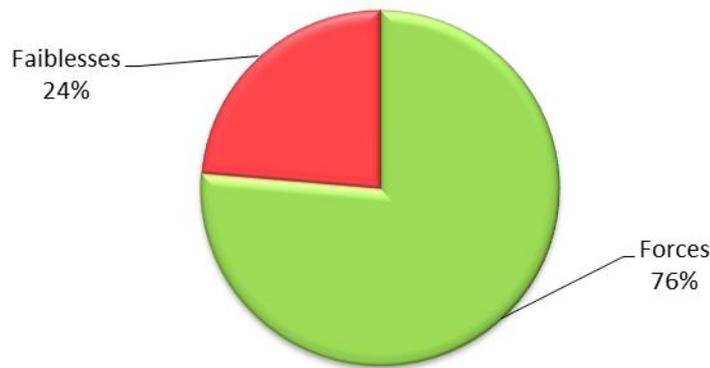
Cadre **Loi du 2 janvier 2002**

	FORCES	FAIBLESSES
THEME 7 : COHERENCE ET CONTINUITE DES ACTIONS ET INTERVENTIONS	76%	24%

Soins			
Soins	1-29 MAINTIEN ET DEVELOPPEMENT DE L'AUTONOMIE	71%	29%
Soins	1-35 LA FACON DE GERER LES PROTOCOLES LIES A L'INCONTINENCE	40%	60%
Soins	1-37 MODE DE GESTION DES COMPORTEMENTS A RISQUE	100%	0%
Soins	1-38 PREVENTION DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT	67%	33%
Soins	1-39 PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT	67%	33%
Soins	1-40 INTERVENANTS ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT	50%	50%
Soins	1-51 CONTINUITE DES SOINS	67%	33%
Soins	1-57 PRESCRIPTIONS ET RENOUELEMENTS DES TRAITEMENTS	100%	0%
Soins	1-58 DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS	100%	0%
Soins	1-61 LA DENUTRITION	100%	0%
Soins	1-63 ALIMENTATION	20%	80%
Soins	1-64 DOULEUR	100%	0%
Soins	1-65 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR UTILISEES	100%	0%
Soins	1-66 DOULEUR ET EVALUATION	71%	29%
Soins	1-68 LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES	63%	37%
Soins	1-71 ESCARRES	100%	0%
Soins	1-73 ESCARRES ET MATERIELS	50%	50%
Soins	1-76 SOINS PALLIATIFS ET PLAINTES	100%	0%
Soins	1-83 LA PRISE EN CHARGE DE LA TOILETTE	100%	0%
Soins	1-87 URGENCES	80%	20%
Soins	1-88 HOSPITALISATION	60%	40%
Soins	1-90 MODE DE CONTRÔLE PERMANENT DE L'EVOLUTION DE LA DEPENDANCE MIS EN ŒUVRE	100%	0%
Soins	1-111 FIN DE VIE ET PROCEDURES	83%	17%
Adm	1-92 ANIMATION 1	100%	0%
Adm	1-93 ANIMATION 2	63%	37%
Adm	1-94 ANIMATION 3	80%	20%
Adm	2-6 LA RICHESSE DES ESPACES DETENTE EXTERIEURS : Existe-t-il ?	60%	40%
Adm	2-7 LA RICHESSE DES ESPACES DE DETENTE INTERIEURS : Existe-t-il ?	60%	40%
Adm	2-34 ETRE INFORME DES MENUS	83%	17%
Adm	2-35 CONTEXTE DU REPAS ET SON DEROULEMENT	63%	37%
Adm	2-36 LE CADRE DES REPAS	67%	33%
Adm	2-48 OFFRE DE VALORISATION DE L'IMAGE CORPORELLE	80	20%



Thème 7 : Cohérence et continuité des actions et interventions



Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM

- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement - document réalisé conjointement par l'Anesm et la HAS (avril 2012)
- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement (Mai 2014)
- L'accompagnement des personnes atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement (février 2009)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012)
- L'accompagnement des personnes atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement (février 2009)



1-29 MAINTIEN ET DEVELOPPEMENT DE L'AUTONOMIE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il une procédure pour les soins pour état cutané, prévention d'escarres et risque d'infection urinaire ?		1					X		
2- Effectuez-vous des actions de prévention de l'incontinence pour les résidents continents ?	1								
3- Encouragez-vous les résidents à se déplacer seuls ?	1								
4- Les résidents avec risque de chutes font-ils l'objet d'un suivi individuel (registre des risques individuels) ?		1							
5- Encouragez-vous les personnes à se nourrir seules ?	1								
6- Surveillez-vous l'alimentation et l'hydratation des résidents ?	1								
7- A-t-on vérifié que le mode d'alimentation est adapté à la personne ?	1								

1-29 MAINTIEN ET DEVELOPPEMENT DE L'AUTONOMIE		En %
Forces	5	71
Faiblesses	2	29

Eléments de preuve
Constats sur site Procédure dépistage de la dénutrition et du suivi nutritionnel (juin 2006), Protocole prévention des escarres (octobre 2009),
Personnes ressources rencontrées
Equipe soignante Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
*Il existe uniquement un protocole de prévention des escarres et un protocole de traitement des escarres constitués. *Le maintien et le développement de l'autonomie est assuré au quotidien de façon informelle par les actes courants de tous les professionnels au sein de l'EHPAD. Des procédures existent mais n'ont pas été réactualisées. *Tous les résidents à risque de chute ne sont pas suivis.

Recommandations / Préconisations
Réactualiser les procédures et protocoles.



1-35 LA FACON DE GERER LES PROTOCOLES LIES A L'INCONTINENCE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- La personne est-elle régulièrement invitée à se rendre aux toilettes ?	1								
2- Une démarche personnalisée du suivi de l'incontinence est-elle mise en place ?		1							
3- La pose de sonde urinaire permanente est-elle fréquente ?		1							
4- L'actualisation des protocoles individuels est-elle régulière et formalisée ?		1							
5- La gestion des fournitures d'incontinence est-elle structurée et cohérente avec les besoins ?	1								

1-35 LA FACON DE GERER LES PROTOCOLES LIES A L'INCONTINENCE		En %
Forces	2	40
Faiblesses	3	60

Eléments de preuve
Observation de la vie institutionnelle
Personnes ressources rencontrées
Groupe Humanitude Equipe de soins

Constat
Lors de l'évaluation, il y avait 2 résidents porteurs de sonde vésicale sur 90 résidents. La pose de sonde urinaire n'est pas fréquente.

Recommandations / Préconisations
Rédiger une démarche personnalisée du suivi de l'incontinence et l'inclure dans le DSI de chaque résident.



1-37 MODE DE GESTION DES COMPORTEMENTS A RISQUE : Votre établissement est-il en mesure de gérer ces comportements :	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Fugueur	1								
2- Violent	1								
3- Dément	1								
4- Suicidaire	1								
5- Toxicomane, alcoolique	1								

1-37 MODE DE GESTION DES COMPORTEMENTS A RISQUE		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Observation de la vie institutionnelle Rencontres avec les résidents Protocole en cas de fugue (janvier 2014) Protocole règles de bienveillance dans le cas de refus de soin et agressivité (août 2009)
Personnes ressources rencontrées
Equipes de soins Psychologue : Me L.SCHWARTZ.

Constat
Les comportements à risques sont pris en compte et en charge dans l'établissement. La psychologue travaille en collaboration avec le CMP de Corbigny et le CHS de la Charité-sur-Loire.

Recommandations / Préconisations
Poursuivre les bonnes pratiques de gestion des comportements à risque



1-38 PREVENTION DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Un dépistage des troubles de l'humeur et du comportement est-il effectué à l'entrée du résident dans l'établissement ?		1		X					
2- Ce dépistage est-il renouvelé annuellement ?		1		X					
3- L'évaluation des troubles de l'humeur et du comportement est-il réalisé par une équipe pluridisciplinaire ?	1								
4- Cette évaluation est-elle réalisée avec une échelle validée ?	1								
5- Des professionnels de l'établissement sont-ils formés à cette échelle validée ?	1			X					
6- Un partenariat avec des structures ou des personnes spécialisées est-il formalisé ?	1								

1-38 PREVENTION DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT		En %
Forces	4	67
Faiblesses	2	33

Eléments de preuve
Entretiens
Personnes ressources rencontrées
Psychologue : Me L.SCHWATZ, IDE Psychiatrique (CMP Corbigny) : Me E.ROBERT (entretien téléphonique)

Constat
L'évaluation des troubles de l'humeur et du comportement est réalisée par une équipe pluridisciplinaire. Une échelle proposée par la psychologue est en cours de mise en place ainsi que son appropriation par les professionnels de santé

Recommandations / Préconisations
Utiliser ce nouvel outil dès l'admission du patient et le renouveler tous les ans.



1-39 PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Des protocoles de prise en charge adaptée sont-ils en usage au sein de l'établissement ?		1	X						
2- Les recommandations existantes sont-elles disponibles au sein de l'établissement ?	1								
3- Sont-elles connues et consultées en termes de référence ?		1					X		
4- L'avis des proches et de la famille du résident est-il sollicité ?	1								
5- La prise en charge non médicamenteuse des troubles de l'humeur et du comportement est-elle assurée ?	1								
6- Une réévaluation des prescriptions médicamenteuses est-elle réalisée entre le médecin traitant et l'équipe soignante de l'établissement ?	1								

1-39 PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT		En %
Forces	4	67
Faiblesses	2	33

Eléments de preuve
Rencontre avec le CVS Rencontre avec les médecins libéraux Rencontre avec l'équipe soignante Rencontre avec la psychologue
Personnes ressources rencontrées
Membre du CVS, Médecin : Docteur THENAULT Psychologue : Me L.SCHWARTZ

Constat
*La prise en charge est adaptée aux besoins de chaque résident mais les protocoles afférents ne sont pas écrits. *La prise en charge non médicamenteuse des troubles de l'humeur et du comportement est assurée par la psychologue et l'équipe pluridisciplinaire. *La réévaluation des prescriptions médicamenteuses est réalisée entre le médecin traitant et l'équipe soignante régulièrement

Recommandations / Préconisations
Rédiger les protocoles de prise en charge comme il est prévu, les réactualiser et les faire vivre.



1-40 INTERVENANTS ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Une coordination est-elle assurée entre le médecin traitant, les intervenants libéraux et l'établissement ?	1								
2- Les informations et observations spécifiques sont-elles partagées de manière cohérente entre tous les intervenants ?	1								
3- Chaque résident ayant des troubles de l'humeur et du comportement est-il suivi par un spécialiste (psychiatre, neurologue, etc...) ?		1							
4- Un temps d'intervention de psychologue est-il formalisé pour la prise en charge spécifique des résidents ayant des troubles de l'humeur et du comportement ?	1								
5- Un temps d'intervention de psychomotricien est-il formalisé pour la prise en charge spécifique des résidents ayant des troubles de l'humeur et du comportement ?		1							
6- Un temps d'intervention d'ergothérapeute est-il formalisé pour la prise en charge spécifique des résidents ayant des troubles de l'humeur et du comportement ?		1							

1-40 INTERVENANTS ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT		En %
Forces	3	50
Faiblesses	3	50

Éléments de preuve
Rencontre avec les médecins libéraux, Rencontre avec le kinésithérapeute, Rencontre avec la psychologue, Rencontre avec l'équipe soignante, Entretien téléphonique avec le CMP.
Personnes ressources rencontrées
Médecins libéraux : Docteur THENAULT, Docteur NUYTEN Psychologue : Me L.SCHWARTZ, IDE Psychiatrique (CMP Corbigny) : Me E.ROBERT (entretien téléphonique)

Constat
La coordination est assurée entre le médecin traitant, les intervenants libéraux et l'établissement. Les informations sont partagées entre tous les intervenants et sera encore plus efficace avec le DSI informatique.

Recommandations / Préconisations
Dans la mesure du possible, faire suivre chaque résident ayant des troubles de l'humeur et du comportement par un psychiatre ou un neurologue. Faire appel à un ergothérapeute libéral pour organiser des interventions auprès des résidents présentant des troubles de l'humeur et du comportement. Promouvoir les actions des ASG formées en leur dégageant du temps de soins destinés à des séances de réhabilitation cognitives.



1-51 CONTINUITÉ DES SOINS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Un autre agent peut-il assurer la coordination des soins ?	1								
2- La couverture diurne et nocturne en personnel est-elle réglementaire ?	1								
3- Un pôle de remplacement du personnel soignant est-il organisé ?		1							
4- Un accompagnement à l'hospitalisation est-elle prévue sur votre établissement ?		1							
5- Disposez-vous d'une liste des transports pouvant assurer les transferts de résidents 24h/24h ?	1								
6- Un questionnaire éthique existe-t'il sur l'anticipation des soins palliatifs et de support ?	1								

1-51 CONTINUITÉ DES SOINS		En %
	Forces	4
	Faiblesses	2
		67
		33

Éléments de preuve
Observation de la vie institutionnelle Rencontre avec les soignants Plannings du personnel, Rencontre professionnels sur la prise en soins de la fin de vie, Convention réseau Emeraude.
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E.OZENFANT IDE : C.BACHELIN, B.DUMOULIN, C CHAUVIN Equipe soignante

Constat
<ul style="list-style-type: none"> * Une ASH fait fonction d'aide-soignante. Une deuxième a obtenu le diplôme d'aide-soignante par la VAE. * Un IDE est présent chaque nuit pour tout l'établissement, SSR, Médecine et EPHAD. * Les transferts à l'hôpital sont assurés par les pompiers ou par des ambulances locales.

Recommandations / Préconisations
Réfléchir à l'organisation d'un accompagnement pour les transferts à l'hôpital.



1-57 PRESCRIPTIONS ET RENOUVELEMENTS DES TRAITEMENTS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le dossier de soins contient-il les prescriptions médicales ?	1								
2- La modification des traitements est-elle gérée de manière à informer systématiquement le personnel concerné ?	1								
3- Les renouvellements des prescriptions sont-ils organisés et gérés de manière particulière ?	1								
4- Les prescriptions et les renouvellements des médicaments sont-ils systématiquement effectués par des médecins ?	1								
5- Existe-t-il une procédure permettant de vérifier le suivi des traitements ?	1								

1-57 PRESCRIPTIONS ET RENOUVELEMENTS DES TRAITEMENTS		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Rencontre avec le pharmacien gérant de la PUI et référent de l'informatisation du DSI, Rencontre avec un IDE utilisateur du DSI.
Personnes ressources rencontrées
Pharmacien : Mr V.BARADEL IDE : Mr C.BACHELIN.

Constat
*Le DSI contient les prescriptions médicales, ainsi que leurs renouvellements qui sont établis uniquement par les médecins. *Une procédure de suivi du traitement est appliquée via le DSI informatisé.

Recommandations / Préconisations
Poursuivre les bonnes pratiques relatives à la gestion des prescriptions et leur renouvellement.



1-58 DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- La distribution des médicaments est-elle assurée de manière organisée en tenant compte des heures de prescription ?	1								
2- Lors de la distribution des médicaments, un contrôle des médicaments et du résident est-il effectué ?	1								
3- La traçabilité des prises de médicaments par les résidents est-elle assurée ?	1								
4- Une surveillance complète est-elle assurée lors de la prise des médicaments par les résidents ?	1								
5- Une aide spécifique est-elle apportée aux résidents le nécessitant lors de la distribution des médicaments ?	1								
6- Lors de la distribution des médicaments, l'accès aux médicaments est-il sécurisé ?	1								

1-58 DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS		En %
Forces	6	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Rencontre avec le pharmacien gérant de la PUI, Rencontre avec la préparatrice en pharmacie Rencontre avec les IDE de soins Chariot de distribution du traitement médicamenteux avec accès informatisé au DSI Visite de la pharmacie. Protocole délivrance des toxiques (04 2010), protocole délivrance des médicaments à statut particulier (04 2010).
Personnes ressources rencontrées
Pharmacien : Mr V.BARADEL

Constat
Le circuit de distribution des médicaments est organisé, contrôlé et l'accès aux médicaments sécurisé.

Recommandations / Préconisations
Poursuivre les bonnes pratiques relatives au circuit de distribution des médicaments



1-61 LA DENUTRITION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Disposez-vous d'un protocole de dépistage de malnutrition ou de dénutrition ?	1			X					
2- Le personnel est-il formé au dépistage de dénutrition ?	1								
3- Disposez-vous d'outils de dépistage (réglette IMC)	1								
4- La surveillance du poids est-elle tracée dans le dossier de soin ?	1								
5- Une périodicité de surveillance est-elle définie ?	1								
6- Disposez-vous de matériel adapté pour la surveillance du poids ? (balance)	1								
7- Des conduites à tenir sont-elles élaborées dans un protocole de prise en charge ?	1								

1-61 LA DENUTRITION		En %
Forces	7	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Protocole : Dépistage de la dénutrition et suivi nutritionnel (03 2010) Diagramme de soins Feuille de suivi de poids, Existence de plusieurs balances
Personnes ressources rencontrées
Equipe soignante Equipe hôtelière

Constat
*Chaque patient est pesé une fois par mois. *Plusieurs balances équipent les étages. *Le personnel dispose de réglettes IMC dans le cadre de certains suivis.

Recommandations / Préconisations
Poursuivre les bonnes pratiques de soins et de surveillance de la dénutrition.



1-63 ALIMENTATION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Disposez-vous d'un protocole d'alimentation par sonde gastrique ?		1							
2- Disposez-vous d'un protocole d'alimentation par gastrostomie ?		1							
3- Disposez-vous d'un protocole d'alimentation pour les résidents dysphagiques avec troubles de la déglutition ?		1							
4- Disposez-vous d'un protocole sur les risques de fausses routes et conduites à tenir ?		1							
5- Avez-vous réalisé des questionnaires de satisfaction sur la qualité des repas ?	1								

1-63 ALIMENTATION		En %
Forces	1	20
Faiblesses	4	80

Eléments de preuve
Questionnaire de satisfaction, Compte-rendu du CVS de juin 2014
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT IDE soins CVS

Constat
*Il existe un questionnaire de satisfaction qui traite entre autre de la qualité des repas. * L'EHPAD ne dispose pas de procédure ou protocole en lien avec l'alimentation spécifique lors de certaines pathologies ou troubles digestifs.

Recommandations / Préconisations
*Rédiger des protocoles et procédures en lien avec l'alimentation spécifique lors de certaines pathologies et notamment sur l'alimentation par sonde gastrique ou par sonde de gastrostomie, risque de fausse route....



1-64 DOULEUR	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il un protocole douleur ?	1								
2- Une échelle douleur est-elle utilisée ?	1								
3- Existe-t-il une formation douleur pour le personnel ?	1								
4- Existe-t-il un référent douleur ?	1								
5- La cible douleur apparaît-elle dans les transmissions ?	1								
6- L'établissement a-t-il signé une convention douleur ?	1								
7- Existe-t-il une prise en charge adaptée à la douleur ?	1								
8- Existe-t-il un CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) ?	1								

1-64 DOULEUR		En %
Forces	8	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Protocole : Evaluation de la douleur (03 2010) Rencontre référents douleur Entretien réseau Emeraude, Existence du CLUD
Personnes ressources rencontrées
Référents douleur : C.CHAUVIN, F.GUYONNET, M.MATTESCO

Constat
*Il existe 3 référents douleur au sein de la structure qui travaillent en étroite collaboration avec le réseau Emeraude spécialisé dans la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. *Plusieurs échelles sont utilisées par l'ensemble du personnel soignant.

Recommandations / Préconisations
Poursuivre les bonnes pratiques relatives au dépistage, à la surveillance et à la prise en charge de la douleur.



1-65 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR UTILISEES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il une prise en charge personnalisée de la douleur dans votre établissement ?	1								
2- La prise en charge de la douleur est-elle pluridisciplinaire ?	1								
3- Des protocoles de prise en charge de la douleur sont-ils en vigueur dans votre établissement ?	1								
4- Utilisez-vous des outils appropriés d'évaluation de la douleur ?	1								
5- Des moyens matériels appropriés pour la prise en charge de la douleur sont-ils disponibles dans votre établissement ?	1								

1-65 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR UTILISEES		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Protocole Evaluation de la douleur (03 2010) Rencontre référents douleur Entretien réseau Emeraude CLUD
Personnes ressources rencontrées
Référents douleur : C.CHAUVIN, F.GUYONNET, M.MATTESCO

Constat
*Il existe 3 référents douleur au sein de la structure qui travaillent en étroite collaboration avec le réseau Emeraude spécialisé dans la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. *Plusieurs échelles sont utilisées par l'ensemble du personnel soignant. *Les moyens matériels appropriés pour la prise en charge de la douleur sont présents dans la structure.

Recommandations / Préconisations
Poursuivre les bonnes pratiques relatives au dépistage, à la surveillance et à la prise en charge de la douleur.



1-66 DOULEUR ET EVALUATION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Vos échelles d'évaluation sont-elles adaptées à la capacité du résident ?	1								
2- L'évaluation est-elle réévaluée selon le protocole en vigueur au sein de la structure ?		1							
3- Disposez-vous de fiches de suivi de la douleur ?	1								
4- Avez-vous réalisé des questionnaires de satisfaction résident sur cette prise en charge de la douleur ?	1								
5- Disposez-vous de protocoles médicamenteux propres à votre établissement ?	1								
6- Disposez-vous de protocoles non médicamenteux au sein de votre établissement pour la prise en charge de la douleur ?		1							
7- Les recommandations de l'HAS sont-elles suivies dans le cadre de la prise en charge de la douleur ?	1								

1-66 DOULEUR ET EVALUATION		En %
	Forces	5
	Faiblesses	2
		71
		29

Eléments de preuve
Protocole : Evaluation de la douleur (03 2010) Protocole : Repérage, signalement et évaluation de la douleur (juillet2014). Rencontre référents douleur Présentation réseau Emeraude CLUD Echelle Algoplus
Personnes ressources rencontrées
Référents douleur : C.CHAUVIN, F.GUYONNET, M.MATTESCO

Constat
*Il existe 3 référents douleur au sein de la structure qui travaillent en étroite collaboration avec le réseau Emeraude spécialisé dans la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. *Plusieurs échelles sont utilisées par l'ensemble du personnel soignant.

Recommandations / Préconisations
Etablir des protocoles non médicamenteux pour la prise en charge de la douleur. Intégrer l'échelle Algoplus au protocole "évaluation de la douleur" datant de mars 2010.



1-68 LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Avez-vous dans votre structure mis en place des protocoles de prise en charge des chutes ?		1							
2- Ces protocoles sont-ils réalisés en équipe pluridisciplinaire?		1							
3- Une traçabilité des chutes en termes de suivi est-elle réalisée ?	1								
4- Une attention particulière est-elle apportée sur les causes de la première chute ?	1								
5- Les résidents disposent-ils d'un moyen d'alerte en cas de chute ?	1								
6- Le bilan de chute est-il réalisé par une personne compétente ?	1								
7- Disposez-vous d'un protocole pour réaliser le bilan de chute ?		1							
8- Le personnel est-il formé à la prévention des chutes et de leurs conséquences ?	1								

1-68 LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES		En %
	Forces	5
	Faiblesses	3

Eléments de preuve
Rencontre avec le kinésithérapeute libéral de l'établissement Rencontre avec l'équipe soignante, Constat sur site.
Personnes ressources rencontrées
Kinésithérapeute : Mr R.TIJHUIS

Constat
La prise en charge des chutes est assurée de façon informelle par le personnel soignant au quotidien qui veille, à travers ses actions, à limiter au maximum les risques et à prendre des mesures en cas de chute. Il n'existe pas de protocole de prise en charge des chutes Les résidences disposent de sonnettes dans leurs chambres en cas d'urgence. Le bilan des chutes de chaque résident est réalisé par son médecin traitant

Recommandations / Préconisations
Rédiger en équipe pluridisciplinaire les protocoles de prise en charge des chutes Installer un système d'alerte que les résidents porteraient sur eux Former des référents "chutes" afin de réaliser les bilans de chute et piloter la promotion de la prévention des chutes au sein de l'EHPAD.



1-71 ESCARRES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- La prévention d'escarre est-elle formalisée ?	1								
2- La prévention d'escarre est-elle réalisée ?	1								
3- Existe-t-il une procédure d'évaluation du risque d'escarre ?	1								
4- Existe-t-il une procédure de prise en charge des escarres ?	1								
5- Ces procédures sont-elles appliquées ?	1								

1-71 ESCARRES		En %
	Forces	5
	Faiblesses	0

Eléments de preuve
Protocole " prévention des escarres" (octobre 2009), Protocole : "traitement des escarres constitués" (octobre 2009), Rencontre IDE de soins.
Personnes ressources rencontrées
IDE

Constat
La prévention d'escarre est formalisée et réalisée, une procédure d'évaluation du risque d'escarre est écrite, une procédure de prise en charge des escarres existe et toutes ces procédures sont appliquées.

Recommandations / Préconisations
Réactualiser les procédures et continuer à les faire vivre et les alimenter.



1-73 ESCARRES ET MATERIELS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Disposez-vous de matériels pertinents pour la prévention des risques d'escarres ? (matelas, coussins...)	1								
2- Le matériel utilisé pour la prise en charge des escarres vous paraît-il pertinent ?	1								
3- Le personnel est-il régulièrement formé sur la prise en charge de ses soins d'escarres suivant les recommandations de l'HAS ?		1							
4- Disposez-vous d'un dossier de suivi de ces escarres ?		1							
5- Avez-vous une analyse sur les nouveaux cas d'escarres recensés sur votre structure ?		1							
6- Avez-vous des prestataires extérieurs partenaires pour vos dispositifs médicaux et applications thérapeutiques ?	1								

1-73 ESCARRES ET MATERIELS		En %	
	Forces	3	50
	Faiblesses	3	50

Éléments de preuve
Constat sur site.

Personnes ressources rencontrées
Equipe soignante

Constat
*Il existe au sein de la structure du matériel technique permettant de lutter contre l'apparition d'escarre : matelas anti-escarre, coussins de positionnement...
*Le réseau Emeraude intervient régulièrement pour la prise en charge de la douleur liée à la présence d'escarres.

Recommandations / Préconisations
Etablir un dossier de suivi des escarres
Organiser des formations à destination du personnel sur la prise en charge des escarres suivant les recommandations de l'HAS.



1-76 SOINS PALLIATIFS ET PLAINTES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Soins palliatifs : Existe-t-il une équipe mobile de soins palliatifs ?	1								
2- Soins palliatifs : Existe-t-il une convention avec une association de soins palliatifs ?	1								
3- Plaintes : Existe-t-il un registre de recensement des plaintes ?	1								
4- Plaintes : Existe-t-il un lieu ou endroit spécifique réservé à cet usage ?	1								
5- Plaintes : Existe-t-il une procédure de recueil et traitement des plaintes ?	1								

1-76 SOINS PALLIATIFS ET PLAINTES		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Rencontre avec le groupe humanitude Présentation du réseau Emeraude, Rencontre avec les professionnels référents sur la prise en charge de la fin de vie, Procédure " gestion des plaintes et des réclamations » (août 2014).
Personnes ressources rencontrées
Référents douleur : C.CHAUVIN, F.GUYONNET, M.MATTESCO

Constat
*Il existe une équipe mobile de soins palliatifs qui est le réseau Emeraude. *La convention existe avec le réseau Emeraude. *Il existe un registre de recueil et traitement des plaintes. *Il existe une procédure récente de gestion des plaintes et réclamations.

Recommandations / Préconisations
Poursuivre les bonnes pratiques relatives aux soins palliatifs et à la gestion des plaintes.



1-83 LA PRISE EN CHARGE DE LA TOILETTE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Une évaluation des capacités actuelle est-elle réalisée lors du constat de diminution des capacités à faire sa toilette par la personne ?	1								
2- La gestion des problématiques liées à la réalisation de la toilette de la personne est-elle prévue ?	1								
3- Une phase d'adaptation à la prise en charge de la toilette par le personnel est-elle prévue auprès du résident ?	1								
4- L'aspect technique du cabinet de toilette est-il pris en compte dans la prise en charge de l'aide à la toilette ?	1								

1-83 LA PRISE EN CHARGE DE LA TOILETTE		En %
Forces	4	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Groupe Humanitude, Protocole "prévention des troubles d'adaptation des personnes âgées en début d'hospitalisation (avril 2004), Protocole" prévention des troubles liés à l'altération brutale de l'état général chez les résidents (juillet 2012), Protocole "règles de bienveillance dans le cas de refus de soins et agressivité" (août 2009).
Personnes ressources rencontrées
Equipe soignante Groupe Humanitude

Constat
Le cabinet de toilette est adapté, Une phase d'adaptation à la prise en charge de la toilette est mise en place par le personnel lors de l'admission du nouveau résident.

Recommandations / Préconisations
Poursuivre les bonnes pratiques professionnelles



1-87 URGENCES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il dans la structure un protocole sur les conduites à tenir en cas d'urgence ?	1								
2- Avez-vous à votre disposition un chariot d'urgence avec le matériel de premiers secours nécessaire ?	1								
3- Une personne est-elle responsable de ce chariot ? (périmés à Contrôler)	1								
4- Les agents sont-ils formés régulièrement pour les gestes de premiers secours ?		1							
5- Des agents sont-ils titulaires de l'AFGSU ?	1								

1-87 URGENCES		En %
Forces	4	80
Faiblesses	1	20

Eléments de preuve
Procédure "appel en cas d'urgence à l'hôpital "(octobre 2011) Protocole "besoin de médicaments en urgence aux heures de fermeture de la PUI" (mai 2010). Constat sur site = chariot d'urgence
Personnes ressources rencontrées
Pharmacien : Mr V.BARADEL IDE

Constat
Le protocole sur les conduites à tenir en cas d'urgence existe. Le chariot d'urgence est contrôlé de façon régulière par le pharmacien gérant de la PUI.

Recommandations / Préconisations
Organiser des formations aux gestes de premiers secours.



1-88 HOSPITALISATION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- L'hospitalisation des résidents s'effectue le plus souvent en urgence ?		1							
2- L'hospitalisation des résidents s'effectue le plus souvent le week-end?		1							
3- Existe-t-il un dossier de liaison d'urgence à transmettre lors de l'hospitalisation des résidents ?	1								
4- Le retour d'hospitalisation du résident est-il organisé ?	1								
5- Une attention ou démarche particulière est-elle prévue pour accompagner le retour d'hospitalisation du résident ?	1								

1-88 HOSPITALISATION		En %
	Forces	3
	Faiblesses	2
		60
		40

Eléments de preuve
Au sein de l'hôpital de LORMES, il y a un service de médecine. Il existe une fiche de liaison à transmettre lors de l'hospitalisation ainsi qu'une fiche administrative.
Personnes ressources rencontrées
IDE de soins.

Constat
<p>*L'Hôpital de Lormes dispose d'un service de médecine permettant de prendre en charge les pathologies aiguës ou chroniques rencontrées par les résidents de l'EHPAD. Les résidents bénéficient ainsi d'une réponse médicale rapide. Lorsqu'un résident nécessite un plateau technique plus complexe, il est orienté vers l'Hôpital de Nevers.</p> <p>*Une fiche de liaison à transmettre lors de l'hospitalisation ainsi qu'une fiche administrative est réalisée.</p> <p>*Les éléments de transmissions médicales et administratives existent</p>

Recommandations / Préconisations
Les éléments de transmissions médicales et administratives existent mais ont besoin d'être réactualisés (via l'informatisation du DSI).



1-90 MODE DE CONTRÔLE PERMANENT DE L'EVOLUTION DE LA DEPENDANCE MIS EN ŒUVRE	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Utilisez-vous une grille de dépendance ?	1								
2- Utilisez-vous une grille de nutrition ou dénutrition ?	1								
3- Utilisez-vous une grille d'hydratation ?	1								
4- Utilisez-vous une grille d'élimination ?	1								
5- Utilisez-vous un protocole de prévention d'escarres ?	1								
6- Utilisez-vous une grille d'évaluation de la douleur ?	1								
7- L'évaluation de ces documents est-elle régulière et formalisée ?	1								

1-90 MODE DE CONTRÔLE PERMANENT DE L'EVOLUTION DE LA DEPENDANCE MIS EN ŒUVRE		En %
	Forces	7
	Faiblesses	0

Éléments de preuve
Protocole "prévention des escarres" (octobre 2009) Protocole "prévention des risques de déshydratation (juin 2012), protocole dépistage de la dénutrition et suivi nutritionnel (juin 2011), Protocole " évaluation de la douleur" (mars 2010), Grille "Algoplus"
Personnes ressources rencontrées
IDE de soins

Constat
La grille de dépendance est un élément du DSI informatisé, Algoplus est dans le dossier soins mode papier en cours d'informatisation, la réévaluation de ces documents est régulièrement assurée par le personnel de soins.

Recommandations / Préconisations
Poursuivre les bonnes pratiques professionnelles



1-111 FIN DE VIE ET PROCEDURES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Une adaptation de la prise en charge des soins est-elle réalisée dans le cadre de la fin de vie ?	1								
2- Une analyse et un recensement des gênes d'inconfort est-elle prévue ?	1								
3- Dans le cadre du soutien des équipes lors d'une fin de vie, une démarche adaptée est-elle réalisée ?	1								
4- Les directives anticipées de la personne sont-elles enregistrées et respectées ?	1								
5- Une procédure collégiale d'aide à la décision médicale pour les résidents non conscients est-elle en vigueur au sein de la structure ?		1							
6- La loi 2005-370 du 22 avril 2005, dite « Léonetti » est-elle référencée au sein de la structure ?	1								

1-111 FIN DE VIE ET PROCEDURES		En %
Forces	5	83
Faiblesses	1	17

Eléments de preuve
Protocole" prévention des troubles liés à l'altération brutale de l'état général chez les résidents" (juillet 2012) Procédure : Don de corps à la science (18/04/2014) Procédure : Prise en charge du patient en soins palliatifs (28/08/2014) Rencontre professionnels sur la prise en soins de la fin de vie directives anticipées.
Personnes ressources rencontrées
Référents Douleur : C.CHAUVIN, F.GUYONNET, M.MATTESCO, Psychologue : L.SCHWARTZ.

Constat
*Les directives anticipées sont recueillies par la psychologue, la mise à jour de tous les dossiers est en cours *La psychologue organise des groupes de paroles avec l'équipe soignante lors des fins de vie.

Recommandations / Préconisations
Rédiger une procédure de façon collégiale d'aide à la décision pour les résidents non conscients.



1-92 POLITIQUE ET PRATIQUE REGULIERE DE L'ETABLISSEMENT EN MATIERE D'ANIMATION : <i>Le programme d'animations comporte-t-il des activités :</i>	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Préventives ?	1								
2- Ludiques ?	1								
3- Festives ?	1								
4- Existe-t-il une programmation mensuelle, trimestrielle ou annuelle de l'animation dans votre établissement ?	1								
5- Les objectifs de chaque animation sont-ils définis et évalués périodiquement (registre des animations avec indications) ?	1								

1-92 POLITIQUE ET PRATIQUE REGULIERE DE L'ETABLISSEMENT EN MATIERE D'ANIMATION : <i>Le programme d'animations comporte-t-il des activités :</i>		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Rencontre avec l'animatrice et l'association « Les amis de l'hôpital » Rencontre avec les membres du CVS Entretiens individuels avec des résidents Résultats des questionnaires de satisfaction.
Personnes ressources rencontrées
Animatrice : Me L.DELACROIX Président association "Les Amis de l'Hôpital" : Mr GUIST Membres du CVS Résident : Mr PREFOT, Résident : Mr GUILLOUX, Résidente : Mme GUYARD.

Constat
*Les animations sont préventives, ludiques, festives. *La programmation est affichée à chaque étage.

Recommandations / Préconisations
Poursuivre les actions d'animation en lien avec les attentes et besoins des résidents



1-93 ANIMATIONS ET SORTIES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Une procédure de présentation auprès des nouveaux résidents des activités individuelles est-elle formalisée ?		1							
2- Une procédure de présentation auprès des nouveaux résidents des activités individuelles est-elle réalisée ?	1								
3- Une procédure de présentation auprès des nouveaux résidents des activités collectives est-elle formalisée ?		1							
4- Une procédure de présentation auprès des nouveaux résidents des activités collectives est-elle réalisée ?	1								
5- Existe-t-il une procédure d'incitation des résidents à leur participation aux activités individuelles ou collectives ?		1							
6- Existe-t-il une démarche encourageant la sortie individuelle ou collective avec des proches ?	1								
7- Existe-t-il une démarche encourageant la participation du résident lors de l'organisation d'une sortie collective ?	1								
8- Les personnes en fauteuil sont-elles intégrées dans les sorties collectives ?	1								

1-93 ANIMATIONS ET SORTIES		En %
	Forces	5
	Faiblesses	3

Eléments de preuve
<p>Constat sur site</p> <p>Rencontre avec l'animatrice et l'association « Les amis de l'hôpital »</p> <p>Rencontre avec les membres du CVS</p> <p>Entretiens individuels avec des résidents</p>
Personnes ressources rencontrées
<p>Animatrice : Me L.DELACROIX</p> <p>Président association "Les Amis de l'Hôpital" : Mr GUIST</p> <p>Membres du CVS</p> <p>Résidents : Mr PREFOT, Mr GUILLOUX, Mme GUYARD. Me LINDNER</p>

Constat
<p>*Les nouveaux résidents sont accueillis par l'animatrice qui leur présente les activités.</p> <p>*Les personnes en fauteuil participent à certaines activités</p>

Recommandations / Préconisations
<p>Rédiger des procédures de présentation des activités auprès des nouveaux résidents</p> <p>Inciter Les résidents à participer aux activités en les associant toujours plus dans la programmation</p>



1-94 ANIMATIONS ET INTERVENANTS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Des animations collectives variées sont-elles proposées toutes les semaines ?	1								
2- Des intervenants extérieurs sont-ils régulièrement en animation au sein de la structure ?	1								
3- Une analyse du taux de participation de chaque animation est-elle réalisée ?	1								
4- La démarche d'animation est-elle identique en semaine et weekend ?		1							
5- Hormis l'animateur, une partie des professionnels intervenants est-elle impliquée dans la démarche d'animation ?	1								

1-94 ANIMATIONS ET INTERVENANTS		En %
	Forces	4
	Faiblesses	1
		80
		20

Eléments de preuve
<p>Constat sur site</p> <p>Rencontre avec l'animatrice et l'association « Les amis de l'hôpital »</p> <p>Rencontre avec les membres du CVS</p> <p>Entretiens individuels avec des résidents</p>
Personnes ressources rencontrées
<p>Animatrice : Me L.DELACROIX</p> <p>Président association "Les Amis de l'Hôpital" : Mr GUIST</p> <p>Membres du CVS</p> <p>Résident : Mr PREFOT,</p> <p>Résident : Mr GUILLOUX,</p> <p>Résidente : Mme GUYARD</p>

Constat
<p>Des animations sont proposées toutes les semaines, lors de notre visite un accordéoniste jouait dans un salon.</p> <p>Les ASG réalisent des activités d'animation auprès des résidents.</p>

Recommandations / Préconisations
<p>Associer le personnel à la démarche d'animation et développer les animations le week-end</p>



2-6 LA RICHESSE DES ESPACES DETENTE EXTERIEURS : Existe-t-il ?	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Des parcs et allées adaptés aux besoins des résidents ?	1								
2- Un espace de déambulation adapté ?	1								
3- Un jardin potager/odorant ?		1							
4- Un fleurissement général ?	1								
5- Des aires de loisir intergénérationnel ?		1							

2-6 LA RICHESSE DES ESPACES DETENTE EXTERIEURS : Existe-t-il ?		En %
Forces	3	60
Faiblesses	2	40

Eléments de preuve
Constat sur site
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Animatrice : Me L. DELACROIX

Constat
Une terrasse a été aménagée au premier étage de l'EHPAD pour permettre aux résidents de déambuler librement. Cet espace est en cours de fleurissement. Les longs couloirs servent pour la déambulation, les fenêtres de l'EHPAD ayant vue sur la nature du Morvan

Recommandations / Préconisations
Aménager un jardin potager une aire de loisirs intergénérationnel et fleurir les abords de l'établissement.



2-7 LA RICHESSE DES ESPACES DE DETENTE INTERIEURS : Existe-t-il ?	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Un aquarium, un jardin d'eau, une volière, etc. ?		1							
2- Un coin détente, lecture, écriture, éclairé judicieusement ?	1								
3- Un espace musical ?	1								
4- Un espace de discussions, d'échanges ?	1								
5- Un point de distribution de boissons et viennoiseries ?		1							

2-7 LA RICHESSE DES ESPACES DE DETENTE INTERIEURS : Existe-t-il ?	En %	
Forces	3	60
Faiblesses	2	40

Eléments de preuve
Constat sur site Rencontre avec l'animatrice.
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E.OZENFANT Animatrice : Me L. DELACROIX

Constat
Existence d'espaces de détente et de salons où les résidents et leurs visites peuvent déjeuner à l'écart des autres résidents. Les salons des résidents comportent des postes de radio pour écouter de la musique.

Recommandations / Préconisations
Aménager un aquarium, un jardin d'eau ou une volière ainsi qu'un espace musical et un point de distribution de boissons et viennoiseries.



2-34 ETRE INFORME DES MENUS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Les menus sont-ils affichés régulièrement ?	1								
2- Les changements dans les menus sont-ils communiqués aux résidents ?		1							
3- Des collations sont-elles proposées aux résidents en dehors des repas ?	1								
4- La durée des repas et des collations est-elle suffisante pour que les personnes mangent à leur rythme ?	1								
5- Surveillez-vous en priorité les résidents qui ont besoin d'une aide pour s'alimenter ?	1								
6- Les repas sont-ils servis à température correcte ?	1								

2-34 ETRE INFORME DES MENUS		En %
Forces	5	83
Faiblesses	1	17

Eléments de preuve
Constat sur site Rencontre avec le chef cuisinier Rencontre avec la diététicienne Rencontre avec le CVS Rencontres avec les résidents
Personnes ressources rencontrées
Chef Cuisinier : Mr E. FIALA Diététicienne : Me C. BLANDINEAU Membres du CVS Résidents : Mr PREFOT, Mr GUILLOUX, Mme GUYARD, Me LINDNER

Constat
Les menus sont affichés à chaque étage, des collations sont proposées chaque après-midi aux résidents. Tous les changements de menus ne sont pas communiqués aux résidents.

Recommandations / Préconisations
Poursuivre les bonnes pratiques professionnelles



2-35 CONTEXTE DU REPAS ET SON DEROULEMENT	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Une attention particulière est-elle portée à la décoration de la salle à manger ?	1								
2- Le mobilier comporte-t-il l'indication du nom des résidents ?		1							
3- Un nappage est-il présent sur les tables ?		1							
4- Une décoration de table est-elle effective ?		1							
5- La vaisselle et les couverts sont-ils choisis avec un critère de beauté ?	1								
6- Une attention particulière est-elle portée à la propreté de la vaisselle et des couverts ?	1								
7- Les plats ou assiettes sont-ils présentés en tenant compte d'un critère de qualité de présentation ?	1								
8- L'établissement veille-t-il particulièrement à l'amabilité du personnel de service ?	1								

2-35 CONTEXTE DU REPAS ET SON DEROULEMENT		EN %
Forces	5	63
Faiblesses	3	38

Eléments de preuve
Constat sur site, Visite de la cuisine, Observation de la vie institutionnelle.
Personnes ressources rencontrées
Chef Cuisinier : Mr E. FIALA Diététicienne : Me C. BLANDINEAU Résident : Mr PREFOT, Résident : Mr GUILLOUX, Résidente : Mme GUYARD

Constat
Les salles à manger donnent sur l'extérieur avec une très belle vue sur le Morvan.

Recommandations / Préconisations
Améliorer la décoration des tables au quotidien, en dehors des repas à thème.



2-36 LE CADRE DES REPAS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Les résidents choisissent-ils leur place et leurs voisins de table ?		1							
2- Si elles en éprouvent le besoin, les personnes peuvent-elles bénéficier d'une aide au cours du repas ?	1								
3- Surveillez-vous les résidents qui ont des problèmes de déglutition ?	1								
4- La salle de restaurant est-elle suffisamment grande pour que les personnes en fauteuil roulant y circulent facilement ?	1								
5- Le personnel de restauration dispose-t-il d'une tenue spécifique ?		1							
6- L'ergonomie des mobiliers est-elle adaptée ?	1								

2-36 LE CADRE DES REPAS		En %
Forces	4	67
Faiblesses	2	33

Eléments de preuve
Constat sur site Rencontre avec les résidents Observation de la vie institutionnelle.
Personnes ressources rencontrées
Résident : Mr PREFOT, Résident : Mr GUILLOUX, Résidente : Mme GUYARD. Résidente : Me LINDNER

Constat
Les résidents ne choisissent pas toujours leur place à table mais des changements peuvent être réalisés lors de demandes de résidents. Une aide pendant les repas est effective, les personnes en fauteuil roulant peuvent circuler entre les tables et l'ergonomie du mobilier est adaptée.

Recommandations / Préconisations
Poursuivre les bonnes pratiques professionnelles dans le cadre des repas des résidents



2-48 OFFRE DE VALORISATION DE L'IMAGE CORPORELLE	OUI	NON	P	EC	RF	R	P	F	NA
1- Chaque résident a-t-il à disposition un cabinet de toilette par chambre ?	1								
2- Les résidents ont-ils un accès régulier à un service de coiffure dans l'établissement ?	1								
3- Les résidents peuvent-ils recevoir des soins de pédicure dans l'établissement ?	1								
4- Les résidents peuvent-ils recevoir des soins d'esthétique dans l'établissement ?	1								
5- Il y a-t-il des animations d'expression corporelle (théâtre, gymnastique douce, etc...) ?		1							

2-48 OFFRE DE VALORISATION DE L'IMAGE CORPORELLE		En %
Forces	4	80
Faiblesses	1	20

Eléments de preuve
constat sur site
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT

Constat
Un pédicure intervient selon les besoins et un salon de coiffure se trouve à l'entrée de l'établissement. Toutes les chambres du bâtiment datant de 2004 disposent d'un cabinet de toilette, seules les chambres de "l'aile 80" ont un cabinet de douche commun à plusieurs chambres.

Recommandations / Préconisations
Proposer aux résidents des animations d'expression corporelle.



THEME 8 : STRATEGIE D'ADAPTATION DE L'EMPLOI

Cadre

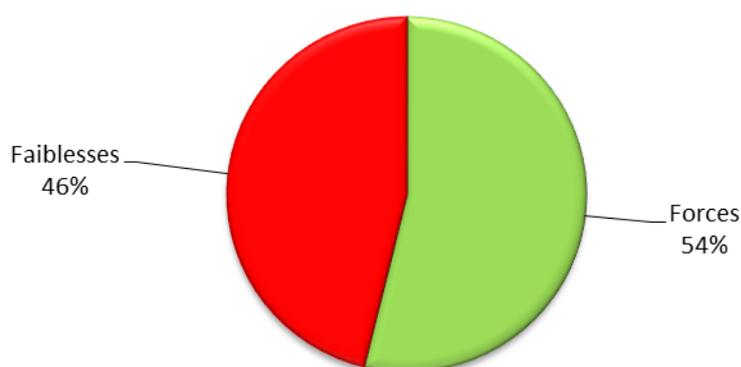
Définition de l'ANESM : L'adaptation à l'emploi des personnels renvoie aux ajustements des pratiques et au développement des compétences dans l'exercice d'une activité en fonction du contexte de travail. Cette adaptation selon les populations accompagnées ne peut pas être traitée par des actions ponctuelles mais relève d'une vision d'ensemble et donc de la conception et de la mise en œuvre d'une stratégie.

L'ensemble des personnels est concerné par l'adaptation à l'emploi. En effet, quels que soient la fonction occupée, le rôle et la proximité avec les personnes accompagnées, l'activité professionnelle de chacun est en lien avec une mission d'accompagnement de personnes, parfois vulnérables. Processus continu, l'adaptation à l'emploi est sous-tendue par plusieurs principes :

- le sens du travail avec la population accompagnée, la relation avec l'utilisateur, le regard global et la personnalisation de l'accompagnement ;
- les dynamiques et interactions entre les professionnels, au sein de l'organisation et avec l'extérieur.

Résultat Global		FORCES	FAIBLESSES
		54	46
Adm	5-1 LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT EN MATIERE D'ADAPTATION	63	38
Adm	5-2 ACCUEIL DES NOUVEAUX PERSONNELS	44	56
Adm	5-3 MANAGEMENT DU PERSONNEL	25	75
Adm	5-4 FORMATION ET GESTION DU PERSONNEL	83	17

Thème 8 : Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées



Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM

- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008)



5-1 LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT EN MATIERE D'ADAPTATION	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- L'établissement a mis en place un système de veille permettant de repérer et analyser les besoins des populations accompagnées ?		1	X						
2 - L'établissement a établi une stratégie permettant d'adapter l'emploi au regard des populations accueillies ?	1						X		
3- L'établissement possède-t-il des personnels formés sur des thématiques spécifiques (Alzheimer, douleur...) ?	1							X	
4 - L'établissement a-t-il un/des projets de développement en adéquation avec les besoins et attentes des populations accueillies	1			X					
5- L'établissement est-il adhérent à une fédération ou instance représentative ?	1							X	
6- La communication descendante en interne est-elle efficace ?		1							
7- La communication ascendante en interne est-elle efficace ?		1							
8- Les Instances Représentatives du Personnel (IRP) sont consultées dans le cadre des obligations en vigueur ?	1								

5-1 LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT EN MATIERE D'ADAPTATION		En %
Forces	5	63
Faiblesses	3	38

Eléments de preuve
Entretiens
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD Psychologue : Me L. SCHWARTZ

Constat
* 3 aides-soignantes ont obtenu un diplôme d'ASG (Assistant de Soins en Gériatrie). Leur formation a été réalisée dans le cadre du projet d'ouverture d'un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) qui est actuellement suspendu. Lorsque les effectifs le permettent, elles mettent en place des séances de réadaptation pour certains résidents de l'EHPAD présentant des troubles cognitifs.
* L'absence prolongée du cadre de santé entraîne des dysfonctionnements de la communication interne. La psychologue, en qualité de cadre, assure une proximité avec les équipes, en charge de faire le lien avec la Directrice durant l'absence du Cadre de Santé.

Recommandations / Préconisations



- * Favoriser et formaliser sur le planning des temps dédiés aux 3 ASG
- * Assurer la continuité de l'encadrement de proximité en mutualisant le poste de Cadre Infirmier avec celui du SSIAD, lors de l'absence de l'une ou l'autre des 2 Cadres Infirmiers.

5-2 ACCUEIL DES NOUVEAUX PERSONNELS	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le nouveau personnel bénéficie-t-il d'un entretien d'accueil et/ou réunion collective à l'entrée dans l'emploi ?	1								
2 - Existe-t-il un livret d'accueil des nouveaux personnels ?	1								
3 - Le projet d'établissement est-il remis et commenté à l'arrivée de tout nouveau personnel ?		1							
4 - Le livret d'accueil est-il remis de façon systématique à chaque nouveau personnel ?	1								
5 - Existe-il un règlement intérieur ?		1							
6 - Le règlement intérieur est-il remis de façon systématique à chaque nouveau personnel ?		1							
7 - Le règlement intérieur est-il remis de façon systématique à chaque stagiaire ?		1							
8 - Une fiche de poste est-elle remise et commentée à l'arrivée du nouveau personnel ?		1							
9- Les nouveaux personnels bénéficient-ils d'une période de tutorat à l'arrivée ?	1								

5-2 ACCUEIL DES NOUVEAUX PERSONNELS		En %
Forces	4	44
Faiblesses	5	56

Eléments de preuve
Entretiens individuels et collectifs Livret d'accueil du personnel du CH de Lormes
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD Psychologue : Me L. SCHWARTZ

Constat
* Il est constaté un faible turn-over dans l'établissement, rendant les procédures relatives à l'accueil des nouveaux personnels peu développées.
* L'accueil dans les services est réalisé de façon informelle, tout comme le tutorat initial. Néanmoins, le nouvel arrivant bénéficie d'un « doublage » prévu au planning lors de son arrivée.
* Les fiches de poste pour chaque catégorie de personnel existent et sont recueillies dans un classeur prévu à cet effet. Elles n'ont pas été remises aux personnels concernés.
* Le règlement intérieur n'existe pas



Recommandations / Préconisations

- * Développer les procédures écrites relatives à l'accueil des nouveaux personnels
- * Créer un livret d'accueil des nouveaux personnels : s'appuyer sur le livret d'accueil créé pour le SSIAD, la Cadre Infirmier pourra piloter ce projet. Remettre ce livret d'accueil et le commenter à tout nouvel arrivant dans l'établissement (y compris les stagiaires et le personnel de nuit).

5-3 MANAGEMENT DU PERSONNEL	OUI	NON	P	EC	RF	R	P	F	NA
1 - Le ratio du personnel d'encadrement est en adéquation avec les besoins et la dotation de l'Etablissement ?	1								
2 - Le management du personnel est assuré par du personnel d'encadrement qualifié ?		1							
3 - La continuité de l'encadrement est-elle assurée en cas d'absence prolongée ?		1							
5 - La mutualisation avec un autre service de l'établissement est-elle assurée dans le cadre de la rationalisation et de la continuité de service ?		1							
6- Le personnel d'encadrement de proximité est disponible ?		1							
7 - Les plannings sont-ils élaborés de façon rationnelle dans le cadre de la programmation mensuelle (gestion des repos, congés, absences pour formation, maladie...)		1							
8- Le personnel bénéficie-t-il d'espace d'échange et de parole animé par un psychologue ?	1								
9- Le personnel en poste assure-t-il la traçabilité de toutes les actions menées ?		1							

5-3 MANAGEMENT DU PERSONNEL		En %
	Forces	25
	Faiblesses	75

Eléments de preuve

Entretiens

Personnes ressources rencontrées

Directrice : Me E. OZENFANT
 Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD
 Psychologue : Me L. SCHWARTZ
 Equipes de soins

Constat



- * Le poste de cadre de santé, indispensable à l'EHPAD, n'est budgété uniquement que sur le service de médecine et du SSR (Sanitaire). Dans les faits, le cadre de santé intervient dans l'EHPAD. Cette organisation n'est pas satisfaisante.
- * L'absence prolongée du Cadre de Santé entraîne des dysfonctionnements internes en matière des planifications du personnel et du suivi et de la coordination des soins. Il n'existe pas de système de remplacement du poste de Cadre Infirmier, ni de plan de continuité de l'activité en cas d'absence.
- * Le personnel de l'EHPAD est ventilé en fonction des étages. Il existe une très faible mutualisation entre les étages lors d'absences de personnel.
- * L'établissement dispose d'un poste de psychologue (0,60 ETP autorisé et 0,50 ETP en poste).

Recommandations / Préconisations

- * Assurer la continuité de l'encadrement de proximité en mutualisant le poste de Cadre Infirmier avec celui du SSIAD, lors de l'absence de l'une ou l'autre des 2 Cadres Infirmiers.
- * Rationaliser le personnel de soins en mutualisant entre les étages et avec le personnel du SSIAD



5-4 FORMATION ET GESTION DU PERSONNEL	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1 - L'établissement dispose d'un plan annuel de formation ?	1								
2 - Le plan annuel de formation est actualisé et mis à jour de façon concertée et participative ?	1								
3 - Le personnel en poste bénéficie d'actions de formation de façon régulière ?	1								
4- Le ratio du personnel de proximité en poste est en adéquation avec les besoins et la dotation de l'établissement ?		1							
5 - L'établissement dispose-t-il de groupes thématiques destinés à promouvoir les bonnes pratiques (humanité, soins palliatifs, douleur...) ?	1								
6 - Si oui, des référents sont-ils nommés en lien avec les groupes thématiques ?	1								

5-4 FORMATION ET GESTION DU PERSONNEL		En %
Forces	5	83
Faiblesses	1	17

Eléments de preuve
Entretiens individuels et collectifs
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD Psychologue : Me L. SCHWARTZ Groupe Humanitude Groupe Douleur Groupe DSI

Constat
* Le personnel en poste est formé et suit de façon régulière des formations complémentaires en lien avec les emplois occupés.
* L'établissement dispose de groupes thématiques destinés à promouvoir les bonnes pratiques : Groupe Humanitude, Groupe Douleur, Groupe DSI
* Il est à noter un sous-effectif général des personnels en poste par rapport aux ETP autorisés : <ul style="list-style-type: none"> - IDE : 5,6 ETP pour 7,5 ETP autorisés - AS/AMP : 13,4 ETP pour 15 ETP autorisés - ASH : 15,6 ETP pour 17 ETP autorisés - Psychologue : 0,5 ETP pour 0,6 ETP autorisés - Animatrice: 0,8 ETP pour 1 ETP autorisé - Auxiliaire médicaux : 0 ETP pour 0,5 ETP autorisés
* Le Médecin Coordinateur est à 0,5 ETP pour 0,45 ETP autorisés
* Les effectifs d'ASG sont supérieurs par rapport aux ETP autorisés (3 ETP pour 2 ETP autorisés), des AS de l'Etablissement ayant été formées dans le cadre du projet d'ouverture d'un PASA.



Recommandations / Préconisations

- * Harmoniser les effectifs en fonctions des effectifs autorisés, en rationalisant par exemple avec le personnel du SSIAD et pourvoir les postes vacants.
- * Poursuivre la dynamique de formation continue du personnel en poste. Mettre à jour de façon régulière et concertée le plan annuel de formation.



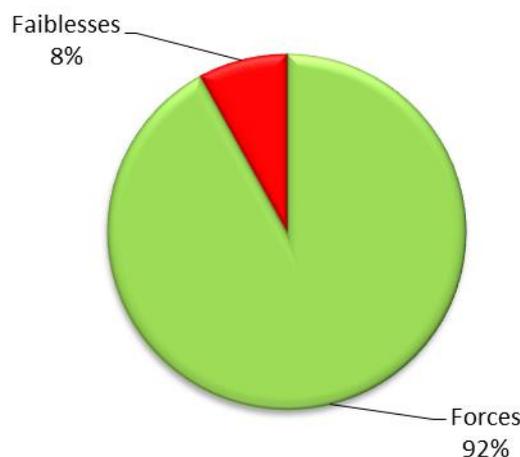
THEME 9 : OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT A ET SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE

Cadre	<p>Définition de l'ANESM : « L'ouverture sur l'environnement est comprise comme une dynamique impliquant les professionnels de l'établissement, les personnes accompagnées, leurs proches et les acteurs du territoire.</p> <p>La stratégie d'ouverture a pour objectif de développer ou de maintenir le lien social des personnes tout en leur assurant un cadre de vie rassurant et structurant. C'est à la fois un moyen d'améliorer la qualité des prestations fournies et un principe de structuration des pratiques professionnelles. Elle contribue, avec la mise en place des projets personnalisés, à construire les nouveaux rapports entre personnes accueillies, établissements et équipes professionnelles. »</p>
-------	---

Résultat Global	FORCES	FAIBLESSES
	92	8

Soins	4-2 LA TECHNICITE APPOREE DANS LE DOMAINE MEDICAL A L'ETABLISSEMENT PAR LE BIAIS DES CONVENTIONS INFRA-STRUCTURES	80	20
Soins	4-3 LE CONCOURS DES ACTEURS DE LA MEDECINE DE VILLE ET DE CELUI DES PROFESSIONS PARAMEDICALES	100	0
Soins	4-17 LE CONCOURS DE SPECIALISTES EXTERNES A L'ETABLISSEMENT EN LIBERAL	100	0
Adm	4-7 LA VALEUR DE L'APPORT EXTERIEUR DU SECTEUR ASSOCIATIF	100	0
Soins	3-5 LA VALEUR DU CONCOURS TECHNIQUE APPOREE PAR LES PERSONNELS PARAMEDICAUX EXTERNES A L'ETABLISSEMENT	80	20

Thème 9 : Ouverture de l'Etablissement à et sur son environnement





ESCALIA

Conseil, Formation, Evaluation Interne et Externe

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM
Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008)



4-2 LA TECHNICITE APPOREE DANS LE DOMAINE MEDICAL A L'ETABLISSEMENT PAR LE BIAIS DES CONVENTIONS INFRA-STRUCTURES	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il une convention formalisée avec un établissement de santé ?	1								
2- Existe-t-il une convention formalisée avec un 2ème établissement de santé ?	1								
3- Dans le cadre de ces conventions formalisées, l'établissement bénéficie-t-il de consultations avancées ? (Concours de spécialistes hospitaliers) ?		1							
4- Dans le cadre de ces conventions et au cas où l'établissement devrait transférer le résident sur l'établissement de santé, l'établissement est-il privilégié ?	1								
5- La technicité ainsi apportée à l'établissement par le biais de ces conventions est-elle complète et attractive pour la population hébergée ?	1								

4-2 LA TECHNICITE APPOREE DANS LE DOMAINE MEDICAL A L'ETABLISSEMENT PAR LE BIAIS DES CONVENTIONS INFRA-STRUCTURES		En %
Forces	4	80
Faiblesses	1	20

Eléments de preuve
Conventions de partenariat
Personnes ressources rencontrées
Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* Il existe une convention de partenariat entre le Centre hospitalier de Lormes et le Centre Hospitalier de Nevers (26/10/2007), ainsi qu'avec le Centre Hospitalier Spécialisé de la Charité sur Loire (25/07/2011). * Il n'y a pas d'évaluation des conventions existantes. Les relations sont plus ou moins fiables selon les interlocuteurs médicaux.

Recommandations / Préconisations
Remettre à jour les conventions de partenariat



4-3 LE CONCOURS DES ACTEURS DE LA MEDECINE DE VILLE ET DE CELUI DES PROFESSIONS PARAMEDICALES	OUI	NON	P	EC	RF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il une relation de partenariat avec le corps médical et paramédical local ?	1								
2- Ce partenariat, officieux ou officiel, contribue-t-il à une meilleure gestion de l'état de santé des résidents ?	1								
3- La couverture médicale est-elle assurée 24h/24 ?	1								
4- Le délai d'intervention des membres du corps médical est-il acceptable et suffisant ?	1								
5- La collaboration des professionnels paramédicaux est-elle efficiente et régulière ?	1								

4-3 LE CONCOURS DES ACTEURS DE LA MEDECINE DE VILLE ET DE CELUI DES PROFESSIONS PARAMEDICALES		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Entretien avec le Dr NUYRREN Présentation du réseau Emeraude par le groupe Humanitude
Personnes ressources rencontrées
Médecin libéral Groupe Humanitude Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
* L'établissement est bien inscrit et bien connu de son environnement. Les médecins libéraux intervenants sur le secteur sont acteurs de la vie de l'établissement et du suivi médical des résidents. * Un projet d'ouverture d'une maison médicale regroupant plusieurs spécialistes est en cours. * Certains médecins libéraux disposent de matériel de secours dans leurs véhicules et interviennent lorsque des urgences médicales le nécessitent. Les délais d'intervention sont différents selon les médecins. * Lorsque cela s'avère nécessaire, les transports d'urgences médicales sont assurés par hélicoptère. * L'implication des professionnels libéraux est très forte sur ce secteur géographique en raison de l'aspect isolé du canton de Lormes au cœur du Morvan

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les actions menées en matière d'animation et de politique d'ouverture de l'établissement à et sur son environnement en collaboration avec tous les acteurs du secteur géographique.



4-17 LE CONCOURS DE SPECIALISTES EXTERNES A L'ETABLISSEMENT EN LIBERAL	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- L'établissement s'assure-t-il le concours de spécialistes : Chirurgien-dentiste, Ophtalmologiste, Cardiologue, Radiologue, Dermatologues, Psychiatre, Gynécologue, Kinésithérapeute, etc..?	1								
2- Interviennent-ils à l'intérieur de l'établissement ?	1								
3- Si non, l'établissement organise-t-il le transport du résident dans le cadre du libre choix ?	1								
4- L'établissement favorise-t-il une relation de partenariat avec ces spécialistes ?	1								
5- Si oui, existe-t-il un document de liaison systématiquement utilisé ?	1								

4-17 LE CONCOURS DE SPECIALISTES EXTERNES A L'ETABLISSEMENT EN LIBERAL		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Entretiens DSI

Personnes ressources rencontrées
Dr THENAULT Dr NUYTEN (médecin libéral)

Constat
* L'établissement fait appel à des spécialistes externes et organise le transport du résident afin de se rendre aux différentes consultations. * Il existe un document de liaison dans le dossier de soins infirmiers * Le projet d'ouverture d'une maison médicale au sein du CH de Lormes offre des perspectives positives et dynamiques de réponses aux besoins du canton.

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les relations de partenariat avec les différents spécialistes et promouvoir le projet de création d'une maison médicale au sein de l'établissement;



4-7 LA VALEUR DE L'APPORT EXTERIEUR DU SECTEUR ASSOCIATIF	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Existe-t-il une association destinée aux résidents dans l'établissement ?	1								
2- Si oui, la collaboration avec cette association est-elle prévue par le biais d'une convention ?	1								
3- L'intervention des associations extérieures à l'établissement est-elle variée ?	1								
4- Existe-t-il une complémentarité d'actions d'intervenants du secteur associatif et des personnels de la structure ?	1								
5- L'évaluation qualitative et quantitative du secteur associatif est-elle réalisée régulièrement et formalisée ?	1								

4-7 LA VALEUR DE L'APPORT EXTERIEUR DU SECTEUR ASSOCIATIF		En %
Forces	5	100
Faiblesses	0	0

Eléments de preuve
Statuts de l'association : Les Amis de l'Hôpital Entretien collectif Compte rendu CVS
Personnes ressources rencontrées
Animatrice : L. DELACROIX Association les Amis de l'Hopital : Mr GUIST (Président) Ingénieur Qualité : L. BILLIARD

Constat
* L'association Les Amis de l'Hôpital intervient dans le cadre de l'animation au sein de l'EHPAD (choix des programmes, mise à disposition de bénévoles pour les accompagnements extérieurs, participation de bénévoles pour l'animation en interne...) et ce en collaboration avec l'animatrice. * La programmation des animations est effectuée en tenant compte des attentes et demandes des résidents et de leur famille (exemple : choix de la couleur et du format des menus des fêtes de fin d'année fabriqués dans le cadre d'une activité motrice et ludique) * Mr GUIST (Président de l'association "Les Amis de l'Hôpital" est élu local (Conseiller municipal) et favorise ainsi le lien entre l'EHPAD et les actions et services de la municipalité de Lormes. * Les restitutions des animations réalisées sont faites lors des réunions du CVS.

Recommandations / Préconisations
* Poursuivre les actions menées en matière d'animation et de politique d'ouverture de l'établissement à et sur son environnement envers les différents partenaires. * Continuer de développer le réseau des partenariats locaux.



3-5 LA VALEUR DU CONCOURS TECHNIQUE APORTE PAR LES PERSONNELS PARAMEDICAUX EXTERNES A L'ETABLISSEMENT	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Faites-vous appel aux kinésithérapeutes en cas de besoin ?	1								
2- Faites-vous appel aux équipes mobiles en cas de besoin ?	1								
3- Le suivi des différents intervenants est-il tracé dans le dossier du résident ?	1								
4-Faites-vous appel aux équipes mobiles spécialisées (soins palliatifs, CMP-Centre médico-psychologique, etc...) ?	1								
5- La coordination des différents intervenants est-elle assurée dans le dossier du résident ?		1							

3-5 LA VALEUR DU CONCOURS TECHNIQUE APORTE PAR LES PERSONNELS PARAMEDICAUX EXTERNES A L'ETABLISSEMENT		En %
Forces	4	80
Faiblesses	1	20

Eléments de preuve
DSI Entretien collectif
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur Qualité : Mr L. BILLIARD Kinésithérapeute : Mr R. TENJHIS Groupe Humanitude (présentation réseau Emeraude)

Constat
<ul style="list-style-type: none"> * Le réseau Emeraude intervient en apportant des sessions de formation auprès du personnel de soins confronté à la gestion de la douleur et à la fin de vie * Un kinésithérapeute libéral intervient 2 après-midi par semaine au sein de l'EHPAD : une salle spécifique a été aménagée avec du matériel technique de rééducation et de prévention. * La coordination des différents intervenants extérieurs est faiblement assurée en raison de l'absence du Cadre de Santé.

Recommandations / Préconisations
<ul style="list-style-type: none"> * Coordonner de façon étroite les différentes interventions des professionnels médicaux et paramédicaux qui interviennent au sein de l'EHPAD (Mission du Cadre de Santé) * Poursuivre les partenariats engagés et prospecter en vue de mutualiser avec d'autres intervenants et structures locales.



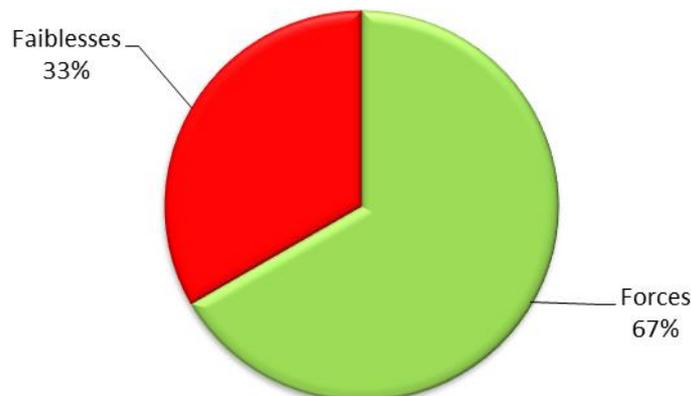
THEME 10 : DEMARCHE QUALITE

Cadre	La démarche qualité correspond à un processus d'amélioration continue de la qualité volontariste et collectif engagé par un établissement ou un service afin de conforter ses points forts et réduire progressivement ses points faibles. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a confirmé l'importance donnée à l'objectif d'amélioration de la qualité
-------	--

Résultat Global	FORCES	FAIBLESSES
	67	33

Adm	2-57 LA DEMARCHE QUALITE DE L'ETABLISSEMENT	67	33
-----	---	----	----

Thème 10 : Démarche qualité



Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM

- Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (octobre 2010)



2-57 LA DEMARCHE QUALITE DE L'ETABLISSEMENT	OUI	NON	P	EC	EF	R	P	F	NA
1- Le directeur de l'établissement fait-il connaitre ses engagements dans la démarche qualité ?	1								
2- Le directeur met-il en place une démarche d'amélioration de la qualité ?	1								
3- Le directeur place-t-il les résidents au cœur de la démarche qualité ?	1								
4- La démarche d'amélioration qualité est-elle inscrite dans un processus de management par la qualité ?		1		X					
5- Des objectifs mesurables sont-ils mis en place au sein de l'établissement dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité ?	1								
6- Des indicateurs qualité sont-ils présents et suivis au sein de l'établissement ?		1		X					

2-57 LA DEMARCHE QUALITE DE L'ETABLISSEMENT		En %
	Forces	4
	Faiblesses	2
		67
		33

Eléments de preuve
Evaluation Interne Entretiens
Personnes ressources rencontrées
Directrice : Me E. OZENFANT Ingénieur qualité : Mr L. BILLIARD

Constat
<ul style="list-style-type: none"> * La démarche d'amélioration de la qualité est en cours de déploiement dans l'établissement. * La présence de l'Ingénieur qualité insufflé la grande dynamique interne d'amélioration de la qualité, les résidents étant placés au cœur du processus. * La programmation des actions déterminées dans le cadre de l'évaluation interne sont affichées dans les postes de soins, permettant un suivi des actions entreprises. * Aucun relevé d'indicateurs spécifiques à l'établissement n'a été mis en place.

Recommandations / Préconisations
<ul style="list-style-type: none"> * Poursuivre la promotion de la démarche d'amélioration de la qualité * Négocier le renouvellement du contrat de l'Ingénieur qualité afin de conserver la dynamique et de concrétiser les actions entreprises * Associer dès son retour le Cadre de Santé dans la démarche de suivi et d'amélioration de la qualité (son poste d'encadrement de proximité permettant un suivi affiné) et mettre en place des tableaux de bord.



7. Synthèse du rapport (22 points)

SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE

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

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

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

Introduction	
1. La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS :	
✓ principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.)	Effectuée courant 2013 de façon commune EHPAD + SSIAD et assisté par un Cabinet extérieur. Choix du référentiel : UNASSI Le rapport propose des résultats structurés qui définissent un calendrier des objectifs à réaliser.
✓ résultats et axes d'amélioration mis en œuvre	L'évaluation interne a fait prendre conscience à toute l'équipe de la nécessité de formaliser les conduites à tenir en procédures et protocoles + les différentes modalités de mise en œuvre de la loi 2002-2. Des groupes de travail doivent être constitués afin de formaliser les procédures et protocoles.
✓ modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité	Le plan d'amélioration continue et son calendrier sont affichés dans le poste de soins. Des réunions spécifiques pilotés par l'ingénieur qualité ainsi que des dates de groupes de travail doivent être programmés. Des actions correctives ont lieu (mise en place du DSI



	informatisé par exemple), un COPIL qualité suit le plan d'action et sa mise en œuvre.
✓ effets observés	Rédaction des procédures/protocole et formalisation des outils selon la réglementation en vigueur par une équipe motivée afin de poursuivre les améliorations.
2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS	Un classeur regroupe les RBPP et est à la disposition du personnel dans le poste de soins. Le personnel s'est faiblement approprié les RBPP malgré la démarche d'évaluation de la qualité en cours.



A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers	
3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions	Le Projet d'Etablissement du CH de Lormes a été élaboré en mars 2010 pour la période 2010-2014. Son actualisation est programmée pour l'année 2015, avec une date butoir au 31/12/2015.. Il n'existe pas de projet spécifique à l'EHPAD.
4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention	Certains postes autorisés ne sont pas pourvus et l'EHPAD rencontre des difficultés de remplacement en cas d'absence. L'absence du Cadre de Santé pose un réel problème d'encadrement de proximité auprès des équipes et de lien entre la Direction. La mutualisation avec le poste de cadre du SSIAD permettrait d'assurer une meilleure continuité de l'encadrement au sein de l'établissement.
5. L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences)	Les agents sont diplômés d'Etat (IDE, AS, AMP et l'accès à la VAE a permis a une ASH d'obtenir un diplôme d'AS. Les fiches de postes sont formalisées mais à actualiser.
6. Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences	En raison du faible turn-over du personnel de l'EHPAD, l'accompagnement à la prise de poste n'est pas une priorité actuelle. Des formations continues sont accessibles (douleur, fin de vie...). Les réunions de transmissions quotidiennes permettent la mise à jour des connaissances et compétences à travers les échanges en équipe.
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	Une mutualisation avec le SSIAD n'est pas mise en œuvre alors qu'elle permettrait de mieux rationaliser les ressources humaines internes.



<p>8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers</p>	<p>Le DSI informatisé est en cours de déploiement et permettra de recueillir les données et de les analyser afin de mieux ajuster les missions de l'établissement aux populations accueillies.</p>
<p>9. La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS</p>	<p>La traduction au travers des projets personnalisés et des projets de soins permet de faire le lien entre les objectifs poursuivis par l'EHPAD et le projet d'établissement. Le projet personnalisé a été testé et est en cours de déploiement général au sein de l'EHPAD</p>



B/ L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	
10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement	L'EHPAD est inscrit de façon complémentaire avec les autres partenaires du secteur (médecin libéraux, réseaux, CMP...). Des conventions sont à formaliser
11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS	Le retour des médecins libéraux ainsi que des partenaires locaux, Association Les Amis de l'Hôpital, CMP...) est très positif sur la qualité de prise en charge par l'EHPAD.
12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions	Le DSI informatisé va permettre à l'EHPAD de mieux coordonner les actions menées et d'améliorer les circuits de communication.
13. Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS	L'association Les Amis de l'Hôpital est très active au sein de l'établissement et son président, également conseiller municipal, permet d'assurer le lien avec les services de la commune.



C/ Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers	
14. Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire	Le projet personnalisé est en cours de déploiement et permettra une meilleure formalisation de la personnalisation des résidents. Les équipes apportent au quotidien des actions personnalisées auprès des résidents.
15. Les modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal) à l'élaboration de leur projet personnalisé et à son actualisation ; modes de prise en compte des besoins et attentes, des capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication ; le mode de consultation pour toute décision les concernant	Les membres du CVS viennent d'être renouvelés. Une formation destinée à leur apporter toutes les compétences nécessaires à la réalisation de leur mission est en cours de programmation. Le dernier compte rendu du CVS confirme que cette instance représentative répond complètement à ses missions et que les thématiques abordées concernent bien tous les aspects de la vie en et de l'établissement
16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées	Le Contrat de séjour n'est jamais actualisé de façon formative (avenants).
17. Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant	Le personnel de soins dispose de transmissions ciblées dans le cadre du suivi des résidents pris en charge. Le déploiement du DSI informatisé permettra d'assurer de façon optimale la traçabilité des actions menées.
18. la prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers	Bonne : cf. enquêtes de satisfaction. Les résidents et familles rencontrés lors de l'évaluation externe ont exprimé leur grande satisfaction quant au professionnalisme de l'équipe de l'EHPAD.
19. Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement	CVS Enquêtes de satisfaction Gestion des attentes et des demandes particulières de façon individualisée.



D/ La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	
20. Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité	L'établissement développe la culture de la bientraitance au travers de ses actions quotidiennes. Cette démarche vise à promouvoir le bien être, l'individualisation et la personnalisation des soins exigeant ainsi une réflexion collective des pratiques.
21. Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance	Il existe un registre de recueil et de traitement des plaintes recensées.
22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'utilisateur ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels	Les réunions de transmissions quotidiennes permettent d'assurer la continuité des soins et le suivi de l'information. L'ensemble du personnel tente de satisfaire au maximum les résidents et leurs familles en respectant les rythmes.



8. Recommandations et préconisations stratégiques et opérationnelles.

T1 - Projet d'établissement/ Projet de Service

- Actualiser le projet d'établissement pour la nouvelle période : 2015-2019 et le soumettre pour avis aux instances représentatives des patients (CVS) et aux IRP.
- Rédiger le projet de service spécifique à l'EHPAD

T2 – Evaluation Interne

- Programmer une formation spécifique aux RBPP et désigner un référent interne.
- Dans le cadre de la formalisation générale des pratiques internes, s'appuyer sur les RBPP afin de se les approprier en y faisant référence systématiquement.

T3 –Attente et projet personnalisé

- Déployer et systématiser l'utilisation du Projet de vie à chaque admission, le réactualiser lorsque nécessaire
- Actualiser la procédure d'accueil du nouveau résident, en y associant l'équipe médicale et de soins ainsi que les instances représentatives des résidents et familles.
- Cadre IDE : Prévenir les résidents de l'arrivée d'une nouvelle personne comme demandé lors des enquêtes de satisfaction : consulter le CVS sur les modalités et modes de diffusion (affichage, notes d'informations individualisées... ?)
- Procéder à une évaluation systématique du séjour au 28^{ème} jour après le début de la prise en charge de tout nouveau résident (cela permettra une aide à la décision lors de la finalisation de la signature du contrat de séjour au 30^{ème} jour).
- Procéder à la signature du contrat de séjour réajusté en fonction des résultats de l'évaluation systématique et au plus tard 30 jours après l'entrée du résident dans l'établissement (article L. 311-4 du CASF).
- Formaliser par la procédure d'accueil les limites d'intervention des familles, et ce dans le cadre de la mise en place du projet de vie personnalisé.
- Rédiger une procédure "prise en charge dans le cadre fin de vie" avec un volet spécifique réservé à l'accompagnement des familles

T4 – Respect des droits des usagers

- Rédiger un livret d'accueil spécifique à l'EHPAD. Une mutualisation avec le document élaboré par le SSIAD est une piste de réflexion à envisager.
- Actualiser les données du contrat de séjour et préciser qu'en cas de refus de signature, un DIPEC (Document Individuel de Prise en Charge) sera rédigé.
- Afficher le règlement de fonctionnement dans le hall d'accueil de l'Etablissement.



- Poursuivre les efforts en matière de communication administrative à destination des résidents et de leurs familles lors de l'admission et au décours de la prise en charge.
- Pourvoir le poste d'auxiliaire médical par un poste de travailleur social (0,50 ETP autorisé mais non recruté) afin de recentrer les actions de l'animatrice vers son cœur de métier et répondre aux besoins et attentes des résidents et de leurs familles.
- Elaborer le livret d'accueil spécifique à l'EHPAD.
- Réaliser un avenant au moins de façon annuelle dans le cadre de la mise à jour du contrat de séjour du résident (article L 311 du CASF)
- Poursuivre le déploiement du DSI Informatisé et regrouper tout le dossier patient dans le cadre de la migration informatique du dossier médical du patient
- Centraliser tous les dossiers papiers concernant les résidents du 1er étage dans l'armoire du poste de soins du 1er étage et tous les dossiers papiers concernant les résidents du 2ème étage dans l'armoire du poste de soins du 2ème étage.
- Rédiger le protocole d'archivage du DSI papier
- Rédiger le protocole d'accès au dossier médical personnel
- Sécuriser les armoires contenant les données médicales
- Formaliser un comité d'éthique pluridisciplinaire, un agenda de réunions fixées à l'avance ainsi qu'un programme concerté.
- Poursuivre les bonnes pratiques en matière de permanence des soins et de respect des prescriptions médicales impulsées par l'utilisation de l'outil informatique.
- Etablir une communication à destination des résidents leur permettant de mieux connaître leurs droits en matière d'accès aux soins médicaux et paramédicaux.
- Mettre à jour les procédures existantes et relatives aux accidents de santé des résidents.
- Analyser et commenter en équipe de façon régulière les contentions médicales réalisées dans l'Etablissement, notamment dans le cadre des mises à jour régulières des projets personnalisés des résidents.
- Evaluer de façon régulière les risques encourus par les résidents dans le cadre de la liberté de circulation interne et externe.
- Clarifier les orientations de l'établissement en matière de culte dans le futur projet d'établissement.
- Interroger les nouveaux membres du CVS afin de recueillir les souhaits actualisés des résidents et de leurs familles
- Mettre en place un relevé des facturations réalisées auprès des résidents par les intervenants extérieurs et le formaliser lors du renouvellement des conventions de partenariat.

T5 – Expression et participation des usagers

- Lors du questionnaire d'évaluation annuelle, inclure une partie afin de réactualiser les données relatives aux familles
- Instituer avec la psychologue des groupes de parole : projet de "café débat" en cours de création
- Rédiger le règlement de fonctionnement du CVS



- Inscrire très rapidement les membres élus du CVS à la formation complémentaire destinées à leur apporter toutes les connaissances nécessaires afin de mener à bien leurs missions.
- Réunir au moins 3 fois par an le CVS sur convocation du président (Article D 311-16 du CASF)
- Poursuivre la dynamique en matière d'animation et de respect des attentes des résidents
- Réaliser une enquête de satisfaction dans le premier mois suivant l'admission afin de s'assurer que l'établissement répond aux attentes et besoins du nouveau résident et de sa famille et réaliser des enquêtes de satisfaction de façon ponctuelle selon des thématiques spécifiques lorsque nécessaire
- Réfléchir aux moyens à mettre en œuvre afin que les résidents qui ne peuvent pas s'exprimer puissent être sollicités.
- Poursuivre les bonnes pratiques en matière de respect des rythmes des résidents

T6- Bienveillance, bonnes pratiques, prévention et gestion des risques

- Désigner un référent bienveillance qui devra être connu des résidents, de leur famille, du personnel et des intervenants et proposer des formations bienveillance au personnel et aux intervenants extérieurs (réseau Emeraude)
- Réactualiser au moins une fois par an une évaluation des capacités individuelles du résident.
- Procéder à une évaluation des risques individuels à l'admission puis au moins une fois par an
- Actualiser de façon plus régulière les procédures et protocoles existants
- Instaurer et mettre à jour de façon régulière un registre comportant le relevé des infections survenues dans l'établissement (Médecin coordinateur + Cadre infirmier)
- Etablir une convention de partenariat avec une structure externe pour une intervention en cas d'épidémie.
- Missionner le médecin coordinateur sur la maîtrise du risque infectieux dès lors qu'il sera opérationnel en interne.
- Prévoir rapidement une formation complémentaire de l'IDE correspondante en hygiène.
- Mettre à jour le protocole de tri sélectif des déchets
- Poursuivre les bonnes pratiques relatives à la gestion et à la sécurisation des médicaments
- Rédiger une procédure permettant de reconnaître les effets secondaires des principaux médicaments utilisés (Pharmacien + Médecin coordinateur+ Cadre IDE)
- Poursuivre les bonnes pratiques en matière de gestion des prescriptions médicales.
- Actualiser les procédures et protocoles en lien avec les risques de santé et en collaboration avec le médecin coordinateur.
- Créer un registre de déclaration de chute
- Associer le médecin coordinateur à la prévention des chutes : atelier avec le kinésithérapeute, dépistage du risque de chute...et rédiger un protocole destiné à évaluer le risque individuel de chute
- Rédiger un protocole d'évaluation des risques d'escarres en conformité avec les recommandations de l'HAS et nommer une personne référente de la prise en charge des escarres. Réfléchir sur un outil permettant de réaliser l'évaluation du risque d'escarre et en définir la périodicité
- Rédiger les procédures de prévention des vols et de prévention des intrusions.



- Assurer la traçabilité des éventuelles infections nosocomiales dans l'EHPAD
- Poursuivre les bonnes pratiques et la sensibilisation de tout le personnel concernant la lutte contre les infections nosocomiales. Continuer d'entretenir les locaux et la sécurisation des salles de bain.
- Organiser l'établissement de telle manière que le cadre de santé soit capable de déclencher le Plan blanc en cas de crise. Adapter la communication afin de promouvoir le plan blanc
- Etablir un registre des situations et évènements d'urgence : le diffuser à l'ensemble du personnel et le réactualiser régulièrement
- Poursuivre les bonnes pratiques en matière de sécurité et de son suivi
- Installer un système permettant aux personnes à mobilité réduite de se déplacer seules (exemples de systèmes) :
 - sonnette extérieure accessibles aux personnes à mobilité réduite afin de signaler leur présence à l'entrée et permettre ainsi aux secrétaires de l'accueil de venir ouvrir les portes (coût peu élevé)
 - travaux d'aménagement et de transformation du sas d'entrée par des portes à ouverture automatique (coût élevé)
- Poursuivre les bonnes pratiques en matière de contrôle sanitaire et spécial (Canalisations, hygiène du service de la restauration, respect de la loi Evin...)
- Poursuivre les bonnes pratiques en matière de restauration et de recueil des attentes et besoins des résidents.
- Rédiger une procédure à appliquer lors des infections contagieuses
- Actualiser le protocole DASRI
- Actualiser les procédures liées à l'entretien des locaux et former le personnel à ces procédures en les associant lors de la rédaction.
- Analyser les pratiques du personnel chargé de l'entretien de façon régulière.
- Rédiger une procédure en cas de détérioration du linge et en assurer sa diffusion auprès du CVS
- Poursuivre les bonnes pratiques relatives à l'organisation de la maintenance immobilière et mobilière

T7 – Cohérence et continuité des actions menées

- Réactualiser les procédures et protocoles.
- Rédiger une démarche personnalisée du suivi de l'incontinence et l'inclure dans le DSI de chaque résident.
- Poursuivre les bonnes pratiques de gestion des comportements à risque.
- Rédiger les protocoles de prise en charge comme il est prévu, les réactualiser et les faire vivre.
- Dans la mesure du possible, faire suivre chaque résident ayant des troubles de l'humeur et du comportement par un psychiatre ou un neurologue.
- Faire appel à l'ergothérapeute libéral pour organiser des interventions auprès des résidents présentant des troubles de l'humeur et du comportement.
- Promouvoir les actions des ASG formées en leur dégageant du temps de soins destinés à des séances de réhabilitation cognitives.
- Réfléchir à l'organisation d'un accompagnement pour les transferts à l'hôpital.



- Poursuivre les bonnes pratiques relatives à la gestion des prescriptions, leur renouvellement. le circuit de distribution des médicaments
- Poursuivre les bonnes pratiques de soins et de surveillance de la dénutrition et rédiger des protocoles et procédures en lien avec l'alimentation spécifique lors de certaines pathologies et notamment sur l'alimentation par sonde gastrique ou par sonde de gastrostomie, risque de fausse route...
- Poursuivre les bonnes pratiques relatives au dépistage, à la surveillance et à la prise en charge de la douleur et établir des protocoles non médicamenteux pour la prise en charge de la douleur. Intégrer l'échelle Algoplus au protocole "évaluation de la douleur" datant de mars 2010.
- Rédiger en équipe pluridisciplinaire les protocoles de prise en charge des chutes. Installer un système d'alerte que les résidents porteraient sur eux. Former des référents "chutes" afin de réaliser les bilans de chute et piloter la promotion de la prévention des chutes au sein de l'EHPAD.
- Etablir un dossier de suivi des escarres. Organiser des formations à destination du personnel sur la prise en charge des escarres suivant les recommandations de l'HAS.
- Poursuivre les bonnes pratiques relatives aux soins palliatifs et à la gestion des plaintes.
- Organiser des formations aux gestes de premiers secours.
- Rédiger une procédure de façon collégiale d'aide à la décision pour les résidents non conscients.
- Poursuivre les actions d'animation en lien avec les attentes et besoins des résidents et rédiger des procédures de présentation des activités auprès des nouveaux résidents Inciter les résidents à participer aux activités en les associant toujours plus dans la programmation
- Associer le personnel à la démarche d'animation et développer les animations le week-end
- Aménager un jardin potager une aire de loisirs intergénérationnel et fleurir les abords de l'établissement.
- Aménager un aquarium, un jardin d'eau ou une volière ainsi qu'un espace musical et un point de distribution de boissons et viennoiseries.
- Améliorer la décoration des tables au quotidien, en dehors des repas à thème.
- Proposer aux résidents des animations d'expression corporelle.

T8 – Adaptation à l'emploi

- Favoriser et formaliser sur le planning des temps dédiés aux 3 ASG
- Assurer la continuité de l'encadrement de proximité en mutualisant le poste de Cadre Infirmier avec celui du SSIAD, lors de l'absence de l'une ou l'autre des 2 Cadres Infirmiers.
- Développer les procédures écrites relatives à l'accueil des nouveaux personnels
- Remettre ce livret d'accueil et le commenter à tout nouvel arrivant dans l'établissement (y compris les stagiaires et le personnel de nuit).
- Assurer la continuité de l'encadrement de proximité en mutualisant le poste de Cadre Infirmier avec celui du SSIAD, lors de l'absence de l'une ou l'autre des 2 Cadres Infirmiers.
- Rationaliser le personnel de soins en mutualisant entre les étages et avec le personnel du SSIAD
- Harmoniser les effectifs en fonctions des effectifs autorisés, en rationalisant par exemple avec le personnel du SSIAD et pourvoir les postes vacants.
- Poursuivre la dynamique de formation continue du personnel en poste. Mettre à jour de façon régulière et concertée le plan annuel de formation.



T9 – Ouverture à et sur l’environnement

- Remettre à jour les conventions de partenariat
- Poursuivre les actions menées en matière d'animation et de politique d'ouverture de l'établissement à et sur son environnement en collaboration avec tous les acteurs du secteur géographique.
- Poursuivre les relations de partenariat avec les différents spécialistes et promouvoir le projet de création d'une maison médicale au sein de l'établissement.
- Coordonner de façon étroite les différentes interventions des professionnels médicaux et paramédicaux qui interviennent au sein de l'EHPAD (Mission du Cadre de Santé)
- Poursuivre les partenariats engagés et prospecter en vue de mutualiser avec d'autres intervenants et structures locales.

T10 – Démarche qualité

- Poursuivre la promotion de la démarche d'amélioration de la qualité.
- Négocier le renouvellement du contrat de l'Ingénieur qualité afin de conserver la dynamique et de concrétiser les actions entreprises

Associer dès son retour le Cadre de Santé dans la démarche de suivi et d'amélioration de la qualité (son poste d'encadrement de proximité permettant un suivi affiné) et mettre en place des tableaux de bord.



9. Abrégé du Rapport

ABREGE DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

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

Date de l'évaluation	18 et 19 novembre 2014
----------------------	------------------------

Etablissement évalué	EHPAD du CH Les Cygnes de Lormes (58)
Nom et qualité du responsable de l'évaluation	Cabinet ESCALIA
Adresse	15 rue Valentin Privé 89 300 JOIGNY
Téléphone	03 86 43 71 64
Mail	escalia@orange.fr

Nom de l'évaluateur 1	Nathalie DOURNEAU
Adresse	32 ter rue Saint Vincent – 92700 COLOMBES
Téléphone	06 89 54 38 39
Mail	Nathalie.dourneau@gmail.com
Nom de l'évaluateur 2	Françoise DANET
Adresse	51 rue de Villiers 92 200 NEUILLY-SUR-SEINE
Téléphone	07 77 26 95 52
Mail	Francoise-marie.danet@orange.fr



Cet abrégé a pour objectif de traduire la dynamique de l'évaluation externe.

A cet effet, l'abrégé présente les items contenus dans la synthèse de l'évaluation externe retenus comme force et/ou faiblesse et pour lesquels il est fait des propositions ou préconisations dans le rapport d'évaluation externe.

La méthode de remplissage consiste, pour chacune des sept rubriques, à noter les forces « et » les faiblesses à partir de la synthèse de l'évaluation externe. En effet, chaque rubrique ne peut être réduite à l'une ou l'autre de ces deux dimensions. L'approche du réel par la complexité consiste à chaque fois à identifier en quoi la rubrique présente une force « et » une faiblesse, ces deux aspects étant toujours contenus dans les faits observés.

L'expression des propositions/préconisations apparaît alors différente si la réalité a été exposée dans sa complexité. Elle n'est plus la sanction de ce qui « ne va pas » mais la dynamique à créer pour poursuivre l'évolution du projet.

La huitième rubrique permet de recueillir l'appréciation globale de l'évaluateur externe.

La neuvième permet de recueillir les éléments de méthodologie de l'évaluation externe.

Enfin la dixième et dernière recueille les commentaires de l'ESSMS sur le déroulement et les conclusions de l'évaluation externe.



1. La démarche d'évaluation interne *

(Exemples d'items : Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, de participation des usagers, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats ...)

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalité de mise en œuvre de l'évaluation interne Elaboration du plan d'actions et d'amélioration	Effectuée courant 2013 de façon commune EHPAD + SSIAD et assisté par un Cabinet extérieur. Choix du référentiel : UNASSI Le plan d'amélioration continue et son calendrier sont affichés dans le poste de soins. Des réunions spécifiques ainsi que les dates de groupes de travail sont à programmer.		

** pour les services à la personne (SAP) agréés, cette rubrique correspond aux points investigués dans le cadre du cahier des charges de l'agrément*



2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm relatives à l'ESSMS.

(Exemples d'items : Modalités d'appropriation des recommandations, mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités,...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités d'appropriation des RBPP		Les RBPP sont regroupées dans un classeur tenu à disposition mais il n'y a pas eu d'appropriation par le personnel.	Formation du personnel autour des RBPP Groupe de travail autour des RBPP



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

(Exemples d'items : Caractérisation de la population accompagnée ; modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement ou de service ; adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée ; ...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités d'élaboration et de formalisation du Projet d'Etablissement / Projet de Service Suivi de la qualité	 Un ingénieur qualité a été recruté et permet ainsi d'engager la dynamique d'amélioration et de suivi de la qualité	 Le Projet d'Etablissement 2010-2014 existe pour le CH de Lormes mais il n'y a pas de Projet de Service spécifique à l'EHPAD	 Lors de la rédaction du nouveau Projet d'Etablissement (prévu courant 2015), rédiger un Projet de Service spécifique à l'EHPAD Négocier avec l'ARS le renouvellement du poste pour l'année 2015 dans un premier temps.



4. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

(Exemples d'items : Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur, Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu, contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement,...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Travail en réseau et partenariats	L'EHPAD est inscrit de façon complémentaire avec les partenaires concourant à la réalisation des missions. Les partenariats sont opérants et de qualité.	Tous les partenariats ne sont pas formalisés par des conventions	Rédiger et signer des conventions de partenariats avec tous les acteurs externes qui concourent aux missions de l'EHPAD



5. Personnalisation de l'accompagnement

(Exemples d'items : 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, conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé, ...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Accueil et admission Conditions d'élaboration du DIPEC	L'admission est personnalisée à travers le Contrat de séjour Le contrat de prise en soins est élaboré de façon participative dans les 30 jours suivant l'admission du patient. Il est contresigné par celui-ci et/ou son représentant légal.	Le contrat de prise en soins ne fait jamais l'objet de renouvellement, aussi bien lorsque l'état de santé du résident nécessite des ajustements que lorsque le résident est stable	Formaliser par avenant au Contrat de prise en soins toute modification de la prise en charge du patient



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

(Exemples d'items : Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers, prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Outils de la loi 2002-2	<p>Les différents supports réglementaires existent :</p> <ul style="list-style-type: none">- Livret d'accueil : Il est commun au service de Médecine, au SSR et à l'EHPAD. Il est remis par le service des admissions à l'entrée du résident.- Contrat de séjour : les horaires de restauration sont erronés.- Règlement de fonctionnement : Il a été rédigé le 1er juin 2012. Il n'est pas affiché dans le hall d'entrée de l'établissement. Il est remis lors de l'admission.- La charte de la personne accueillie est affichée à tous les étages.		<p>Rédiger un livret d'accueil spécifique à l'EHPAD. Une mutualisation avec le document élaboré par le SSIAD est une piste de réflexion à envisager.</p> <p>Actualiser les données du contrat de séjour et préciser qu'en cas de refus de signature, un DIPC (Document Individuel de Prise en Charge) sera rédigé.</p> <p>Afficher le règlement de fonctionnement dans le hall d'accueil de l'Etablissement.</p>



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

(Exemples d'items : Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité, prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS, dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques, modes de concertation, traitement des faits de maltraitance,...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Garantie des droits	L'EHPAD met en œuvre toutes les mesures pour garantir le droit individuel et la personnalisation de la prise en charge et le déploiement du projet personnalisé est en cours (il a déjà été testé sur 2 patients et les retours sont positifs)		Formaliser les différentes procédures en lien avec la garantie des droits des usagers



8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'EHPAD du CH Les Cygnes de Lormes répond de façon très professionnelle aux besoins et attentes des patients pris en charge ainsi que de leurs familles. Les rythmes de vie des résidents sont respectés, l'établissement favorise son ouverture à et sur son environnement. Les résidents peuvent accéder aux commerces du village de façon aisée.

Le personnel de soins maîtrise parfaitement les bonnes pratiques professionnelles au quotidien et est très impliqué dans la vie de l'EHPAD. Ils apprécient leurs missions quotidiennes et se disent satisfaits de leur travail. Le poste de Cadre de Santé est une nécessité pour l'établissement afin d'assurer un encadrement de proximité et garantir la continuité et la traçabilité des actions menées.

Depuis les résultats de l'évaluation interne fin 2013, de très nombreux réajustements ont été effectués en équipe et de façon collégiale. L'ensemble du personnel est impliqué dans la démarche qualité impulsée par la nouvelle directrice depuis son arrivée en janvier 2014 et le concours d'un ingénieur qualité. Néanmoins, des groupes de suivi et de pilotage des différentes actions à mener doivent être constitués afin de préserver la dynamique instaurée.

Une mutualisation des moyens et des ressources avec le SSIAD du CH Les Cygnes permettrait d'optimiser les outils communs et les pratiques internes (encadrement et remplacement du personnel, groupes de travail d'harmonisation des pratiques et des outils...).

La fragilité de l'établissement réside aujourd'hui sur quatre points essentiels :

- Le suivi de l'évaluation interne et de l'évaluation externe et la mise en place d'actions concourant à la réalisation des ajustements nécessaires.
- La mise en place et le déploiement du projet personnalisé dans le cadre de l'informatisation du dossier de soins
- La formalisation des procédures et protocoles, indispensable dans le cadre de l'amélioration des pratiques
- Le Projet d'établissement va être actualisé au cours de l'année 2015, arrivant à échéance le 31 décembre 2014. Il devra permettre de mieux présenter les axes et missions de chaque entité du CH de Lormes et devra être décliné en projet de service spécifique à l'EHPAD.



9. Méthodologie de l'évaluation externe

(Exemples d'items : descriptif des outils utilisés pour conduire et mettre en œuvre la démarche, modalités d'implication des équipes (Direction et personnels), modalités d'association des usagers, nombre d'entretiens conduits, nombre de jours pour conduire l'évaluation externe, dates de début et de fin de mission ...)

Items (5 maximum)	
	Etude des pièces techniques Entretiens individuels et de groupe Entretiens téléphoniques Questionnaires des agents Questionnaires des résidents Constats sur site Questionnaire Evaluatif spécifique construit à partir du questionnaire Evalavie et des paramètres spécifiques de l'établissement



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

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
Evaluation conduite conformément aux clauses du cahier des charges établi à l'occasion de la passation du marché.	Conclusions et préconisations pas toujours en adéquation avec les moyens disponibles en interne du fait notamment de l'absence d'encadrement sur ce secteur et l'incertitude quant à la pérennisation du poste de qualicien.



9 - Intervenants

(par ordre alphabétique)

Françoise DANET

Formation :

IDE

Cnam – Section comptabilité et gestion des PME

Formation d'évaluateur externe – Espace Sentein

Expérience :

Infirmière, surveillante générale

Cadre de santé :

- Responsable SSIAD AMSAD Paris 20^{ème}
- Responsable SSIAD ASSAD Paris 15^{ème}

Domidom :

- création de deux SSIAD (150 et 40 places) Paris
- Reprise de SSIAD (75 places)

Evaluateur externe

Nathalie DOURNEAU

Formation :

IDE - IFSI Neuilly sur Marne

« Gérer efficacement un SSIAD » Formation Santé Service

CAFDES et Eurodir – EHESP Rennes

Formation d'évaluateur externe – Espace Sentein

Expérience :

Infirmière en clinique et CH (77-93)

Infirmière libérale

Cadre de santé :

- Association Notre Village Paris 15^{ème} (103 places)

Domidom :

- DG SSIAD et ESA (3 à Paris, Clamart, Neuilly Plaisance, Orléans)

Evaluateur externe



10 – Planning de réalisation

Date de demande des documents :

- 5 octobre 2014

Date de réception des documents :

- 3 novembre 2014

Date d'intervention sur site :

- 20 novembre 2014

Date d'envoi du rapport contradictoire :

- 5 décembre 2014

Date d'envoi du rapport définitif :

- 31 décembre 2014



ESCALIA

Conseil, Formation, Evaluation Interne et Externe

11 - Annexes