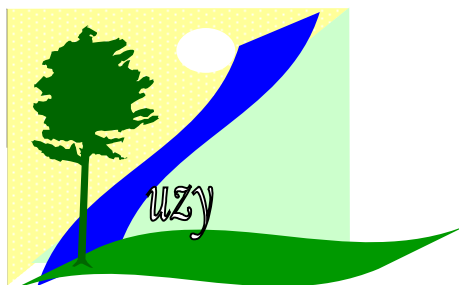




**Union  
Départementale des  
Associations  
Familiales de la Nièvre**

## **Rapport d'évaluation externe EHPAD du Centre De Soins de Longue Durée (CSLD) de Luzy**

*Centre de Soins*



*de Longue Durée*

**Directeur : M. Jean-Marc SCHWOB**

*5-7 avenue Hoche - BP 57 – 58170 LUZY*

Tél : 03.86.30.28.28

Mail : [cls.luz@wanadoo.fr](mailto:cls.luz@wanadoo.fr)

Site internet : <http://www.centre-soins-longue-duree.fr/>

**Union Départementale des Associations Familiales de la Nièvre**

47 Boulevard du Pré Plantin – CS 10708 – 58027 NEVERS cedex

Tél : 03.86.93.59.13 – Fax : 03.86.93.01.99 – Email : [mdameron@udaf58.unaf.fr](mailto:mdameron@udaf58.unaf.fr) – [www.udaf58.fr](http://www.udaf58.fr)

N° Siret 778 478 149 000 41 – Code APE : 913EB – Code NAF : 9499Z

N° Habilitation Anesm : H2013-10-1266 – N° Formateur : 26580065858

## SOMMAIRE

### I-PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

*I.1 L'historique*

*I.2 Les missions, valeurs et objectifs de l'établissement*

*I.3 La description de la population accueillie*

### II-PRESENTATION DE LA DEMARCHE D'EVALUATION EXTERNE

*II.1 La préparation de l'évaluation*

*II.2 L'évaluation sur site*

*II.3 Le pré-rapport et le rapport définitif*

*II.4 L'équipe d'évaluateurs*

### III-LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

*III.1 Le projet d'établissement*

*III.2 L'évaluation interne et l'amélioration continue*

*III.3 L'organisation générale de l'établissement*

*III.4 L'admission, l'accueil et l'adaptation du résident*

*III.5 La garantie des droits*

*III.6 L'expression et la participation des résidents*

*III.7 L'accompagnement et la prise en charge du résident*

*III.8 La prévention et la maîtrise des risques*

*III.9 L'établissement dans son environnement*

*III.10 L'accompagnement de fin de vie*

*III.11 Les thématiques spécifiques*

## IV-SYNTHESE-PROPOSITIONS-PRECONISATIONS

### **Volet d'introduction**

**Volet A :** *les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers*

**Volet B :** *l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socio-culturel et économique*

**Volet C :** *personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers*

**Volet D :** *la garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques*

## V-ANNEXES

**Annexe 1 :** L'abrégé du rapport

**Annexe 2 :** Le contrat de prestation

**Annexe 3 :** La présentation des évaluateurs

**Annexe 4 :** Le questionnaire évaluatif

**Annexe 5 :** Le plan d'intervention

**Annexe 6 :** La liste des personnes rencontrées

## I-PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

<b>Raison sociale</b>	EHPAD LUZY
<b>Nature juridique</b>	Etablissement Public Communal d'Hospitalisation
<b>Adresse</b>	CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE 5-7 avenue Hoche BP 57 58170 LUZY
<b>Coordonnées</b>	<i>Tél : 03.86.30.28.28</i> <i>Mail : cls.luzy@wanadoo.fr</i>
<b>Numéro finess</b>	580972024
<b>Date d'ouverture</b>	10 janvier 1986
<b>Capacité d'hébergement</b>	78 lits
<b>Président du Conseil</b>	M. Jean-Claude DESRAYAUD
<b>Directeur</b>	M. Jean-Marc SCHWOB
<b>Médecin Coordonnateur</b>	Dr. Jean-Louis PAPONNEAU

L'EHPAD de Luzy est un établissement public ayant une capacité d'hébergement de 78 lits. L'EHPAD fait partie du Centre de Soins de Longue Durée de Luzy (CSLD) qui est un établissement public de santé comprenant les 78 lits de l'EHPAD ainsi que 30 lits d'Unité de Soins Longue Durée (USLD). Le CSLD héberge, dans ses locaux, la clinique du Morvan (35 lits de soins de suite et réadaptation), le SSIAD de la Croix-Rouge, un cabinet libéral de deux masseurs kinésithérapeutes, un cabinet libéral d'une pédicure-podologue et la maison de santé pluridisciplinaire intercommunale.

### **I.1 L'historique**

Dans les années 1960, une maison de retraite est construite dans l'enceinte de l'hospice. De 1977 à 1979, des travaux d'humanisation de l'hospice sont réalisés et une maison de cure médicale voit le jour.

En 1993, une réhabilitation d'une partie des locaux est réalisée, avec, comme résultat, la création d'une résidence d'hébergement temporaire qui n'est plus utilisée actuellement.

De 2001 à 2006, des travaux de restructuration ont été réalisés, afin de répondre aux nouvelles normes de conformité pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

## **I.2 Les missions, valeurs et objectifs de l'établissement**

Les valeurs précisées dans le projet d'établissement et défendues par les professionnels sont les suivantes :

- Des valeurs humanistes (respect, écoute, équité, etc...)
- Des valeurs professionnelles (compétence, responsabilité, etc...)
- Des valeurs fonctionnelles (qualité, efficience, etc...)

La mission de l'établissement est de garantir les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins aux résidents en assurant leur sécurité physique et morale. Pour mener à bien cette mission, l'établissement met en œuvre un accompagnement reposant sur les fondements de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Lors de l'élaboration de la convention tripartite, l'établissement s'est fixé comme objectifs de :

- De répondre aux besoins des résidents,
- De suivre l'évolution de chaque résident et d'identifier son parcours de vie,
- D'optimiser les compétences des professionnels.

## **I.3 La description de la population accueillie (au 13/10/ 2014)**

### **Répartition GIR :**

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>GIR 1</b>	1	3	1
<b>GIR 2</b>	25	13	22
<b>GIR 3</b>	7	12	11
<b>GIR 4</b>	30	26	20
<b>GIR 5</b>	10	15	16
<b>GIR 6</b>	5	5	7
	78	74	77

Répartition par âge (au 31/12/2013) :

	Nb de femmes	Nb d'hommes	Total
Moins de 60 ans	1		1
De 60 à 64 ans	3	1	4
De 65 à 69 ans	6		6
De 70 à 74 ans	2	1	3
De 75 à 79 ans	3	4	7
De 80 à 84 ans	9	4	13
De 85 à 89 ans	18	10	28
De 90 à 94 ans	21	5	26
De 95 à 99 ans	12	2	14
100 ans et +	0	0	0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>27</b>	<b>102</b>

Moyenne d'âge :

		2012	2013	2014
Moyenne d'âge	Hommes	81.7	84.6	82.9
	Femmes	86.2	85.8	86.6
	Global	83.5	85.5	85.1

Répartition hommes/femmes :

		2012	2013	2014
Répartition H/F	% Hommes	28 %	28 %	27 %
	% Femmes	72 %	72 %	73 %

## II- PRESENTATION DE LA DEMARCHE D'EVALUATION EXTERNE

### II.1 La préparation de l'évaluation

La phase de préparation de l'évaluation a démarré par l'analyse des documents transmis par l'EHPAD Sud Morvan :

- Le projet d'établissement
- L'organigramme
- Le tableau des effectifs
- La convention tripartite
- Le rapport d'évaluation interne
- Le plan d'actions issu de l'évaluation interne
- La note d'orientation stratégique 2013-2016
- Des comptes rendus du CHSCT
- Des comptes rendus du Conseil de la Vie Sociale
- Le Document Unique d'évaluation des risques professionnels
- Le livret d'accueil
- Le règlement de fonctionnement
- Le plan bleu
- Le rapport d'activité 2013.

L'analyse de ces documents a permis aux évaluateurs de comprendre l'organisation et le projet d'établissement, d'identifier des écarts éventuels au regard de la réglementation en vigueur et d'identifier des points à approfondir lors de l'évaluation sur site.

Les évaluateurs ont ensuite élaboré et proposé un questionnaire évaluatif et un plan d'intervention. Ces deux documents ont été validés par la Direction de l'établissement.

La phase de préparation de l'évaluation s'est poursuivie par une intervention des évaluateurs lors d'une réunion d'information, le 6 novembre 2014, en présence de la Direction et du personnel de l'établissement. La réunion d'information a permis de :

- présenter les fondements, principes, objectifs et étapes de l'évaluation externe,
- décrire la méthodologie déployée pour la réalisation de l'évaluation externe,
- répondre aux interrogations du personnel.

## **II.2 L'évaluation sur site**

L'évaluation sur site a été réalisée par une équipe de quatre évaluateurs sur trois jours consécutifs (du mardi 18 au jeudi 20 novembre 2014).

Lors des entretiens, **dix domaines d'évaluation** ont été examinés :

- ✓ le projet d'établissement,
- ✓ l'organisation générale de l'établissement,
- ✓ l'admission, l'accueil et l'adaptation du résident
- ✓ la prévention des risques,
- ✓ l'établissement dans son environnement,
- ✓ l'accompagnement et la prise en charge du résident,
- ✓ l'évaluation interne et l'amélioration continue,
- ✓ l'expression et la participation des résidents,
- ✓ la garantie des droits,
- ✓ l'accompagnement de fin de vie.

Au cours de l'examen de ces domaines, tous les professionnels rencontrés se sont impliqués et se sont montrés objectifs lors des entretiens, apportant des réponses précises et des éléments de preuve, si nécessaire.

A la fin de chaque entretien, les observations des évaluateurs ont été validées avec les personnes rencontrées afin de s'assurer d'un diagnostic partagé.

Au cours de l'évaluation, en plus des professionnels de l'EHPAD, d'autres parties prenantes ont été rencontrées : des résidents, des membres du Conseil de la Vie Sociale, le Président du Conseil de surveillance, le médecin coordonnateur, les Instances Représentatives du Personnel et des partenaires extérieurs.

Une visite des infrastructures a été réalisée lors du premier jour de l'évaluation en présence du Directeur, du médecin coordonnateur, de la cadre de santé. Cette visite a permis d'observer les conditions d'accueil et de vie des résidents et l'organisation des services.

Lors de réunion de clôture, les évaluateurs ont dressé un bilan synthétique des points forts de l'organisation et présenté des propositions/préconisations à mettre en œuvre.

Durant les trois jours d'intervention, les évaluateurs n'ont pas rencontré de difficultés dans l'exercice de leur mission. L'accueil et les conditions d'organisation ont permis un bon déroulement de l'évaluation.



### **II.3 Le pré-rapport et le rapport définitif**

- Transmission du pré-rapport : 12 décembre 2014
- Réception des observations de l'EHPAD : 23 décembre 2014
- Prise en compte des observations et insertion dans le rapport définitif : 29 décembre 2015
- Transmission du rapport définitif : 05 janvier 2015

### **II.4 L'équipe d'évaluateurs**

La conduite de l'évaluation externe a été assurée par deux évaluateurs intervenant pour le compte de l'UDAF 58 (N° Habilitation Anesm : H2013-10-1266) :

- Annie CREUZOT-PIAT, Directrice Générale de l'UDAF 58,  
[acreuzot@udaf58.unaf.fr](mailto:acreuzot@udaf58.unaf.fr) / 03.86.93.59.10
- Martine WESOLEK, Directrice d'un EHPAD et d'un foyer de vie,
- Catherine PETIT, Responsable Ressources Humaines,
- Medhy DAMERON, responsable qualité, évaluateur externe certifié  
[mdameron@udaf58.unaf.fr](mailto:mdameron@udaf58.unaf.fr) / 03.86.93.59.13

### III- LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

#### III.1 Le projet d'établissement

##### III.1.1 Elaboration, mise en œuvre et réactualisation du projet

La version 2012-2016 est le second projet d'établissement élaboré par le Centre de Soins de Longue Durée (CSLD), le premier datant de 2001. Ce projet est commun aux deux établissements gérés par le CSLD : l'EHPAD et l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

Le projet d'établissement est le fruit d'un travail collectif, mené de 2009 à 2011, qui a associé plusieurs parties prenantes. Les professionnels ont pu apporter leur expertise et connaissances sur les personnes prises en charge. Cette approche participative a permis à l'établissement d'identifier ses valeurs et ses principes d'intervention en fonction d'objectifs partagés émanant des besoins et attentes des résidents.

Le projet a été présenté pour approbation au Conseil de la Vie Sociale (CVS) et au Comité Technique de l'Etablissement (CTE).

Le projet d'établissement est construit autour de projets annexes qui lui sont complémentaires :

- Le projet de management
- Le projet de vie des résidents
- Le projet médical
- Le projet de soins
- Le projet qualité-gestion des risques
- Le projet architectural
- Le projet hôtelier
- Le projet du système d'information
- Le projet social

Chaque projet fait l'objet d'un plan d'actions. Depuis la mise en œuvre du projet d'établissement, plusieurs actions ont été réalisées et/ou engagées nécessitant un important travail des équipes. Ce travail a été réalisé en cohérence avec les valeurs et les principes d'intervention de l'établissement, dans un souci d'amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge des résidents.

Cependant, l'établissement n'a pas encore mis en place une instance permettant de mesurer l'avancement des actions engagées ou l'évaluation de leur impact. A ce jour, aucun suivi n'est donc réalisé. Il est important que les modalités de suivi et d'évaluation du projet soient formalisées afin de préparer sa réactualisation.

Une meilleure diffusion du document pourrait faciliter son appropriation par le personnel (affichage, internet...). Une version simplifiée à destination des résidents, des familles et des partenaires pourrait être créée afin de valoriser les orientations et valeurs de l'établissement.

**Proposition(s) :**

- Mettre en place ou désigner une instance s'assurant du suivi du projet d'établissement et de ses annexes
- Créer une note synthétique du projet d'établissement pouvant être diffusée aux usagers, aux familles et aux partenaires

**Préconisation(s) :**

- Réaliser le suivi du projet d'établissement et de ses annexes (planification des actions, niveau de réalisation, atteinte des objectifs, effets constatés, etc...)

**III.1.2 Cohérence avec les missions**

L'objectif central du projet d'établissement du CSLD de Luzy à savoir, la garantie à toute personne âgée accueillie des meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins, se veut en cohérence avec les missions d'un EHPAD.

Les orientations du projet d'établissement et de ses annexes s'inscrivent dans la continuité des axes définis par les collectivités territoriales en s'appuyant notamment sur le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

Le projet d'établissement fait également référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM qui sont présentées comme étant le socle du projet de management. Les recommandations ont été utilisées pour l'élaboration du projet et de ses annexes mais également pour la construction d'outils.

L'appropriation de ces recommandations par les professionnels doit être accentuée en menant des réflexions sur des recommandations, en lien avec les spécifiés de la

population accueillie, pour contribuer à l'évolution des pratiques et à l'adaptation de l'accompagnement.

**Proposition(s) :**

- Poursuivre l'appropriation des recommandations de l'ANESM par les professionnels en menant des réflexions sur les recommandations suivantes :
  - *Qualité de vie en EHPAD (Volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement*
  - *Qualité de vie en EHPAD (Volet 2) : l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*
  - *Qualité de vie en EHPAD (Volet 3) : la vie sociale des résidents en EHPAD*
  - *Qualité de vie en EHPAD (Volet 4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident*
  - *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*
  - *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*
  - *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement*
  - *La prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée*
  
- Faire référence aux recommandations dans les procédures ou protocoles existants

**III.1.3 Cohérence au regard des besoins des résidents et l'adéquation entre les objectifs et les moyens mis en place**

La participation et l'implication des professionnels de l'EHPAD, dans les travaux d'élaboration du projet d'établissement et notamment du projet de vie, a permis de prendre en compte les besoins et les attentes des résidents en s'appuyant sur les observations et l'expérience des professionnels.

Les cinq axes du projet de vie (l'accueil, les prestations hôtelières, la restauration, le bien-être physique et le bien-être psychique) sont cohérents avec les besoins et les attentes des résidents. Leur identification est facilitée par les moyens d'expression et de participation mis à disposition des résidents et des familles : le Conseil de la Vie Sociale, les enquêtes de satisfaction, les réunions avec les familles, les rencontres avec les résidents et les réunions institutionnelles.

### **III.1.4 Impact sur les professionnels et leurs pratiques**

La Direction a la volonté de faire du projet d'établissement un véritable outil d'animation et de communication. Ce projet doit être un document de référence pour les professionnels. La mise en œuvre du projet d'établissement et de ses annexes a eu pour effet de définir les orientations de l'établissement jusqu'en 2016 et de faire évoluer son organisation et son fonctionnement avec notamment:

- le développement du travail pluridisciplinaire
- l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement
- l'organisation des soins
- la mise en œuvre des projets personnalisés
- la prise en compte des recommandations de l'ANESM
- l'auto-évaluation des pratiques professionnelles
- la prévention des risques
- l'optimisation de la démarche qualité
- l'amélioration des conditions de travail

Toutes les actions, citées ci-dessus, ont vocation à faire évoluer les pratiques professionnelles et à renforcer la place des professionnels dans la vie de l'établissement.

L'implication des professionnels dans l'élaboration du projet favorise leur appropriation des valeurs, principes et objectifs de l'établissement.

### III- LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

#### III.2 L'évaluation interne et l'amélioration continue

##### III.2.1 La mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne

L'établissement a réalisé son évaluation interne entre juillet et août 2013. Désirant mettre en œuvre une démarche participative avec toutes les parties prenantes (personnel, usagers, représentants légaux, proches, partenaires extérieurs), un appel à candidatures a été effectué pour constituer un groupe projet. De plus, une note d'information rappelant le cadre méthodologique de l'évaluation interne a également été communiquée.

Le groupe projet s'est réuni pour la première fois le 16 juillet 2013 avec la participation de 18 personnes, dont la représentante des usagers désignée par le Préfet.

Le recueil des données et des constats a été effectué via un référentiel construit par la FHF (Fédération Hospitalière de France). Ce référentiel a été élaboré en reprenant des éléments de la grille « Angélique » et présente l'avantage d'intégrer, dans ses exigences, de nombreux axes développés dans les recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM.

Ce référentiel comprend les sept chapitres suivants :

- Admission, droits et libertés
- Le projet de soins
- Restauration, hôtellerie et logistique
- Bientraitance
- Projet d'établissement et ouverture de l'établissement à et sur son environnement
- Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées
- Réflexion éthique

L'établissement a exploité plusieurs outils pour renseigner le référentiel dont notamment des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des résidents entre 2010 et 2012, des enquêtes de l'ARS, des grilles d'audits des facteurs de risques, etc...

L'établissement a fait le choix de retenir les indicateurs identifiés dans la recommandation « L'évaluation interne : repères pour les EHPAD » publiée par l'ANESM.

36 professionnels de l'établissement, de toutes les catégories professionnelles, ont participé au renseignement des grilles du référentiel.

Les résidents et les proches ont également été consultés. La transmission d'informations lors des réunions du Conseil de la Vie Sociale et l'organisation d'une réunion d'information, à laquelle 19 résidents ont participé, leur ont permis de participer au renseignement des grilles. Ainsi, 11 résidents et 4 familles ont été associés à ce travail.

6 partenaires ont également été sollicités.

### **III.2.2 Les conclusions de l'évaluation interne et la communication des résultats**

Pour chacune des sept thématiques du référentiel, l'établissement a identifié ses forces et faiblesses ainsi que leurs effets constatés sur les usagers.

La pertinence des activités déployées a été mesurée en s'appuyant sur l'avis des professionnels et des résidents.

Conformément à la législation, l'établissement a rédigé un rapport d'évaluation interne transmis au Conseil Général et à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Les conclusions de l'évaluation ont été présentées au Conseil d'Administration, aux Instances Représentatives du Personnel et au Conseil de la Vie Sociale.

L'ensemble du personnel a été informé des résultats de l'évaluation interne et des axes d'amélioration lors des réunions de service.

### **III.2.3 La mise en œuvre et le suivi des mesures d'amélioration**

S'appuyant sur les constats de l'évaluation interne, l'établissement a élaboré un plan d'actions comprenant 91 actions. L'établissement a bénéficié de l'accompagnement d'un organisme extérieur pour mettre en œuvre ce plan.

Ce plan d'actions a été élaboré en septembre 2013 et pour chaque action, une personne référente a été désignée. Ces personnes référentes disposent de temps dédiés à ces travaux et sont en charge de l'animation de groupes de travail.

Le suivi du plan d'actions est effectué par le « CODIR » (Comité de Direction). La dernière mise à jour date du 18 septembre 2014.

Au moment de l'évaluation externe, l'état d'avancement du plan d'actions se présente de la façon suivante :

- 31 actions ont été finalisées
- 19 actions ne sont pas débutées alors que le délai de réalisation prévu est dépassé
- 9 actions ont un niveau d'avancement de 20 %
- 1 action a un niveau d'avancement de 40 %

- 8 actions ont un niveau d'avancement de 50 %
- 1 action a un niveau d'avancement de 70 %
- 3 actions ont un niveau d'avancement de 80 %
- 4 actions ont un niveau d'avancement de 90 %
- 15 actions ne sont pas démarrées mais leur planification est prévue en 2015

Il est important que l'établissement redéfinisse les délais de réalisation des actions non débutées en prenant en compte leur niveau de priorité.

Des indicateurs de suivi ont été mis en place mais ces derniers ne sont pas tous mesurés ni renseignés dans le plan d'actions.

**Proposition(s) :**

- Renseigner dans le plan d'actions les indicateurs existants de suivi
- Développer le suivi des indicateurs notamment via un outil informatique

**Préconisation(s) :**

- Mettre à jour à jour les délais de réalisation des actions non débutées ou en retard avec les délais initialement prévus en les priorisant.

### III.2.4 La démarche qualité

Le pilotage de la démarche qualité est assuré depuis par le « CODIR » suite au départ de la cadre supérieure de santé.

La démarche qualité repose sur les axes de la politique qualité définie dans le projet « Qualité et Gestion des risques » intégré au projet d'établissement 2012-2016.

Les objectifs « qualité » de l'établissement sont : l'optimisation du système qualité, l'optimisation du système de gestion des risques, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'optimisation et l'intégration du processus d'auto-évaluation.

Un comité de pilotage de la qualité et de la commission des vigilances et des risques est en place.

Une cartographie des processus a été réalisée regroupant des processus dédiés au pilotage de l'établissement (stratégie, communication et documentation), aux prestations offertes (accueil/admission, soin, restauration, vie sociale et cadre de vie) et aux ressources nécessaires (ressources humaines, financières, matérielles, gestion des risques).

La planification de la démarche qualité de l'établissement repose sur l'échéancier retenu dans le cadre du plan d'actions issu de l'évaluation interne.



### III- LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

#### III.3 L'organisation générale de l'établissement

##### III.3.1 La gestion des ressources humaines

Les moyens de l'établissement en matière de ressources humaines lui permettent de fonctionner. Néanmoins, il est à noter l'emploi d'un seul ETP infirmier pour les 78 lits ne permettant pas d'assurer des plages nécessaires de permanence pour optimiser la qualité de prise en charge. L'évolution du public reçu et de la dépendance est aussi à prendre en compte dans le cadre de la renégociation de la convention tripartite.

C'est pourquoi l'établissement a mis en place un plan pluriannuel prévisionnel d'évolution des effectifs en sollicitant des effectifs supplémentaires en 2015 et 2016.

Les besoins en formation sont recueillis et/ou identifiés lors de l'entretien annuel d'évaluation. Ces entretiens sont pilotés par la cadre de santé avec l'appui de supports documentaires permettant leur bon déroulement. Une fiche de demande de souhaits en formation est diffusée à l'ensemble du personnel. Une synthèse est ensuite réalisée par le service des ressources humaines.

Les orientations de formation sont fixées par la commission de formation composée des membres du CODIR. Les axes retenus pour les deux prochaines années sont : la bientraitance, la gestion des risques, les troubles du comportement et les risques psychosociaux.

Dans le cadre du déploiement de son projet social, l'établissement a mis en place une politique axée sur la gestion et le développement des compétences des professionnels.

Des promotions internes sont réalisées chaque année. En 2013 deux ASH ont été promues aides-soignantes.

Le plan de formation est cohérent avec les objectifs poursuivis par l'établissement.

L'intégration des nouveaux salariés repose une organisation structurée démarrant par l'organisation d'une visite de l'établissement et une présentation aux équipes. Un système de doublure est mis en place durant 4 jours. L'établissement a élaboré un livret d'accueil pour les salariés permettant de présenter l'organisation de l'établissement, les instances en place, les mesures en matière d'hygiène et de sécurité, la prise en charge du résident, des informations sur la qualité et la gestion des risques. La charte des droits et libertés de la personne accueillie et la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance sont annexées à ce livret.

Des fiches de tâches pour les aides-soignantes et les ASH ont été élaborées. Celles concernant les postes de nuit ne sont pas encore formalisées.

Des groupes de travail sont dédiés à l'analyse des pratiques professionnelles. Suite à des processus de certification, l'établissement a réalisé des évaluations des pratiques professionnelles notamment sur la thématique nutrition.

Les risques psychosociaux sont identifiés dans le Document Unique relatif à l'évaluation des risques professionnels. Aucune analyse n'a été engagée sur ces risques. L'établissement prévoit des formations pour l'encadrement en 2015.

L'établissement ne dispose pas d'indicateurs permettant de mesurer la fatigue professionnelle (taux d'absentéisme, turn-over...).

**Proposition(s) :**

- Mesurer le taux d'absentéisme et le turn-over
- Formaliser les fiches de tâches pour les postes de nuit

**III.3.2 La continuité de service**

Les plannings des équipes sont réalisés par la cadre de santé. Ces plannings sont diffusés au personnel par voie d'affichage.

Un système d'astreinte est en place avec des astreintes administratives et médicales. Les astreintes sont affichées dans les locaux avec les numéros des personnes à joindre.

L'établissement s'assure que chaque absence soit remplacée dans les meilleurs délais.

L'EHPAD ne disposant que d'un ETP Infirmière, il n'y a pas de présence infirmière la nuit. En cas d'urgence, il est fait appel aux infirmières de nuit de l'Unité de Soins de Longue Durée. Il convient de préciser que l'établissement sollicite pour 2015 un poste infirmier supplémentaire.

### **III.3.3 Les ressources financières et matérielles**

Les ressources financières sont conditionnées par la Convention Tripartite. L'établissement dispose de peu de souplesse dans sa gestion financière avec un budget limité construit autour de trois volets : le soin, la dépendance et l'hébergement.

Des opérations de suivi sont réalisées mensuellement ou par trimestre.

Malgré des moyens limités, l'établissement veille à faire évoluer de façon régulière son matériel et a mis en place un plan pluriannuel d'investissement.

Les projets inscrits dans ce plan sont les suivants :

- L'informatisation du dossier du patient
- Le système de distribution des repas
- La réfection des installations de production d'eau chaude sanitaire
- Le renouvellement de certains mobiliers

Le parc de lits est en location. Un projet de renouvellement concerne 54 lits.

### **III.3.4 Le système documentaire**

L'établissement ne dispose pas d'outil informatique pour gérer sa documentation. Celle-ci est exclusivement « papier ».

La mise en place de la démarche qualité a permis de définir des règles de gestion des documents. L'établissement a mis en place une procédure dédiée. Les documents sont référencés et accessibles au personnel.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM sont mises à disposition du personnel.

La veille réglementaire est réalisée par la Direction grâce à des abonnements à plusieurs revues spécialisées et à des newsletters. Les informations sont ensuite diffusées lors des réunions du CODIR.

### **III.3.5 L'accueil physique et téléphonique**

L'accueil téléphonique de l'établissement est réalisé du lundi au vendredi de 9h00 à 12 h30 et de 13h00 à 17h00. Lorsque le standard est fermé, les appels sont transférés sur les postes des infirmières ou des aides-soignantes. Les horaires d'ouverture ne sont pas mentionnés dans le livret d'accueil remis aux résidents et aux familles.

La traçabilité des appels n'est pas réalisée. Le volume d'appels entrants n'est pas évalué. Même si le Centre de Soins Longue Durée de Luzy héberge plusieurs structures, l'EHPAD dispose d'un numéro dédié.

Le personnel de l'accueil est formé est régulièrement sensibilisé aux règles liées à la confidentialité et aux conduites à tenir pour la gestion des urgences. En cas de problèmes lors de la gestion des appels, un cahier de transmission est mis en place.

La Direction a la volonté de développer la fonction d'accueil avec la mise en œuvre d'un bureau de la clientèle qui permettra d'apporter un soutien administratif aux résidents et aux familles. Elle souhaite faire réaliser un audit de l'organisation administrative et de l'accueil de l'établissement.

#### **Proposition(s) :**

- Mesurer le volume d'appels téléphoniques
- Mettre en place une traçabilité des appels entrants

#### **Préconisation(s) :**

- Renseigner dans le livret d'accueil, les horaires d'ouverture de l'accueil

### III- LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

#### III.4 L'admission, l'accueil et l'adaptation du résident

##### III.4.1 L'admission

La gestion des demandes de dossier d'admission est assurée par le service administratif. L'établissement utilise le dossier unique d'admission. Les familles peuvent être reçues si besoin pour bénéficier d'une aide pour le renseignement du dossier. Une visite de l'établissement leur est également proposée.

Une visite de pré-admission est organisée soit au domicile du futur résident soit sur le lieu d'hospitalisation ou d'hébergement. Elle est réalisée par la cadre de santé, l'infirmière référente ou bien par des aides-soignantes. Cette visite permet d'obtenir des informations sur l'état de santé de la personne, sur ses habitudes et son parcours de vie. La recherche de son consentement est systématiquement réalisée.

Dès réception du dossier complet, celui-ci est transmis à la cadre de santé pour analyse. Ensuite des échanges sont effectués avec la Direction, le médecin coordonnateur et le neuropsychologue pour statuer sur l'admission de la personne concernée. L'établissement a pour projet de relancer une commission d'admission.

Dans le cadre de sa démarche qualité, l'établissement a élaboré un processus « Accueil-Admission ». La procédure relative à l'admission d'un résident devra être mise à jour car elle ne liste pas de façon exhaustive l'ensemble des actions engagées par l'établissement.

La population accueillie est principalement originaire des communes du canton de Luzy. 50 % des futurs entrants arrivent du service de soins de suite et de réadaptation (SSR) de la clinique du Morvan situé dans les mêmes locaux que l'EHPAD, facilitant ainsi l'intégration des personnes concernées.

#### Proposition(s) :

- Mettre à jour la procédure relative à l'admission d'un résident
- Mettre en œuvre la commission d'admission

### **III.4.2 L'accueil**

Un référent institutionnel est désigné pour chaque résident parmi les aides-soignantes et les ASH. L'accueil du nouveau résident est assuré par le référent ou par une aide-soignante qui organise la visite de l'établissement et de la chambre. Le résident est présenté à l'équipe soignante. Le déroulement des journées dans l'établissement lui est également communiqué (horaires des repas, de la toilette, distribution du courrier, etc...). Un inventaire des biens du résident est effectué. La clé de la chambre est remise au résident.

Chaque nouvelle entrée est signalée par voie d'affichage. Une note d'information est diffusée à tous les services. Le dossier du futur résident est disponible dans la salle de transmission quelques jours avant son arrivée, permettant aux équipes d'obtenir des informations.

Dans le cadre de sa démarche qualité, l'établissement a élaboré un processus « Accueil-Admission ». La procédure relative à l'accueil d'un résident devra être mise à jour car elle ne relate pas l'ensemble des actions menées par l'établissement dans le cadre de l'admission.

#### **Proposition(s) :**

- **Mettre à jour la procédure relative à l'accueil d'un résident**

### **III.4.3 L'adaptation**

Le référent institutionnel et l'équipe mettent en œuvre un travail d'observation afin de repérer et d'analyser d'éventuelles difficultés d'adaptation.

Le recueil de données, réalisé dès la phase de pré-admission, permet d'adapter l'accompagnement du résident en veillant à la prise en compte de ses capacités, de ses besoins et attentes, de ses habitudes de vie.

Un bilan complet est réalisé par le médecin dans les premières semaines de prise en charge. Une réévaluation de la grille AGGIR est réalisée. Une prescription des soins de nursing est mise en place sur le déroulement de la journée, la toilette, la mobilité du résident et l'alimentation.

En cas de difficultés d'adaptation, le neuropsychologue va à la rencontre des résidents afin d'échanger avec eux et d'identifier des pistes d'amélioration.

### III- LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

#### III.5 La garantie des droits

##### III.5.1 L'information sur les droits

L'établissement a élaboré et mis en œuvre les outils de la Loi 2002-2 relatifs aux droits à l'information des usagers.

- **Le livret d'accueil** (*article L311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles*) :
  - Mis à jour en février 2012
  - Il comprend la présentation et les objectifs de l'établissement, les instances existantes, une description des actes de la vie quotidienne, un rappel des droits des usagers, les modalités d'admission, les frais de séjour, les aides financières, l'organisation des soins, les modalités mises en œuvre dans le cadre de l'accompagnement et la prise en charge du résident.
  - Le livret fait référence aux notions de personne de confiance, de directives anticipées, aux modalités d'accès au dossier personnel de l'utilisateur et les modalités de réclamations.
  
- **Le règlement de fonctionnement** (*article L311-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles-Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003*) :
  - Révisé en septembre 2014
  - Il est constitué de 4 volets : la qualité de vie, la garantie des droits des usagers, le fonctionnement de l'établissement et les règles de vie collective.
  - Il est soumis à la signature du résident
  
- **La charte des droits et libertés de la personne accueillie**
  - Annexée au livret d'accueil et présentée aux usagers du service
  - Affichée dans les locaux de l'établissement
  
- **Le Contrat de séjour** (*Article D311 et L311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles*)
  - L'utilisateur est associé à l'élaboration du contrat de séjour
  - Le contrat de séjour est établi lors de l'admission de l'utilisateur
  - Un exemplaire lui est remis

Tous ces documents sont présentés, expliqués et lus au résident et à ses proches, si besoin. Des panneaux d'affichage dédiés aux droits des usagers sont installés dans l'établissement.

### **III.5.2 Le respect des droits**

Pour s'assurer que les droits des résidents soient respectés par les professionnels au cours de leurs pratiques, l'établissement a mis en place une politique de formation sur la bientraitance et une sensibilisation est effectuée. L'analyse des pratiques permet également l'identification des comportements et des pratiques à promouvoir ou à proscrire. L'organisation de l'établissement vise à garantir l'exercice et le respect des droits des résidents.

La prise en charge du résident mise en place par l'établissement s'inscrit dans le respect des principes et des valeurs définis par la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Les résidents rencontrés lors de l'évaluation ont fait part de leur satisfaction sur leur prise en charge et le respect de leurs droits.

La liberté d'aller et venir des résidents est respectée. Il est leur demandé de signaler leur absence si celle-ci coïncide avec un créneau d'un repas. Les visites sont libres mais il est conseillé aux familles et aux proches de venir l'après-midi en raison des soins dispensés le matin. Pour les résidents désorientés, il existe une unité spécialisée bénéficiant de lieux de vie aménagés et sécurisés.

La liberté de culte est respectée. Une messe est organisée une fois par semaine au sein de l'établissement. La confession religieuse du résident est identifiée lors de son admission.

Les résidents ont le libre choix des prestataires. L'établissement met à disposition un salon de coiffure.

Pour le respect du droit à la citoyenneté, l'établissement organise par l'intermédiaire de l'animatrice des votes par procuration.

La chambre est considérée comme étant le lieu de vie du résident. Chaque résident possède la clé de sa chambre. Les professionnels veillent, dans leurs pratiques, à respecter le droit à l'intimité et à la vie privée. Plusieurs professionnels suivent chaque année des formations « humanitude » leur permettant d'adapter et faire évoluer leurs pratiques, en adéquation avec les droits des usagers.



### III- LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

#### III.6 L'expression et la participation des résidents

##### III.6.1 Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Le Conseil de la Vie Sociale a été mis en place en 2006 au sein de l'établissement. La présidence et la vice-présidence sont actuellement assurées par des résidents.

La composition du Conseil de la Vie Sociale est affichée dans l'accueil de l'établissement avec les coordonnées des représentants. Elle est conforme aux exigences du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). La dernière élection a été réalisée en novembre 2013. Suite à cette élection, une note d'information a été diffusée.

Les membres du Conseil de la Vie Sociale ont élaboré le règlement intérieur de l'instance précisant ses attributions, sa composition, le mode de désignation de ses membres et son fonctionnement.

Le Conseil de la Vie Sociale s'est réuni deux fois en 2014. Une troisième réunion est prévue en décembre mais la date n'est pas encore fixée. Les réunions ne font pas l'objet d'une planification précise. Les réunions sont préparées en concertation avec le Président du CVS. Chaque réunion fait l'objet d'un compte-rendu signé par le Président du CVS et diffusé sur les tableaux d'affichage de l'établissement.

Les résidents peuvent assister aux réunions du CVS.

Le CVS est une instance dynamique, force de proposition et participative à la vie de l'établissement.

Le CVS permet de donner la parole aux résidents, de recueillir et de prendre en compte leurs attentes. La prise en compte des demandes est effective et revue à chaque réunion du CVS. Il est important qu'une traçabilité des réponses apportées par l'établissement existe.

#### Proposition(s) :

- Planifier de façon concrète les réunions du Conseil de la Vie Sociale afin de respecter les exigences règlementaires.
- Formaliser le suivi des réponses apportées aux demandes ou propositions formulées lors des réunions du CVS

### **III.6.2 Les autres modalités d'expression et de participation**

#### **→ Les enquêtes de satisfaction**

- Des enquêtes de satisfaction sont menées chaque année. Les dernières ont été réalisées lors du 1<sup>er</sup> trimestre 2014 : l'une à l'intention des résidents et une autre à l'intention des familles.
- La construction des trames a été réalisée par le neuropsychologue. La trame du questionnaire dédié aux résidents pourrait être simplifiée ou adapté au public reçu.
- Les résultats de l'enquête ont été transmis à la Direction et présentés aux instances.
- Les résultats de l'enquête n'ont pas été affichés. Il serait important que l'établissement définisse les modalités de diffusion des résultats.
- Les réponses des résidents ont été enregistrées lors d'entretiens pilotés par le neuropsychologue et/ou l'animatrice.

#### **→ La commission des menus**

- Elle est composée d'un ensemble de parties prenantes : professionnels, résidents, familles.
- 

#### **→ La commission relations « usagers » et qualité de la prise en charge**

- Elle veille respect des droits des usagers
- Elle contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge
- Elle examine les plaintes et les réclamations

#### **→ Les réunions d'informations**

- Elles réunissent des résidents, des familles et des professionnels de l'EHPAD
- Elles permettent de communiquer sur l'actualité, les projets et les problématiques éventuelles de l'EHPAD

#### **Proposition(s) :**

- Adapter le questionnaire de satisfaction aux capacités des résidents
- Définir les modalités de diffusion des résultats des enquêtes
- Formaliser le suivi des réponses apportées aux demandes ou propositions formulées lors des réunions du CVS

### III.6.3 La gestion et le traitement des réclamations et des évènements indésirables

L'établissement a mis en place deux outils pour identifier et traiter les réclamations et les évènements indésirables :

- **Le registre dédié aux familles** : ce registre permet aux familles d'émettre des remarques, des suggestions ou des réclamations. Les éléments recueillis sont ensuite analysés par la Direction et l'encadrement et, si nécessaire, diffusés aux instances.

- **La fiche de « signalement d'un évènement indésirable »** : cette fiche permet d'identifier la nature de l'évènement concerné, de décrire les circonstances des faits, de décrire les conséquences et de définir les actions correctives pouvant être mises en œuvre.

Toutes les fiches émises sont analysées et traitées par le Directeur et la cadre de santé. Les instances (CHSCT, CVS, CTE) sont tenues informées des suites données à l'évènement.

Une boîte aux lettres est dédiée au dépôt des fiches.

### III- LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

#### III.7 L'accompagnement et la prise en charge du résident

##### III.7.1 Le projet de vie individualisé

La mise en place des projets personnalisés est effective depuis 2012. L'élaboration des projets personnalisés est réalisée par les quatre aides-soignantes référentes « projet personnalisé », formées à la mise en œuvre et à la conduite de ces projets. Au moment de l'évaluation, 100% des projets personnalisés étaient formalisés et 30% ont déjà été réévalués.

Les référentes bénéficient de temps dédiés à la réalisation des projets à laquelle les résidents sont associés. Les référentes s'assurent de la prise en compte des besoins et attentes du résident et de la cohérence des objectifs avec les moyens de l'établissement.

Deux outils ont été élaborés afin de formaliser les projets : l'un est dédié au projet initial et l'autre à la réévaluation du projet. Cependant, ces deux outils sont identiques et ne renseignent pas de façon précise les axes de travail retenus, les objectifs à atteindre, les actions à mettre en œuvre et le délai de réalisation de ces actions. De plus, l'outil relatif à la réévaluation du projet ne fait pas apparaître de bilan et d'évaluation du projet précédent.

Le projet est soumis à la signature du résident ainsi qu'à son représentant légal. Il ne lui est pas remis d'exemplaire.

Les projets personnalisés sont réévalués tous les ans. Il serait intéressant qu'un bilan intermédiaire au bout de six mois par exemple soit réalisé afin d'améliorer le suivi du projet et de s'assurer de la mise en œuvre des actions retenues. De plus, la mise en place des projets personnalisés ne repose pas sur une méthodologie identifiée permettant une approche collective. Il serait judicieux par exemple de réfléchir à l'association des référents institutionnels.

##### Proposition(s) :

- Développer la méthodologie d'élaboration et de suivi du projet personnalisé pour développer une culture commune
- Mettre en place une réflexion de l'évolution des outils (définition d'objectifs précis, échéance des actions, moyens mis en œuvre)
- Mettre en place des réunions sur le projet personnalisé avec le résident et/ou sa famille et/ou le représentant légal
- Prévoir un bilan intermédiaire pour améliorer le suivi des projets personnalisés

- Poursuivre la formation du personnel sur la mise en œuvre et la conduite des projets personnalisés

**Préconisation(s) :**

- Remettre un exemplaire du projet au résident

### **III.7.2 L'accompagnement personnalisé de la santé et la continuité des soins**

L'établissement dispose des services d'un médecin coordonnateur qui intervient plusieurs fois par semaine auprès des résidents. Le médecin coordonnateur est également disponible pour recevoir les familles. Il dispose d'un bureau et d'équipements (ordinateurs, téléphone, etc...). Il convient de préciser que le réseau informatique est partagé entre la maison médicale et l'EHPAD, permettant au médecin coordonnateur d'accéder aux informations.

Le médecin coordonnateur a contribué à l'élaboration du projet médical, annexé au projet d'établissement, visant notamment à améliorer l'organisation et la qualité des soins avec la mise en œuvre d'un travail collectif et pluridisciplinaire. L'organisation des soins est structurée grâce à une bonne coordination avec les cinq médecins traitants qui interviennent auprès des 78 résidents de l'EHPAD. Les remplacements sont organisés entre 7 médecins (5 sur Luzy et 2 sur Toulon-sur-Arroux) et permettent d'assurer la continuité des soins.

Les résidents et leurs proches sont associés et informés lors de changements importants de prise en charge. Les antécédents médicaux sont identifiés. Les informations recueillies sont retranscrites dans le dossier du résident.

Si un résident refuse d'être soigné, un travail de dialogue est engagé par les médecins et les professionnels. Une intervention du neuropsychologue est également sollicitée.

### **III.7.3 Le maintien des liens sociaux**

Le maintien des relations entre les résidents et leurs familles et/ou leurs proches est au cœur des axes de travail développés au sein de l'établissement. Les familles et les proches peuvent rendre visite au résident et peuvent déjeuner avec ce dernier dans un espace réservé.

Les relations entre les résidents sont facilitées par le biais des animations au cours desquelles une trentaine de résidents participent régulièrement.

L'établissement veille également à impliquer les résidents dans la vie de la commune lors de manifestations telles que le repas du CCAS, le comice ou bien la fête des associations.

Les référents institutionnels et l'animatrice portent une vigilance particulière aux résidents n'ayant aucun contact avec des proches et/ou ne participant à aucune activité.

#### **III.7.4 Le cadre de vie**

L'établissement propose aux personnes accueillies un cadre idéal à leur bien-être et à leur confort.

Les chambres bénéficient des équipements suivants : un lit médicalisé, un fauteuil, un chevet, une table, et un fauteuil. Chaque chambre comprend un cabinet de toilette comportant un lavabo, un WC et une douche. Les chambres sont équipées de prise téléphonique et d'une prise télévision. Un accès wifi est également disponible.

Le résident peut personnaliser sa chambre en apportant du petit mobilier.

Chaque résident est en possession de la clé de sa chambre.

L'établissement dispose d'espaces de vie agréables (salon d'accueil pour les familles, salon de coiffure, salle d'animation, des salles de restaurant avec borne musicale, etc...).

L'entretien des parties privatives et des parties communes sont organisés et réalisés par les ASHQ.

#### **III.7.5 Les activités et animations**

Une association, composée en majeure partie de salariés de l'EHPAD, pilote la mise en œuvre des activités et animations. L'association bénéficie d'une subvention de fonctionnement attribuée par l'établissement.

L'assemblée générale de l'association fixe le programme annuel des activités et animations. Ce choix est réalisé sur la base des besoins et attentes des résidents en s'appuyant notamment sur les informations recueillies. Les liens avec les objectifs fixés dans les projets personnalisés ne sont pas encore significatifs, il serait intéressant d'intégrer un volet « animation » dans les projets.

Un programme mensuel des activités et animations est affiché dans les locaux. L'animatrice donne des informations aux résidents tous les jours sur les activités notamment lors de la distribution des courriers.

Un bilan annuel de l'animation est formalisé. Ce bilan est à l'heure actuelle exclusivement porté sur le volet quantitatif (nombre d'animations, nombre de participants, etc..). Il serait intéressant qu'un volet qualitatif soit développé portant notamment sur la satisfaction des résidents et sur les effets observés.

L'animation est un volet important de la vie dans un établissement. L'offre proposée, en matière d'animation, est satisfaisante et répond aux attentes des résidents. Il est important que l'établissement valorise ses actions en élaborant un projet d'animation à annexer au projet d'établissement.

**Proposition(s) :**

- **Elaborer un projet d'animation**
- **Améliorer le rapport d'activité sur le volet qualitatif**
- **Intégrer un volet « animation » dans le projet personnalisé**
- **Développer l'offre d'animation sur des actions liées au bien-être/à la relaxation**
- **Réfléchir sur la création d'une commission « animation »**

**III.7.6 La prise en compte des habitudes de vie et des capacités**

Les habitudes de vie et les capacités du résident sont identifiées lors de son admission dans l'établissement. Ces habitudes (lever, coucher, petit déjeuner, goûts et non-goûts etc...) et capacités (déplacement, autonomie lors de la toilette, des repas, etc...) sont prises en compte autant que possible dans l'organisation du travail des professionnels.

Les horaires des repas, indiqués dans le livret d'accueil, sont les suivants :

- Petit déjeuner dans les chambres à partir de 7h15
- Le déjeuner est servi à partir de 11h45 dans les salles de restaurants
- Une collation est servie dans l'après-midi
- Le dîner est servi à partir de 17h45 jusqu'à 18h15

Il serait important de réfléchir à une réorganisation des horaires des repas et plus précisément à ceux du dîner afin de réduire la durée du jeun.

Les non-goûts (au nombre maximum de 3) et les régimes alimentaires sont identifiés et pris en compte par le service restauration.

Les toilettes sont réalisées tous les jours à partir de 8h30. Des secteurs d'intervention ont été définis. Une fiche « toilette évaluative » est élaborée pour chaque résident avec la prise en compte des capacités du résident afin de veiller à les maintenir. En moyenne, les résidents sont douchés tous les quinze jours, il serait judicieux de

réfléchir à revoir ce délai en s'assurant qu'il correspond véritablement aux besoins des résidents.

Les règles de vie collective sont formalisées dans le règlement de fonctionnement remis à chaque résident lors de son entrée dans l'établissement.

**Proposition(s) :**

- Revoir le rythme des douches (actuellement une douche tous les 15 jours)
- Mener une réflexion sur la réorganisation des horaires des repas du soir et du matin afin de réduire la durée du jeun



### III- LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

#### III.8 La prévention et la maîtrise des risques

##### III.8.1 La prévention des risques professionnels

L'établissement a élaboré le Document Unique relatif à l'évaluation des risques professionnels, celui-ci a été remis à jour en février 2014. L'EHPAD a fait appel à un cabinet externe pour réaliser ce document.

Le Document Unique a fait l'objet d'une validation du Comité Technique de l'Etablissement (CTE) et du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).

Pour chaque unité de travail, les risques ont été identifiés et évalués en s'appuyant sur les observations et sur une grille de points.

Les risques psychosociaux sont intégrés dans le document unique, mais l'établissement n'a pas encore mené une véritable démarche autour de ces risques. Une action de formation des cadres est prévue en 2015.

Un plan de prévention des risques professionnels a été élaboré regroupant les actions de prévention et/ou de formation à mettre en œuvre. Le suivi de ce plan est réalisé par un groupe de travail afin de veiller au niveau d'avancement des actions et d'en mesurer les effets.

##### Proposition(s) :

- Engager une démarche sur les risques psychosociaux

##### III.8.2 La prévention des risques liés à la santé du résident (chutes, dénutrition, douleur, escarres, troubles du comportement)

##### La douleur :

- Une évaluation de la douleur est réalisée lors de l'admission du résident, d'autres évaluations sont réalisées lors des soins. Les résultats de ces évaluations sont renseignés dans le dossier du résident.
- 2 professionnels sont référents « soins palliatifs »
- L'établissement collabore avec le réseau « Emeraude ». Une rencontre mensuelle est organisée entre le Dr Petit (référent du réseau « Emeraude ») et les professionnels

- Une formation du personnel sur les soins palliatifs est organisée chaque année
- Existence d'un protocole relatif à la prise en charge de la douleur

#### **La dénutrition :**

- Lors de son admission, le résident est pesé. Son taux albumine est mesuré.
- Les goûts, non-goûts et les régimes sont identifiés et transmis au service restauration.
- Les résidents sont pesés tous les 15 jours. Chaque unité est équipée de matériel de pesée.
- Une professionnelle est référente « nutrition ».
- L'établissement a élaboré un outil (fiche de surveillance alimentaire) permettant de détecter d'éventuelles baisses du poids.

#### **Les escarres :**

- Très peu d'escarres sont déclarés dans l'établissement. Généralement, les résidents ayant des escarres reviennent de longues périodes d'hospitalisation.
- En cas d'escarres, l'établissement met en place du matériel adapté (matelas à air, etc...) ainsi qu'une fiche de suivi.
- Utilisation de la grille de Braden
- Une surveillance des points d'appui est réalisée lors des toilettes

#### **Les chutes :**

- 90% des résidents sont concernés par ce risque
- Mise en place d'actions de prévention et de sensibilisation pour limiter ce risque : lits adaptés, chaussures, entretien des surfaces et revêtements, éclairage, encombrement des chambres, etc...
- Existence d'une fiche de risque de chutes
- L'établissement n'a pas élaboré de protocole relatif aux chutes
- L'établissement n'a pas désigné de référent « chutes »
- Les chutes font l'objet d'une analyse annuelle réalisée par la cadre de santé via les fiches évènements indésirables

#### **Proposition(s) :**

- **Elaborer un protocole relatif aux chutes rappelant les conduites à tenir lorsqu'un résident a chuté**
- **Désigner un référent « chutes »**

### **Les troubles du comportement :**

- Le personnel suit régulièrement des formations sur les troubles du comportement. Cet axe est prioritaire parmi les orientations de formation professionnelle
- Il y a très peu de phénomènes de violences causés par des troubles du comportement au sein de l'établissement
- Le personnel évoluant au sein de l'UPAD s'est investi sur cette unité sur la base du volontariat
- Les équipements sont adaptés au bien-être et à la sécurité des personnes désorientées.

### **III.8.3 La prévention des risques liés à la maltraitance**

Des formations sur « l'Humanitude » sont menées chaque année. Ces formations ont permis aux professionnels d'échanger et de faire évoluer leurs pratiques en développant une nouvelle approche dans leurs relations et leurs pratiques avec les résidents. Cette approche a permis une évolution dans l'organisation du travail et des outils, favorisant la prise en compte des besoins et attentes des résidents.

L'établissement dispose également d'un protocole relatif au signalement de faits de maltraitance aux autorités administratives.

Les professionnels sont très vigilants aux éventuels risques de maltraitance entre résidents notamment lors des repas, des rencontres ou des animations.

Une auto-évaluation des pratiques professionnelles liées à la bientraitance est prévue en 2015.

### **III.8.4 L'analyse et la maîtrise du risque infectieux**

L'établissement a élaboré le document d'analyse du risque infectieux (DARI). Ce travail est piloté par une infirmière hygiéniste qui intervient une fois par mois dans l'établissement. Le score est en progression constante depuis trois ans passant de 68,6% des objectifs atteints en 2011, à 88,9% en 2013.

Cette progression est le fruit des actions de formation et de sensibilisation réalisées auprès des professionnels qui se montrent très investis et impliqués dans cette démarche.

Parmi les formations réalisées, on retrouve :

- Formation sur l'hygiène de base : circuit du linge, circuit des déchets
- Formation sur le bio-nettoyage
- Formation sur les accidents d'exposition au sang (AES)
- Formation pour les nouveaux arrivants.

Un programme annuel, élaboré par l'infirmière hygiéniste et la cadre de santé, est mis en œuvre et revu régulièrement. Des protocoles ont été créés et sont accessibles dans un classeur pour l'ensemble du personnel. Des audits sur les pratiques sont effectués chaque année.

Le service restauration a mis en application la méthode HACCP.

### **III.8.5 La gestion des situations de crise et des urgences**

L'établissement a élaboré un Plan Bleu remis à jour en 2014. Ce document décrit les dispositifs déployés par l'établissement en cas de crise. Il contient des fiches actions et des fiches techniques spécifiques à chaque unité de travail. Il a fait l'objet d'une communication à destination des résidents, des représentants des familles et des professionnels.

En cas de crise, la communication est assurée par la Direction.

L'établissement pourrait réfléchir à la mise en œuvre d'exercices de simulation de crise afin de tester sa réactivité par rapport à ce genre de situation.

L'établissement a mis en place une organisation et des moyens afin de gérer les urgences médicales. Les professionnels connaissent les conduites à tenir lors de ces situations (contact du 15, contact avec la maison médicale, contact avec le médecin coordonnateur, informations aux familles...).

Les professionnels suivent régulièrement la formation sur les gestes et les soins d'urgence. L'établissement dispose également d'équipements adaptés avec notamment un chariot d'urgence vérifié tous les mois et réactualisé tous les ans.

Les urgences médicales sont systématiquement renseignées dans une fiche de suivi en cas d'hospitalisation.

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est transmis aux partenaires de santé.

**Proposition(s) :**

- Organiser des exercices de simulation de crise

**III.8.6 La sécurité des biens et des personnes**

Les consignes de sécurité et d'évacuation en cas d'incendie sont affichées dans l'établissement et notamment dans les chambres des résidents. Les professionnels suivent chaque année des formations « incendie ».

Les contrôles périodiques obligatoires sont mis en œuvre et renseignés dans le registre de sécurité. La traçabilité de ces contrôles est assurée par l'agent d'entretien.

L'établissement dispose d'un groupe électrogène afin de pouvoir pallier d'éventuels risques de défaillance électrique. Tous les mois, un test de fonctionnement du groupe électrogène est réalisé.

### III- LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

#### III.9 L'établissement dans son environnement

##### III.9.1 L'insertion de l'établissement dans son contexte territorial

L'adhésion du Centre de Soins de Longue Durée (CSLD) de Luzy au groupement d'intérêt public (GIP) « Luzy Santé » conclue avec la clinique du Morvan met en évidence l'inscription et l'insertion du CSLD, et donc de ses deux établissements, dans son territoire.

L'établissement est un acteur incontournable du territoire participant activement à son développement en intégrant notamment des groupes de travail et/ou des réunions inter-établissements (réseau « bien vieillir en sud Morvan », participation aux groupes de travail sur la CHT, création d'un FAM par la FOL58, etc...).

Il représente un élément central de l'offre médico-sociale de LUZY et de ses environs grâce à l'implantation, dans ses locaux, de nombreux services (Maison de santé pluridisciplinaire, cabinets libéraux kiné et pédicure-podologue, le SSR de la Clinique du Morvan, le SSIAD de la Croix-Rouge) facilitant ainsi la coordination entre l'établissement et les partenaires locaux. L'établissement pourrait réfléchir à mettre en œuvre une enquête à destination des partenaires et acteurs locaux pour connaître leur perception de l'EHPAD.

L'établissement essaie de développer son image en organisant ou en participant à des manifestations, telles que la journée « portes ouvertes », l'opération « Octobre Rose », ou bien encore la journée des aidants. De plus, l'établissement a développé des outils de communication (journal interne, site internet, livret d'accueil, etc...). Ces actions permettent de favoriser et d'échanger des informations sur les activités de l'établissement.

#### Proposition(s) :

- Réaliser une enquête de satisfaction à destination des partenaires et des acteurs locaux pour évaluer leur perception de l'établissement

### III.9.2 L'ouverture sur et à son environnement

L'établissement a mis en place une politique de travail en réseau et en partenariat. Des conventions de partenariats ont été formalisées avec :

- La clinique du Morvan dans le cadre du Groupement d'Intérêt Public (GIP) « Luzy Santé »
- Le centre hospitalier de Decize (mise à disposition de l'IDE Hygiéniste, médecin du travail)
- Le centre hospitalier d'Autun (sur les conditions d'hospitalisation des résidents)
- Le centre hospitalier de Nevers (hygiène hospitalière et mise à disposition praticien cellule hygiène)
- Le CHS de la Charité-sur-Loire
- Deux laboratoires d'analyse
- Le réseau Emeraude (soins palliatifs)
- L'association « Nièvre Alzheimer »
- Deux officines de Luzy

Ces conventions sont mises en œuvre dans l'intérêt des résidents en vue d'améliorer leur accompagnement et leur prise en charge médicale. Certaines font l'objet d'un bilan d'activité complet respectant les modalités de suivi définies lors de leur élaboration. Il serait intéressant que l'établissement s'assure du suivi de toutes les conventions engagées et qu'il poursuive la formalisation d'autres partenariats, mutualisation ou coopérations existantes par des conventions.

Par ailleurs, l'établissement s'applique à communiquer régulièrement sur son actualité et ses activités, via les médias.

L'ouverture de l'établissement à et sur environnement est un élément important dans l'évolution de l'établissement et figure naturellement dans le projet d'établissement.

#### **Proposition(s) :**

- Poursuivre la formalisation des partenariats, mutualisations ou coopérations par des conventions
- Réaliser un suivi et une évaluation des conventions de partenariats afin d'apprécier les effets développés et l'atteinte des objectifs

### III- LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

#### III.10 L'accompagnement de fin de vie

##### III.10.1 Les modalités d'accompagnement de la personne

Les volontés du résident en matière de fin de vie, les directives anticipées ainsi que l'existence d'un contrat obsèques sont des informations recueillies et formalisées, et connues du personnel.

L'ensemble du personnel soignant ainsi que le réseau médical est sensibilisé et formé aux modalités d'accompagnement de la personne en fin de vie, permettant **une prise en charge collective, coordonnée et optimale.**

Les volontés du résident sont respectées quant aux thérapies de fin de vie à mettre ou non en œuvre. En cas d'hospitalisation, ce dernier peut revenir dans l'établissement pour sa fin de vie.

Les signalements de situation de fin de vie sont effectués par les aides-soignantes lors des transmissions. Des échanges avec l'infirmière référente ou l'aide-soignante référente en soins palliatifs et douleurs sont alors organisés pour optimiser la prise en charge. Le médecin traitant et la famille sont alors informés.

Des soins de confort sont prodigués et des évaluations de la douleur régulièrement réalisées. Du matériel adapté est mis en place, si besoin.

En cas de situations complexes, il est fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs, sur prescription du médecin traitant. A noter que le réseau médical est particulièrement attentif et sensibilisé à cette alternative. Un document d'« inclusion au réseau émeraude » existe au sein de l'établissement.

Une permanence mensuelle du réseau émeraude au sein de l'établissement permet de faire une réévaluation des situations connues et la mise en place d'une prise en charge adaptée pour les nouveaux dossiers.

##### III.10.2 L'information et le soutien de proches

Le nom de la personne référent familial est renseigné et son avis ou celui de la famille est sollicitée dans les situations de fin de vie.

La famille est systématiquement informée d'un changement dans l'état de santé du résident et les projets de prise en charge sont expliqués.



En cas de sollicitation, l'équipe de soins palliatifs peut apporter un soutien psychologique auprès des proches et expliquer les traitements envisagés.

Une aide aux proches est aussi proposée dans le cadre d'entretiens possibles avec le neuropsychologue de l'établissement.

Les familles ont la liberté de venir au sein de l'unité à toute heure, en cas de fin de vie de leur proche et une logistique est mise en place pour faciliter leur présence auprès de ce dernier (collations, fauteuil ou lit supplémentaire).

### **III.10.3 La formation et le soutien des professionnels**

Cette thématique est un point fort de l'établissement que l'on peut considérer comme « **établissement pilote ou de référence** » dans le cadre de la formation du personnel et la coordination avec le réseau médical et le réseau émeraude.

Il existe une référente aide-soignante et une référente infirmière pour les soins palliatifs et la douleur. Ces deux référentes bénéficient de temps dédié à cette mission. De plus, elles participent trois fois par an à des regroupements d'échanges de pratiques sur des thématiques liés à la fin de vie.

Une grande partie du personnel soignant a bénéficié de la formation émeraude sur 3 jours. Le personnel n'hésite pas à faire appel aux deux référentes autant que de besoin. A noter néanmoins qu'il serait souhaitable que cette formation puisse aussi être dispensée au neuropsychologue.

### III- LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

#### III.11 Les thématiques spécifiques

<p><b>La capacité de l'établissement à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement, en prenant en compte l'environnement familial et social de la personne</b></p>	<p>L'évaluation des besoins et attentes des résidents a été l'une des bases pour l'élaboration du projet d'établissement. Les objectifs retenus au sein de ce projet tendent à l'amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge du résident.</p> <p>L'évaluation et la prise en compte des besoins et attentes sont effectives au travers du recueil d'informations et des échanges réalisés par les équipes avec le résident, sa famille et/ou ses proches.</p> <p>L'environnement familial et social du résident est systématiquement identifié et incité à participer à la vie de l'établissement notamment lors des réunions du Conseil de la Vie Sociale, en répondant aux enquêtes de satisfaction, en participant aux réunions d'information et aux animations. L'établissement veille à maintenir les liens sociaux autour du résident.</p>
<p><b>La capacité de l'établissement à observer les changements et adapter son organisation</b></p>	<p>La mise en œuvre de l'UPAD démontre que l'établissement sait adapter son organisation en prenant en compte l'évolution des profils des personnes accueillies.</p> <p>Le déploiement du projet d'établissement a également contribué à l'évolution de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement : mise en œuvre des projets personnalisés, organisation des soins, les modalités de participation du résident, réflexion sur les pratiques, évolution de la perception de l'utilisateur, développement du travail en partenariat, formation professionnelle etc...</p>
<p><b>La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers</b></p>	<p>L'établissement a pris en compte des recommandations de l'ANESM pour élaborer son projet d'établissement et ses annexes.</p> <p>Les recommandations ont été également prises en compte lors de la conduite de l'évaluation interne avec l'appui d'un référentiel s'appuyant sur les axes définis dans les recommandations.</p> <p>Les professionnels ont été sensibilisés aux recommandations avant la mise en œuvre de l'évaluation afin d'en faciliter leur appropriation. Ils ont accès aux recommandations et peuvent les consulter librement.</p> <p>L'appropriation des recommandations par les professionnels doit être poursuivie notamment dans le cadre des réflexions sur les pratiques et sur leur auto-évaluation ainsi que lors de la création ou de la mise à jour de protocoles ou d'outils.</p>

<p><b><i>La capacité de l'établissement pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions</i></b></p>	<p>L'établissement s'appuie sur une bonne coordination entre le médecin coordonnateur, les professionnels et les médecins traitants des résidents pour assurer la cohérence et la continuité des actions et des interventions.</p> <p>Le médecin coordonnateur, basé à la maison médicale attenante à l'EHPAD, dispose d'un bureau et d'un ordinateur relié au réseau de l'EHPAD. Il intervient plusieurs fois par semaine et entretient des contacts réguliers avec les cinq médecins traitants intervenant auprès des résidents.</p> <p>La cadre de santé pilote la gestion des plannings s'assurant de la cohérence de la répartition de la présence quotidienne. Des systèmes d'astreintes administratives et médicales sont mis en place.</p> <p>Des temps de transmissions sont organisés chaque jour entre les différentes équipes.</p>
<p><b><i>Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels</i></b></p>	<p>Les projets développés et conduits par l'établissement reposent systématiquement sur la l'implication des professionnels. Ainsi, ces derniers ont participé aux travaux d'élaboration du projet d'établissement et de ses annexes, à l'évaluation interne, à la mise en place des projets personnalisés ou encore à l'auto-évaluation des pratiques professionnelles.</p> <p>De nombreux groupes de travail ou commissions sont mis en œuvre.</p> <p>Le processus de formation a été consolidé et permet aux professionnels de développer leurs compétences en adéquation avec le profil des résidents et les objectifs poursuivis par l'établissement.</p>
<p><b><i>La capacité de l'établissement à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle</i></b></p>	<p>Dans le cadre du projet d'établissement, un projet social a été élaboré avec, comme axes principaux, la formation des professionnels et l'amélioration des conditions de travail. La mise en place de ce projet a permis de mettre en place les entretiens annuels d'évaluation et de développer l'organisation de la formation professionnelle. Ces actions ont favorisé la mise en place d'échanges plus formels avec le personnel afin d'identifier d'éventuelles difficultés et de mettre en œuvre des actions de prévention et/ou de formation.</p> <p>A ce jour les indicateurs liés au suivi de la fatigue professionnelle ne sont pas mesurés. Les risques psychosociaux ont été identifiés dans le document unique. L'établissement prévoit de lancer une démarche concrète autour de ces risques. La première étape sera dédiée à la formation de l'encadrement.</p>

## Rapport d'évaluation externe EHPAD du Centre de Soins de Longue Durée de Luzy

<b><i>L'effectivité du projet d'établissement sur l'accès et le recours aux droits</i></b>	<p>Le projet d'établissement fait état des droits des usagers, notamment par le biais du projet de vie et du projet de soins. Les documents liés aux droits des usagers sont appliqués et diffusés à l'ensemble des résidents. Ces documents (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés) rappellent les modalités pour accéder et recourir à ses droits : consultation du dossier personnel, réclamations, plaintes, recours à la personne qualifiée, droit à l'information, confidentialité des données, etc...</p>
<b><i>La capacité de l'établissement à faciliter et à valoriser l'expression et la participation des usagers</i></b>	<p>L'établissement a su mettre en place des instances et des modalités pour faciliter et valoriser l'expression et la participation des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Le Conseil de la Vie Sociale dont le fonctionnement est conforme à la législation en vigueur</li><li>- La mise en place d'une commission des menus</li><li>- La mise en place d'une commission relations des usagers</li><li>- La réalisation d'enquêtes de satisfaction</li><li>- Un registre des familles</li><li>- L'organisation de réunions d'informations</li></ul>
<b><i>L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence</i></b>	<p>Toutes les chambres sont équipées de prises téléphoniques permettant aux résidents de bénéficier d'une ligne personnelle à leur frais. Par ailleurs, les chambres disposent également de système d'appel en cas d'urgence.</p> <p>Les agents d'accueil sont sensibilisés et formés à la garantie de la confidentialité des informations reçues et à la gestion des demandes d'urgence. La traçabilité des appels n'est pas formalisée.</p> <p>Les horaires d'ouverture de l'accueil ne sont pas renseignés dans le livret d'accueil.</p>
<b><i>Les conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits des usagers</i></b>	<p>Des professionnels ont été formés à la mise en œuvre et à la conduite des projets personnalisés et sont aujourd'hui « référents projets personnalisés ».</p> <p>L'élaboration du projet personnalisé repose sur le recueil d'informations, démarré dès la phase de préadmission, permettant de veiller à l'évaluation et la prise en compte des besoins et attentes, d'identifier les habitudes de vie et d'évaluer les capacités de la personne.</p> <p>Le résident est associé à la construction de son projet et donc à la définition des objectifs et des actions à mettre en œuvre.</p> <p>Des supports documentaires ont été élaborés pour formaliser le projet personnalisé.</p> <p>La méthodologie d'élaboration du projet personnalisé doit être formalisée.</p>

<p><b>La réponse de l'établissement aux attentes exprimées par les usagers</b></p>	<p>Les attentes exprimées par les résidents sont recueillies lors de l'admission par le référent institutionnel puis par le référent « projet personnalisé ». Ces attentes font l'objet d'échanges et d'analyses avec le résident, avec les proches et entre les professionnels.</p> <p>Ensuite, en accord avec le résident et en adéquation avec ses capacités, des actions sont mises en œuvre dans le cadre de son projet.</p> <p>Les attentes des résidents sont également recueillies lors des réunions du CVS et des réunions d'information et grâce aux enquêtes de satisfaction.</p>
--	--

<p><b>Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'ANESM, relatifs notamment à la qualité de l'hébergement</b></p>	<p>Des contrôles périodiques obligatoires sont réalisés chaque année afin de s'assurer de la conformité des locaux avec les normes et règlements en vigueur. La commission de sécurité effectue également des visites de conformité.</p> <p>L'établissement a su développer une organisation très efficace en matière d'hygiène comme le démontre les résultats obtenus dans le cadre du DARI.</p> <p>Les locaux sont entretenus quotidiennement par le personnel ASH.</p>
---	--

<p><b>Le rôle de l'établissement au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception de l'établissement et de ses missions par les partenaires et les usagers</li> <li>- Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur</li> </ul> <p><b>L'inscription de l'établissement dans un territoire donné à partir notamment de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu</li> <li>- Sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement</li> </ul>	<p>L'établissement est ouvert sur son environnement et a su mettre en place plusieurs partenariats, mutualisations ou coopérations avec d'autres établissements ou services dans l'intérêt des résidents, afin d'améliorer la qualité de leur prise en charge.</p> <p>L'établissement a la volonté de participer au développement de son territoire comme le démontre son adhésion au GIP « Luzy Santé » et sa participation à des groupes de travail inter-établissements.</p> <p>L'établissement est connu et reconnu comme un acteur incontournable en matière d'offre médico-sociale. Il peut être considéré comme établissement « pilote ou de référence » en ce qui concerne les soins palliatifs grâce à sa coordination avec le réseau émeraude et le réseau médical.</p>
--	---

<p><b><i>La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés</i></b></p>	<p>La sécurisation des locaux est assurée grâce à des opérations régulières de contrôle et d'entretien. Des dispositifs de sécurité sont installés dans les chambres et les espaces collectifs. Les consignes de sécurité sont à jour, affichées et connues par le personnel qui bénéficie de formations spécifiques.</p> <p>Les risques liés à la santé des résidents sont suivis, évalués et analysés afin de mettre en place des actions de prévention. Des référents ont été nommés et formés pour certains types de risque.</p> <p>De plus, l'évaluation des risques professionnels a contribué à la mise en œuvre d'un plan de prévention.</p>
---	--

#### IV- SYNTHESE-PROPOSITIONS-PRECONISATIONS

##### Volet d'introduction

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

<p><b>Points Forts</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La mise en œuvre d'une démarche participative avec l'association et l'implication de toutes les parties prenantes (professionnels, usagers, proches et partenaires)</li> <li>➤ L'utilisation d'un référentiel complet et cohérent avec les spécificités de l'établissement et des personnes accompagnées</li> <li>➤ La communication mise en œuvre sur la démarche d'évaluation à toutes les parties prenantes (Conseil d'administration, Instances Représentatives du Personnel, le Conseil de la Vie Sociale et l'ensemble des professionnels)</li> <li>➤ La mise en place du groupe projet avec une approche pluridisciplinaire</li> <li>➤ La formalisation de la politique qualité</li> <li>➤ La culture d'audit et d'évaluation de l'établissement</li> <li>➤ La prise en compte des recommandations de l'ANESM pour la réalisation de l'évaluation et le suivi des actions grâce aux indicateurs recommandés</li> <li>➤ L'identification des effets constatés en prenant en compte l'avis des usagers et des professionnels</li> </ul>
<p><b>Propositions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Renseigner dans le plan d'actions les indicateurs de suivi en place</li> <li>→ Développer le suivi des indicateurs notamment via un outil informatique</li> </ul>
<p><b>Préconisations</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mettre à jour à jour les délais de réalisation des actions non débutées et en retard avec les délais initialement prévus en tenant compte du niveau de priorité de l'action</li> </ul>

2. Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM par l'établissement ou le service

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ La prise en compte des recommandations de l'ANESM pour l'élaboration du projet d'établissement et de ses annexes</li><li>➤ La prise en compte des recommandations lors de la réalisation de l'évaluation interne grâce au référentiel utilisé</li><li>➤ Les recommandations sont accessibles aux professionnels</li><li>➤ Les informations et sensibilisations du personnel sur les recommandations lors la mise en œuvre et la conduite de l'évaluation interne</li></ul>
<b>Propositions</b>	<p>→ Poursuivre l'appropriation des recommandations de l'ANESM par les professionnels en menant des réflexions sur les recommandations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Qualité de vie en EHPAD (Volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement</li><li>- Qualité de vie en EHPAD (Volet 2) : l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne</li><li>- Qualité de vie en EHPAD (Volet 3) : la vie sociale des résidents en EHPAD</li><li>- Qualité de vie en EHPAD (Volet 4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident</li><li>- Les attentes de la personne et le projet personnalisé</li><li>- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement</li><li>- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement</li><li>- La prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée</li></ul> <p>→ Faire référence aux recommandations dans les procédures ou protocoles existants</p>



#### IV- SYNTHÈSE-PROPOSITIONS-PRECONISATIONS

**Volet A :** les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

3. Projet d'établissement ou de service : actualisation, pertinence au regard des missions de l'établissement ou du service, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La mise en œuvre d'une démarche participative pour élaborer le projet d'établissement et ses annexes</li> <li>➤ La définition de valeurs, de principes d'intervention et d'objectifs</li> <li>➤ La communication du projet aux instances en place (Conseil de la Vie Sociale, Comité Technique d'Etablissement, le Conseil de Surveillance)</li> <li>➤ La prise en compte des besoins et attentes des résidents dans la définition des objectifs du projet et de ses annexes</li> <li>➤ La mise en place de plan d'actions pour chaque projet</li> <li>➤ La prise en compte des orientations définies par les autorités</li> <li>➤ L'impact de la mise en œuvre du projet sur l'évolution des pratiques et la perception du résident</li> <li>➤ La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM</li> </ul>
<b>Propositions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Mettre en place ou désigner une instance s'assurant du suivi du projet d'établissement et de ses annexes</li> <li>→ Elaborer une note synthétique du projet d'établissement pouvant être diffusée aux usagers, aux familles et aux partenaires</li> <li>→ Elaborer un projet d'animation</li> <li>→ Améliorer le bilan annuel de l'animation en prenant en compte des critères qualitatifs</li> </ul>
<b>Préconisations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Réaliser le suivi du projet d'établissement et de ses annexes (planification des actions, niveau de réalisation, atteinte des objectifs, effets constatés, etc...)</li> </ul>

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

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La gestion des ressources matérielles (renouvellement régulier du matériel)</li> <li>➤ La prise en compte des besoins du territoire (création de l'UPAD)</li> <li>➤ La mise en place d'un plan pluriannuel d'évolution des effectifs</li> </ul>
<b>Propositions</b>	→ Réfléchir à l'intervention d'une diététicienne

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

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le personnel est formé et diplômé</li> <li>➤ Le processus de développement des compétences du personnel</li> <li>➤ L'adaptation des pratiques aux besoins des résidents</li> </ul>
---------------------	---

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

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le processus de développement des compétences des professionnels</li> <li>➤ La mobilisation des professionnels dans l'organisation de l'établissement (échanges d'information, groupes de travail, instances, méthodes de travail, etc...)</li> <li>➤ L'identification des besoins en formation du personnel</li> <li>➤ La mise en place d'une commission « formation »</li> <li>➤ La formalisation des fiches de tâches (sauf pour les postes de nuit)</li> <li>➤ L'analyse des pratiques professionnelles</li> <li>➤ L'intégration des nouveaux salariés avec la création d'un livret d'accueil</li> <li>➤ La réalisation d'un entretien annuel pour chaque salarié</li> </ul>
<b>Propositions</b>	→ Formaliser les fiches de tâches pour les postes de nuit

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

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ les risques psychosociaux ont été identifiés dans le Document Unique relatif à l'évaluation des risques professionnels</li> <li>➤ La présence d'un neuropsychologue à disposition des résidents et, si besoin, des professionnels</li> </ul>
<b>Propositions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Engager une démarche sur les risques psychosociaux</li> <li>→ Mesurer le taux d'absentéisme et le turn-over</li> <li>→ Redynamiser le projet social</li> </ul>

8. Les données (qualitatives ou quantitatives) disponibles au sein de l'établissement ou du service 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

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le recueil d'informations sur le résident réalisé tout au long de sa prise en charge</li> <li>➤ L'implication des familles dans le recueil d'informations</li> <li>➤ L'évaluation de la satisfaction des résidents et des familles sur les prestations délivrées et l'accompagnement mis en œuvre</li> <li>➤ La coordination avec le réseau médical</li> <li>➤ L'élaboration de supports documentaires grâce au déploiement de la démarche qualité</li> <li>➤ La définition des conditions de prise en charge</li> </ul>
<b>Propositions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ L'informatisation du dossier du résident</li> </ul>

9. La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'établissement ou le service

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'élaboration du projet de vie individualisé du résident s'appuie sur un socle commun développé dans le projet d'établissement et plus précisément dans les projets de vie et de soin</li> </ul>
<b>Propositions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Intégrer un volet « animation » dans le projet personnalisé</li> </ul>

#### IV- SYNTHÈSE-PROPOSITIONS-PRECONISATIONS

**Volet B : l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socio-culturel 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'établissement ou du service à l'évolution de son environnement

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'adhésion au GIP « Luzy Santé »</li> <li>➤ Formalisation des partenariats, coopérations et mutualisations par des conventions</li> <li>➤ La prise en compte du réseau de proximité</li> <li>➤ La participation au développement des projets du territoire et à des groupes de travail avec des acteurs de ce territoire</li> <li>➤ L'accompagnement de fin de vie avec la coordination avec le réseau médical et le réseau Emeraude.</li> </ul>
<b>Propositions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Poursuivre la formalisation des partenariats, mutualisations ou coopérations par des conventions</li> <li>→ Réaliser un suivi et une évaluation des conventions de partenariats afin d'apprécier les effets développés et l'atteinte des objectifs</li> </ul>

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'établissement ou du service

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'établissement est connu par ces partenaires</li> <li>➤ L'établissement est un élément central du territoire en matière d'offre médico-sociale</li> <li>➤ Plusieurs partenaires sont hébergés dans les locaux de l'établissement et participent à la qualité de prise en charge du résident.</li> <li>➤ L'établissement est considéré comme établissement de référence sur l'accompagnement de fin de vie.</li> </ul>
<b>Propositions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Réaliser une enquête de satisfaction à destination des partenaires et des acteurs locaux pour évaluer leur perception de l'établissement</li> </ul>

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'établissement ou au service autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux systèmes de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions

<b>Points Forts</b>	➤ L'intervention de prestataires externes pour des services demandés par les résidents (coiffeur, esthéticienne, pédicure, etc...)
<b>Propositions</b>	→ <a href="#">Elaborer une charte de confidentialité pour les bénévoles intervenants auprès des résidents</a>

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,...) permettant de développer le caractère accueillant de l'établissement ou du service

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ La participation des résidents à des manifestations organisées par la commune</li><li>➤ L'implication dans la vie de la commune avec l'organisation de manifestations et la réflexion sur des projets communs</li><li>➤ L'association des familles et des proches</li><li>➤ Le développement de la communication de l'établissement (livret, plaquette, site internet, journal, etc...)</li></ul>
---------------------	---

#### IV- SYNTHÈSE-PROPOSITIONS-PRECONISATIONS

**Volet 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'établissement ou au service d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La formalisation d'outils (fiche recueil, fiche de suivi, supports dédiés au projet personnalisé, etc...)</li> <li>➤ L'existence de référents « projets personnalisés » disposant de temps dédiés à leur élaboration et suivi</li> <li>➤ La visite de préadmission</li> <li>➤ La formalisation de l'ensemble des projets personnalisés</li> <li>➤ La désignation d'un référent « institutionnel » pour chaque résident</li> </ul>
<b>Propositions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Développer la méthodologie d'élaboration et de suivi du projet personnalisé pour développer une culture commune</li> <li>→ Mettre en place une réflexion de l'évolution des outils (définition d'objectifs précis, échéance des actions, moyens mis en œuvre)</li> <li>→ Poursuivre la formation du personnel sur la mise en œuvre et la conduite des projets personnalisés</li> <li>→ Mettre à jour la procédure relative à l'admission d'un résident</li> <li>→ Mettre à jour la procédure relative à l'accueil d'un résident</li> <li>→ Mettre en œuvre la commission d'admission</li> </ul>

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

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'identification et la prise en compte des besoins et attentes du résident</li> <li>➤ L'association du résident dans la définition des objectifs du projet</li> <li>➤ La cohérence entre les objectifs à atteindre et les capacités du résident</li> <li>➤ La signature du projet par le résident</li> </ul>
<b>Propositions</b>	→ Mettre en place des réunions sur le projet personnalisé avec le résident et/ou sa famille et/ou le représentant légal
<b>Préconisations</b>	✓ Remettre un exemplaire du projet au résident

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

<b>Propositions</b>	→ Prévoir un bilan intermédiaire pour améliorer le suivi des projets personnalisés
---------------------	--

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

<b>Points Forts</b>	➤ Les modalités d'accès aux informations sont identifiées et déclinées dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement
---------------------	---

18. La prise en compte de la perception de l'établissement ou du service et de ses missions par les usagers

<b>Points Forts</b>	➤ La réalisation d'enquêtes de satisfaction
<b>Propositions</b>	→ Adapter le questionnaire de satisfaction aux résidents → Définir les modalités de diffusion des résultats des enquêtes

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

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La mise en place du CVS avec un fonctionnement conforme aux obligations réglementaires</li> <li>➤ La participation des résidents aux réunions du CVS</li> <li>➤ L'implication du CVS dans la vie de l'établissement en contribuant aux projets et en étant force de proposition</li> <li>➤ La mise en place d'instances participatives (commission des menus, commission des relations usagers, réunions d'information)</li> </ul>
<b>Propositions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Planifier les réunions du Conseil de la Vie Sociale afin de respecter les exigences règlementaires</li> <li>→ Formaliser le suivi des réponses apportées aux demandes ou propositions formulées lors des réunions du CVS</li> <li>→ Réfléchir sur la création d'une commission « animation »</li> </ul>

#### IV- SYNTHÈSE-PROPOSITIONS-PRECONISATIONS

**Volet D : la garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques**

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

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La mise en application des documents liés aux droits des usagers (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, etc...)</li> <li>➤ L'information et les explications fournies aux résidents et aux familles sur ces documents</li> <li>➤ La formation et la sensibilisation du personnel</li> <li>➤ La personnalisation des chambres</li> <li>➤ La sécurisation de l'accès aux chambres (clé donnée au résident, détecteur de présence, etc...)</li> <li>➤ La prise en compte des rythmes et des habitudes de vie du résident</li> <li>➤ Le respect des droits (culte, citoyenneté, liberté d'aller et venir, etc...)</li> </ul>
<b>Préconisations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Renseigner dans le livret d'accueil, les horaires d'ouverture de l'accueil</li> </ul>

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

<b>Points Forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'élaboration et l'application d'un protocole de signalement des faits de maltraitance</li> <li>➤ L'élaboration et l'utilisation de la fiche « événement indésirable »</li> <li>➤ L'analyse et le traitement des événements indésirables</li> <li>➤ L'information donnée aux instances sur le traitement et le suivi des événements indésirables</li> <li>➤ La commission « relations des usagers et qualité de la prise en charge »</li> </ul>
<b>Propositions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Organiser des exercices de simulation de crise</li> </ul>



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

<p><b>Points Forts</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le suivi, l'analyse, l'évaluation et la prévention des risques inhérents à la santé des résidents</li> <li>➤ La mise en place de référents sur certains types de risques (soins palliatifs, nutrition, etc...)</li> <li>➤ La maîtrise du risque infectieux</li> <li>➤ La mise en place d'actions de prévention et/ou de formation</li> <li>➤ L'adaptation des équipements et du matériel</li> <li>➤ Le plan de prévention lié aux risques professionnels</li> <li>➤ Les temps dédiés à l'analyse des pratiques</li> <li>➤ La réalisation d'auto-évaluations sur les pratiques professionnelles</li> </ul>
<p><b>Propositions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Elaborer un protocole relatif aux chutes rappelant les conduites à tenir lorsqu'un résident a chuté</li> <li>→ Désigner un référent « chutes »</li> <li>→ Poursuivre la sécurisation du circuit du médicament</li> </ul>

## VI- ANNEXES

### **Annexe 1 : L'abrégé du rapport**

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 ...)

<b>Items (5 maximum)</b>	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe</b>
<b>Mise en œuvre de l'évaluation interne et implication des parties prenantes</b>	<p>La participation de l'ensemble des parties prenantes à démarche d'évaluation interne</p> <p>L'utilisation d'un référentiel</p> <p>La mise en place d'un groupe « projet »</p> <p>La prise en compte des recommandations de l'ANESM</p>		
<b>Constats issus de l'évaluation interne</b>	<p>La communication des résultats à toutes les parties prenantes</p> <p>La cohérence du plan d'actions avec les objectifs et les moyens de l'établissement</p>		
<b>Suivi de l'évaluation interne</b>	<p>Le suivi du plan d'amélioration par le groupe projet</p> <p>La désignation de personnes référentes pour la réalisation de certaines actions</p>	<p>Les délais de réalisation des actions non débutées ne sont pas mis à jour</p> <p>Les indicateurs de suivi ne sont pas renseignés dans le plan d'actions</p>	<p>Renseigner dans le plan d'actions les indicateurs de suivi en place</p> <p>Mettre à jour à jour les délais de réalisation des actions non débutées et en retard avec les délais initialement prévus en tenant compte du niveau de priorité de l'action</p>
<b>La démarche qualité</b>	<p>La politique qualité est formalisée</p> <p>La culture « qualité » de l'établissement grâce aux audits et certifications réalisés</p> <p>La mise en place d'un comité de pilotage « qualité et gestion des risques »</p>		<p>Développer le suivi des indicateurs notamment via un outil informatique</p>

## 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
<p><b>Appropriation des recommandations</b></p>	<p>La prise en compte des recommandations pour l'élaboration du projet d'établissement et de ses annexes</p> <p>La prise en compte des recommandations lors de la réalisation de l'évaluation interne grâce au référentiel utilisé</p> <p>Les recommandations sont accessibles aux professionnels</p> <p>Les informations et sensibilisation du personnel sur les recommandations</p>	<p>Peu de références aux recommandations dans les documents internes (protocoles, procédures, etc...)</p>	<p>Poursuivre l'appropriation des recommandations de l'ANESM par les professionnels en menant des réflexions sur les recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Qualité de vie en EHPAD (Volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement</li> <li>-Qualité de vie en EHPAD (Volet 2) : l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne</li> <li>-Qualité de vie en EHPAD (Volet 3) : la vie sociale des résidents en EHPAD</li> <li>-Qualité de vie en EHPAD (Volet 4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident</li> <li>-Les attentes de la personne et le projet personnalisé</li> <li>-Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement</li> <li>-L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement</li> <li>-La prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée</li> </ul> <p>Faire référence aux recommandations dans les procédures ou protocoles existants</p>

### 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
<b>Elaboration, mise en œuvre et réactualisation du projet d'établissement</b>	<p>La mise en œuvre d'une démarche participative pour élaborer le projet d'établissement et ses annexes</p> <p>La définition de valeurs, de principes d'intervention et d'objectifs</p> <p>La communication du projet aux instances en place</p> <p>La prise en compte des recommandations pour l'élaboration du projet d'établissement et de ses annexes</p>	<p>Le plan d'actions du projet d'établissement et de ses annexes n'est pas suivi</p> <p>Le projet d'établissement n'est pas diffusé aux familles</p>	<p>Mettre en place ou désigner une instance s'assurant du suivi du projet d'établissement et de ses annexes</p> <p>Réaliser le suivi du projet d'établissement et de ses annexes (planification des actions, niveau de réalisation, atteinte des objectifs, effets constatés, etc...)</p> <p>Elaborer une note synthétique du projet d'établissement pouvant être diffusée aux usagers, aux familles et aux partenaires</p>
<b>Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée</b>	<p>La prise en compte des besoins et attentes des résidents dans la définition des objectifs du projet et de ses annexes</p> <p>La continuité de service</p> <p>L'organisation des soins</p> <p>L'adéquation des ressources mobilisées avec les besoins et les attentes des résidents</p> <p>L'évaluation de la satisfaction des résidents et des familles sur les prestations délivrées</p> <p>L'impact de la mise en œuvre du projet sur l'évolution des pratiques et de la perception du résident</p> <p>La mise en place d'un plan pluriannuel d'évolution des effectifs</p>		<p>L'informatisation du dossier du résident</p>
<b>Caractérisation de la population prise en charge</b>	<p>Le suivi statistique de la population prise en charge</p>		

#### 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'usager, 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
<b>Partenariats, mutualisation et coopérations</b>	<p>La formalisation des partenariats, coopérations, mutualisations par des conventions</p> <p>L'adhésion au GIP « Luzy Santé »</p>		<p>Poursuivre la formalisation des partenariats, mutualisations ou coopérations par des conventions</p> <p>Réaliser un suivi et une évaluation des conventions de partenariats afin d'apprécier les effets développés et l'atteinte des objectifs</p>
<b>Prise en compte du réseau et utilisation des ressources du milieu</b>	<p>La participation au développement des projets du territoire et à des groupes de travail avec des acteurs de ce territoire</p> <p>L'implication dans la vie de la commune avec l'organisation de manifestations et la réflexion sur des projets communs</p>		
<b>Perception du rôle de l'établissement et de ses missions</b>	<p>L'établissement est un élément central du territoire en matière d'offre médico-sociale</p> <p>Le développement de la communication de l'établissement</p> <p>L'établissement est considéré comme établissement de référence sur l'accompagnement de fin de vie.</p>		<p>Réaliser une enquête de satisfaction à destination des partenaires et des acteurs locaux pour évaluer leur perception de l'établissement</p>

## 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
<b>Prise en compte des besoins et des attentes des résidents</b>	<p>La formalisation d'outils de recueil</p> <p>L'approche pluridisciplinaire dans le recueil d'informations</p> <p>La désignation d'un référent institutionnel</p> <p>La cohérence avec les objectifs du projet d'établissement</p>		
<b>Elaboration et mise en œuvre du projet personnalisé</b>	<p>La mise en place de référents « projet personnalisé »</p> <p>La mise en œuvre de l'ensemble des projets personnalisés</p> <p>L'association du résident dans l'élaboration de son projet</p>	<p>Le projet n'est pas remis au résident</p> <p>Les référents institutionnels ne sont pas associés</p> <p>Les modalités de validation du projet ne sont pas formalisées</p>	<p>Développer la méthodologie d'élaboration et de suivi du projet personnalisé pour développer une culture commune</p> <p>Poursuivre la formation du personnel sur la mise en œuvre et la conduite des projets personnalisés</p> <p>Mettre en place des réunions sur le projet personnalisé avec le résident et/ou sa famille et/ou le représentant légal</p> <p>Remettre un exemplaire du projet au résident</p>
<b>Suivi et actualisation du projet personnalisé</b>	<p>La formalisation d'outils pour réévaluer le projet personnalisé</p>	<p>Il n'y a pas de suivi du projet entre son élaboration et sa réactualisation</p>	<p>Mettre en place une réflexion sur l'évolution des outils (définition d'objectifs précis, échéance des actions, moyens mis en œuvre)</p> <p>Prévoir un bilan intermédiaire pour améliorer le suivi des projets personnalisés</p>

## 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
<b>Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)</b>	<p>La mise en place du CVS avec un fonctionnement conforme aux obligations réglementaires</p> <p>La participation des résidents aux réunions du CVS</p> <p>L'implication du CVS dans la vie de l'établissement en contribuant aux projets et en étant force de proposition</p>	<p>Les réunions du CVS ne sont pas planifiées (2 réunions en 2014)</p>	<p>Planifier de façon concrète les réunions du Conseil de la Vie Sociale afin de respecter les exigences réglementaires</p> <p>Formaliser le suivi des réponses apportées aux demandes ou propositions formulées lors des réunions du CVS</p>
<b>Autres modalités de participation et d'expression</b>	<p>La réalisation d'enquêtes de satisfaction à l'intention des résidents et des familles</p> <p>L'organisation des réunions d'information</p>	<p>Les résultats des enquêtes ne sont pas diffusés à toutes les parties prenantes</p>	<p>Adapter le questionnaire de satisfaction aux capacités des résidents</p> <p>Définir les modalités de diffusion des résultats des enquêtes</p> <p>Réfléchir sur la création d'une commission « animation »</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,...).

<b>Items (5 maximum)</b>	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe</b>
<b>Le respect et l'exercice des droits des résidents</b>	<p>La mise en application des documents liés aux droits des usagers</p> <p>La formation et la sensibilisation du personnel</p>		Renseigner dans le livret d'accueil, les horaires d'ouverture de l'accueil
<b>Les évènements indésirables</b>	<p>L'élaboration et l'application d'un protocole de signalement des faits de maltraitance</p> <p>L'élaboration et l'utilisation de la fiche « évènement indésirable »</p> <p>L'analyse et le traitement des évènements indésirables</p> <p>L'information donnée aux instances sur le traitement et le suivi des évènements indésirables</p>		Organiser des exercices de simulation de crise
<b>Les risques professionnels</b>	<p>Le Document Unique</p> <p>Le plan de prévention des risques professionnels</p> <p>La mise en œuvre d'actions de prévention et de formation</p>	Les indicateurs sur la fatigue professionnelle ne sont pas mesurés	<p>Engager une démarche sur les risques psychosociaux</p> <p>Mesurer le taux d'absentéisme et le turn-over</p> <p>Redynamiser le projet social</p>
<b>Les risques inhérents à la santé du résident</b>	<p>Le suivi, l'analyse, l'évaluation et la prévention des risques inhérents à la santé des résidents</p> <p>La mise en place de référents sur certains types de risques</p> <p>La formalisation d'outils (protocoles, fiches, etc...)</p> <p>La maîtrise du risque infectieux</p>		<p>Elaborer un protocole relatif aux chutes rappelant les conduites à tenir lorsqu'un résident a chuté</p> <p>Désigner un référent « chutes »</p>
<b>Les modes de concertation des professionnels</b>	L'analyse et l'auto-évaluation des pratiques		

## 8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

La mission d'évaluation externe s'est déroulée dans d'excellentes conditions au cours des trois jours d'intervention sur site. Nous avons pu constater que l'établissement avait parfaitement préparé l'évaluation, fort de sa culture d'audit et de certification. Nous avons apprécié l'implication et la mobilisation des professionnels rencontrés ainsi que la mise à disposition des ressources et documents demandés.

L'accompagnement et la prise en charge des résidents sont de qualité et favorisent leur bien-être au sein de l'établissement.

La prise en compte du risque infectieux et l'association des réseaux à l'amélioration de la prise en charge et accompagnement du résident (notamment pour l'accompagnement de fin de vie) sont deux objectifs particulièrement aboutis au sein de l'EHPAD.

L'établissement a su développer, par ailleurs, l'expression et la participation des résidents et des familles grâce à des instances et des modalités appropriées.

## 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 ...)

<b>Items (5 maximum)</b>	
<b>Réunion d'information</b>	Rappel le cadre règlementaire de l'évaluation externe Présentation de la méthodologie employée
<b>Analyse Documentaire</b>	Analyse des pièces techniques transmises par l'établissement
<b>Projet évaluatif</b>	Elaboration du questionnaire évaluatif et du plan d'intervention
<b>Evaluation sur site</b>	Intervention sur 3 jours avec une visite des locaux, la tenue d'entretiens individuels et/ou collectifs en fonction du domaine évalué avec des professionnels, des résidents, des familles et des partenaires. Réalisation de synthèse à la fin de chaque journée d'intervention Présentation synthétique des constats en réunion de clôture avec la participation du personnel disponible
<b>Pré-rapport et rapport définitif</b>	Rédaction du pré-rapport en s'appuyant sur les constats et diagnostics partagés recueillis lors de l'évaluation sur site Prise en compte des remarques de l'établissement dans le rapport définitif

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

<b>Commentaires de l'ESSMS</b>	
<b>Sur le déroulement de l'évaluation externe</b>	<b>Sur les conclusions de l'évaluation externe</b>
<p>La démarche d'évaluation externe s'est déroulée dans le respect du cahier des charges et des engagements pris dans le cadre du marché passé avec l'UDAF 58.</p> <p>Très bon professionnalisme de la part des évaluateurs.</p> <p>Très bonne participation de la part des intervenants de l'établissement et de ses personnels.</p> <p>Les évaluateurs se sont impliqués dans le contexte de l'établissement. Ils ont présentés de réelles qualités de communications, de synthèse et d'analyse.</p>	<p>Conclusions pertinentes et adaptées qui correspondent à la situation de l'EHPAD au moment de cette évaluation externe.</p> <p>Propositions et préconisations acceptées et intégrées dans le plan d'action général de l'établissement.</p> <p>Bonne cohérence avec les objectifs propres de l'établissement.</p>

**Annexe 2** : Le devis de la prestation

<b>DEVIS</b>	<b>Centre de soins de longue durée</b>
Référence du devis : D14-07	5-7 Avenue Hoche
Conçu le : 05/06/2014	BP 57
Affaire suivie par : Medhy DAMERON	58170 LUZY

**Objet du devis** : Réalisation de la démarche d'évaluation externe de l'EHPAD

	<b>Désignation</b>	<b>Prix unitaire</b>	<b>Qté jour(s)</b>	<b>Montant HT</b>
<b>1</b>	Analyse documentaire des documents généraux et des pièces techniques	800	0,5	400
<b>2</b>	Construction du projet évaluatif et du plan d'évaluation	800	1	800
<b>3</b>	Evaluation sur site	800	3	2400
<b>4</b>	Elaboration du pré-rapport	800	1,5	1200
<b>5</b>	Elaboration du rapport définitif	800	1	800
<b>6</b>	Présentation du plan d'évaluation et Réunion d'information pour la présentation de la démarche	Non facturé		
<b>7</b>	Frais de déplacements	70	3	210
Total HT				5810
Total TVA*				Non Applicable
Net à payer (euros)				5810

**Annexe 3:** La présentation des évaluateurs

**Martine WESOLEK**

**06 86 57 37 43**

**06 30 29 30 23**

**iesdv1@wanadoo.fr**

**DIRECTRICE (SAFEF / FOYER DE VIE / IMPRO / EHPAD)/ EVALUATRICE**

**23 ANS DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL (handicap moteur, personnes âgées, déficience intellectuelle)**

**DIPLOMES ET FORMATIONS**

**MASTER INGENIERIE ET MANAGEMENT DE LA SANTE**

Option management des entreprises et services sanitaires et médico-sociaux

**MAITRISE EN INGENIERIE DU MANAGEMENT**

**MAITRISE D'INGENIEUR MAITRE**

Management et gestion des entreprises petites et moyennes structures

**FORMATION SUR LA DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE ET EXTERNE**

**FORMATION SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX**

**DOMAINES DE COMPETENCES**

**GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

**GESTION FINANCIERE**

**EVALUATION INTERNE ET EXTERNE**

**ORGANISATION**

**DEVELOPPEMENT DE SERVICES**

**EXPERIENCES PROFESSIONNELLES**

**Directrice multi site SAFEF, Foyer de vie, EHPAD**

**8 ans**

Secteur enfants déficience sensorielle, adultes déficience sensorielle, personnes âgées avec déficience sensorielle

**Directrice IMPRO**

**5 ans**

Secteur adolescents avec déficience intellectuelles et psychiatriques

**Déléguée départementale APF**

**10 ans**

Secteur personnes en situation de handicap enfants et adultes

**Plusieurs expériences d'évaluation externe avec un cabinet**

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

**DIFFERENTS MANDATS EXERCES**

- Vice-présidente de la conférence des territoires de la Nièvre
- ARS : membre de la CRSA et du Conseil de surveillance, Présidente de la commission Prévention
- Présidente de l'UDAF de la Nièvre
- Présidente de l'association A.G.V. oeuvrant au Sri-Lanka
- Membre de la MDPH de l'Allier

Annie CREUZOT-PIAT

03 86 93 59 10

06 87 12 09 39

acreuzot@udaf58.unaf.fr

**DIRECTRICE / CHEF D'ETABLISSEMENT / RESPONSABLE R H / QUALITE**

**10 ANS D'EXPERIENCE EN ENTREPRISE ET 10 ANS D'EXPERIENCE DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL**

**FORMATIONS**

**MASTER 2 DROIT ECONOMIE GESTION**

Option sciences du management RH et stratégie de l'entreprise (mention très bien)

**DUT GESTION DU PERSONNEL**

**BTS ASSISTANT DE DIRECTION**

**DOMAINES DE COMPETENCES**

**DROIT DU TRAVAIL**

**ORGANISATION**

**MANAGEMENT**

**QUALITE ET MANAGEMENT DES PROCESSUS**

**AUDIT**

**ANIMATION**

**EXPERIENCES PROFESSIONNELLES**

**Directrice UDAF 2005-à ce jour**

Définition et mise en œuvre de la stratégie de l'association

Conduite du projet associatif et de service  
Développement de l'activité et des champs d'intervention

Gestion des ressources humaines

Optimisation de l'organisation et de la démarche qualité et d'évaluation

Auditeur interne

Responsabilité des budgets et du suivi budgétaire

Gestion statutaire et animation institutionnelle

**Chef d'établissement EUROSIT SA, 1997-2005**

Responsabilité de la politique sociale et salariale

Responsabilité fonctionnelle de l'encadrement

Gestion de la formation et des compétences

Gestion des processus qualité

Auditeur interne

**Coordonnatrice PDITH, 1996-1997**

Recherche d'actions permettant une meilleure employabilité des travailleurs handicapés

**Responsable RH et services généraux SOUBITEZ SA, 1991-1996**

Responsabilité de la politique sociale et salariale

Responsabilité des services généraux

**Assistante RH LOOK NEVERS, 1986-1991**

Gestion administrative et gestion des payes

**INFORMATIONS  
COMPLEMENTAIRES**

**DIFFERENTS MANDATS EXERCES**

**En cours**

- Suppléante CPAM
- Représentante des usagers au CHAN

**AUTRES RESPONSABILITES**

- Présidente du CERCLE Nivernais (Chambre d'études et de réflexion sur la communication et la législation dans les entreprises)
- Membre d'un club service

**Medhy DAMERON**

**03 86 93 59 13**

**06 84 02 15 63**

**mdameron@udaf58.unaf.fr**

**8 ANS D'EXPERIENCE DANS LE DOMAINE DE LA QUALITE ET DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL**

**EVALUATEUR INTERNE ET EXTERNE**

### **DIPLOMES ET FORMATIONS**

**CERTIFICATION D'EVALUATEUR EXTERNE**

**CERTIFICATION D'EVALUATEUR INTERNE**

**TECHNICIEN QUALITE**

**TECHNICIEN RESEAU**

### **DOMAINES DE COMPETENCES**

**QUALITE ET MANAGEMENT DES PROCESSUS**

**EVALUATION INTERNE ET EXTERNE**

**SYSTEMES D'INFORMATION**

**GESTION DOCUMENTAIRE**

**HYGIENE ET SECURITE**

**FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT**

### **EXPERIENCES PROFESSIONNELLES**

**Responsable qualité et évaluation interne et externe**

**2005 à ce jour**

#### **Dans le cadre de l'UDAF**

Mise en œuvre de la politique qualité  
Gestion des processus  
Gestion et simplification documentaire  
Responsabilité des systèmes d'information  
Accompagnement des groupes de travail et des pilotes de processus  
Formation des auditeurs et évaluateurs  
Elaboration du référentiel d'évaluation interne  
Mise en œuvre de l'évaluation interne  
Mise en œuvre des plans d'actions d'amélioration  
Mise en œuvre de l'évaluation externe

#### **Dans le cadre du pôle de compétences**

Accompagnement de structures externes à l'UDAF dans le cadre de la préparation à l'évaluation interne et externe  
Réalisation d'évaluation interne et d'évaluation externe  
Accompagnement dans le cadre de réponses à appel à projet

### **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

#### **DIFFERENTS MANDATS EXERCES**

Représentant des usagers à la Préfecture de la Nièvre

Président d'honneur de l'association  
FAMILLATHLON 58

Secrétaire d'une association sportive

## Annexe 4 : Le questionnement évaluatif

### LE PROJET D'ETABLISSEMENT

#### Elaboration, mise en œuvre et réactualisation

Comment avez-vous élaboré votre projet d'établissement ?

Cette méthode d'élaboration du projet associe-t-elle toutes les parties prenantes ?

Quels sont les objectifs de ce projet ? Comment les avez-vous définis ?

Ce projet est-il communiqué et partagé ?

Quelles sont les méthodes et les outils de suivi et de gestion du projet d'établissement ?

Une instance suit-elle et évalue-t-elle la mise en œuvre et la réactualisation du projet et veille-t-elle à la pertinence et à la cohérence des actions ?

#### Cohérence avec les missions

Le projet d'établissement prend-il en compte les actions initiées par les collectivités territoriales (dans le cadre des schémas départementaux) ?

Le projet d'établissement prend-il en compte les recommandations de l'ANESM ?

#### Cohérence au regard des besoins des résidents et adéquation entre les objectifs et les moyens mis en place

Quels sont les liens entre les objectifs du projet et les besoins des résidents ?

Quels moyens avez-vous affectés à ces différents objectifs ?

Comment appréciez-vous l'atteinte des objectifs du projet ?

Quels effets avez-vous constaté suite à l'atteinte de ces objectifs ?

Avez-vous constaté des effets inattendus ?

#### Impact sur les professionnels et leurs pratiques

Les professionnels se sont-ils appropriés le projet d'établissement ?

Le projet d'établissement permet-il aux professionnels de situer leur place dans l'organisation et de connaître le sens de leur action ?

#### Effectivité du projet sur l'accès et le recours aux droits

Le projet d'établissement précise-t-il les règles d'accès et de recours aux droits ?



## L'ÉVALUATION INTERNE ET L'AMÉLIORATION CONTINUE

### Mise en œuvre de l'évaluation interne

Comment avez-vous mis en œuvre la démarche d'évaluation interne ?

Quels acteurs ont-été impliqués dans cette démarche ?

### Conclusions de l'évaluation interne et communication des résultats

Quelles sont les conclusions de l'évaluation interne ?

Comment et à qui avez-vous communiqué le plan d'amélioration issu de l'évaluation interne ?

### Mise en œuvre des actions d'amélioration

Quelles actions d'amélioration avez-vous déjà mis en œuvre ?

Comment avez-vous planifié les actions d'amélioration résultant de l'évaluation ?

Quels acteurs sont impliqués dans la mise en œuvre de ces actions ?

### Modalités de suivi du plan d'amélioration

Comment suivez-vous la mise en œuvre de du plan d'amélioration ?

Comment avez-vous apprécié l'efficacité des actions terminées ?

### Déploiement et suivi de l'amélioration continue

Quelles dispositions avez-vous mis en place pour le déploiement de l'amélioration continue ?

Votre démarche d'amélioration continue fait-elle l'objet d'une planification précise intégrant notamment des étapes de suivi ?

Comment évaluez l'efficacité des actions engagées dans le cadre de votre démarche d'amélioration continue ? (mise en place d'indicateurs)

## L'ORGANISATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

### La gestion des ressources humaines

- Comment évaluez-vous vos besoins en ressources humaines ?
- Vos ressources humaines sont-elles cohérentes avec vos objectifs ?
- Comment est-organisée la formation des professionnels ?
- Comment évaluez-vous les besoins en formation ?
- Évaluez-vous régulièrement les compétences de vos salariés ?
- Comment contribuez-vous à l'évolution des compétences de votre personnel ?
- Quels moyens mettez-vous en œuvre lors de l'intégration d'un nouveau salarié dans votre établissement ?
- Comment avez-vous défini vos conditions de recrutement ?
- Existe-t-il des fiches de postes pour chaque catégorie de métier de votre établissement ?
- Comment avez-vous formalisé les délégations ?
- Comment mesurez-vous la fatigue professionnelle ?
- Comment soutenez-vous les professionnels dans les situations difficiles ?
- Quelles dispositions avez-vous en place pour permettre aux professionnels d'échanger sur leurs pratiques ?

### La continuité de service

- Quelles modalités mettez-vous en place pour garantir la continuité de service ?
- Ces modalités sont-elles connues par toutes les parties prenantes et mises en œuvre comme prévu ?

### Les ressources financières

- Vos ressources financières sont-elles cohérentes avec vos objectifs ?
- Comment évaluez-vous vos besoins financiers ?
- Quels dispositifs de gestion et de suivi avez-vous mis en place ?

### Les ressources matérielles

- Vos ressources matérielles sont-elles adaptées à vos objectifs et aux besoins des résidents ?
- Comment évaluez l'efficacité et l'adaptabilité de ses ressources ?

### La gestion documentaire

- Comment est-organisée la gestion documentaire dans votre établissement ?
- Une veille réglementaire est-elle réalisée ?
- Comment les recommandations de l'ANESM sont-elles prises en comptes ?

### L'accueil physique et téléphonique

- Quels horaires et conditions d'accueil avez-vous mis en œuvre ? Sont-ils selon vous adaptés aux besoins des résidents, de leurs familles et des partenaires ?
- Comment sont-traitées les situations d'urgence par votre accueil ?
- Quelles sont les conduites à tenir lors de ces situations ?

### Prévention des risques professionnels

Avez-vous élaboré le Document Unique relatif à l'évaluation des risques professionnels ?  
Comment avez-vous identifié et évalué ces risques ?  
Quelles actions avez-vous mises en place pour réduire ou éliminer ces risques ?  
Comment sensibilisez-vous le personnel aux risques professionnels ?  
Avez-vous mis en œuvre une démarche de prévention des risques psychosociaux ?  
Procédez-vous à une analyse des accidents de travail ?

### Prévention des risques liés à la santé du résident (chutes, dénutrition, déshydratation, douleur, escarres, troubles du comportement)

Quelles actions mettez-vous en œuvre pour prévenir et prendre en charge les risques liés à la santé du résident ?  
Avez-vous identifié et évalué les facteurs de risques ?  
L'ensemble des risques identifiés fait-ils l'objet d'une analyse ?  
Chaque résident fait-il l'objet d'un suivi périodique relatif à ces risques ?  
Avez-vous défini des protocoles ?  
Ces protocoles ont-ils été diffusés aux professionnels ?  
Les professionnels sont-ils sensibilisés et formés ?

### La prévention des risques liés à la maltraitance

Mettez-vous en œuvre des actions de prévention et de lutte contre la maltraitance ?  
Avez-vous élaboré un protocole de signalement ?  
Les professionnels sont-ils sensibilisés et formés afin de favoriser la bientraitance et de lutter contre la maltraitance ?  
Avez-vous identifié les pratiques et les comportements à promouvoir ou à proscrire ?  
Avez-vous mis en œuvre des dispositifs de surveillance pour repérer des situations ou des signes d'une éventuelle maltraitance des résidents ?

### L'analyse et la maîtrise du risque infectieux

Avez-vous élaboré et mis en place le document d'analyse du risque infectieux (DARI) ?  
Comment l'établissement s'organise-t-il pour procéder à la mise à jour du DARI ?  
Comment sont élaborées et validées les procédures relatives à l'hygiène dans l'établissement ?  
Comment sensibilisez-vous les professionnels au respect de ces procédures ?  
Les infections constatées font-elles l'objet d'un suivi et d'une analyse des causes ?  
La méthode HACCP est-elle appliquée dans votre service de restauration ?  
Comment sont-organisés l'entretien et la désinfection des surfaces, locaux et matériels ?

### La gestion des situations de crise

En cas de crise, une procédure formalisée permet-elle une communication adaptée préservant l'image de l'Établissement ?

Avez-vous élaboré le Plan Bleu (ce plan est un plan d'organisation permettant la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature) ?

### La gestion des urgences médicales

Quels dispositifs mettez-vous en œuvre en cas d'urgence médicale ?

Les professionnels sont-ils informés des conduites à tenir en cas d'urgences médicales ?

L'organisation des réponses aux appels d'urgence est-elle formalisée ?

La traçabilité des réponses aux appels d'urgence est-elle formalisée ?

Avez-vous élaboré le DLU (dossier de liaison d'urgence) à transmettre aux partenaires de santé ?

Comment est-préparé le retour du résident après une hospitalisation ?

Combien de résidents ont-dû être hospitalisés dans l'année écoulée ?

### La sécurité et des biens et des personnes

Les contrôles périodiques obligatoires sont-ils mis en œuvre et respectés ?

Quels dispositifs avez-vous mis en œuvre dans le cadre de la sécurité des biens et des personnes ?

Le service affiche-t-il de manière adaptée au public, les consignes de sécurité et d'évacuation des locaux ?

Des exercices d'évacuation des locaux sont-ils réalisés ?

L'entretien et la maintenance des locaux sont-ils assurés de façon régulière ?

Les parties communes et privatives disposent-elles de dispositif d'appel d'urgence ?

Avez-vous élaboré et mis en place le document d'analyse des risque de défaillance électrique (le DARDE détermine les obligations des gestionnaires d'établissements médico-sociaux en matière de sécurité en cas de défaillance en énergie) ?

L'entretien et la maintenance des locaux sont-ils assurés de façon régulière ?

## LA GARANTIE DES DROITS

### Information sur les droits

Comment informez-vous les résidents de leurs droits ?

Les familles et/ou proches sont-ils informés des droits des résidents ?

La charte des droits et des libertés de la personne accueillie est-elle affichée dans l'établissement ?

La charte des droits et des libertés de la personne accueillie est-elle communiquée au résident lors de son arrivée dans l'établissement ?

### Respect des droits

Comment vous assurez-vous de l'exercice et du respect des droits des résidents (dignité, intimité, vie affective, vie privée, liberté de culte, etc...) ?

Comment veillez-vous au respect de la confidentialité des informations concernant le résident ?

Les résidents ont-ils accès à leur dossier ?

Des règles sont-elles définies pour accéder au dossier du résident ?

Le consentement éclairé est-il systématiquement recherché pour les résidents aptes à exprimer leur volonté ?

Les résidents ont-ils le droit d'aller et venir ?

Les résidents ont-ils le libre choix entre les prestations et/ou les animations qui leur sont proposées ?

Un contrat de séjour est-il élaboré lors de l'arrivée du résident ?

Ce contrat précise-t-il les prestations existantes ainsi que leurs coûts ?

### Les pratiques professionnelles et les droits des résidents

Les professionnels sont-ils formés et/ou sensibilisés sur le respect des droits des résidents ?

Les pratiques exercées sont-elles évaluées ou analysées afin de s'assurer que les droits des résidents soient respectés ?

### Le projet personnalisé

Comment sont élaborés les projets personnalisés des résidents ?

Comment présentez-vous ce dispositif aux résidents ?

Les besoins et attentes des usagers sont-ils pris en compte dans ces projets ?

Comment les résidents et leurs proches sont-ils associés lors de l'élaboration de leurs projets personnalisés ?

Comment organisez-vous l'intervention des professionnels dans le pilotage et le suivi des projets personnalisés ?

Comment formalisez-vous les projets personnalisés ?

Comment évaluez-vous les projets personnalisés ?

Les projets personnalisés sont-ils réactualisés ?

### L'accompagnement personnalisé de la santé du résident

Comment impliquez-vous le résident dans l'évaluation de son état de santé ?

Comment impliquez-vous le résident et ses proches dans les choix de prise en charge et d'accompagnement ?

Quelles sont les règles existantes sur le partage d'informations médicales concernant le résident ?

Comment associez-vous le médecin traitant à l'accompagnement du résident ?

Comment agissez-vous lorsqu'un résident refuse d'être soigné ?

### Le maintien des liens sociaux

Comment facilitez-vous le maintien des relations entre les résidents et leurs proches ?

Les proches peuvent-ils venir librement rendre visite aux résidents ?

Quels moyens mettez-vous à disposition pour l'accueil des proches lors des visites ?

Comment impliquez-vous les acteurs de la vie sociale du résident dans votre établissement ?

Comment impliquez-vous les professionnels dans la vie sociale du résident ?

Comment facilitez-vous les relations entre les résidents ?

Comment favorisez-vous la participation des résidents à la vie de la commune ?

Quel est le nombre de résidents ayant des contacts réguliers (téléphone, visites, courriers, sorties) avec des proches ?

Quel est le nombre de résidents n'ayant aucun contact avec des proches ?

### Le cadre de vie

Quelles actions mettez-vous en œuvre pour faciliter l'appropriation de son nouveau lieu de vie par le résident ?

Associez-vous le résident et/ou ses proches à l'aménagement de sa chambre ?

Quelles est la proportion de résidents aménageant leur chambre avec des meubles et objets personnels ?

Quel(s) équipement(s) mettez-vous à disposition des résidents dans leurs chambres afin d'assurer un confort de qualité ?

Comment sont-organisés l'entretien des parties privatives et l'entretien des parties communes ?

Comment adaptez-vous l'entretien des parties privatives aux besoins des résidents ?

### **Les activités et animations**

Avez-vous mis en œuvre un projet d'animation ?

Quelles activités/animations proposez-vous aux résidents ?

Le choix de ces activités/animations est-il basé sur les besoins et attentes des résidents ?

Ces activités/animations sont-elles également en majeure partie en lien avec les objectifs fixés dans les projets personnalisés ?

Comment informez-vous les résidents de la tenue de ces activités/animations ?

Comment impliquez-vous les résidents dans ces activités/animations ?

Quel est le taux de participation aux activités/animations ?

Quelle est la proportion de résidents ne participant à aucune activité ?

Comment évaluez-vous la qualité des activités/animations proposées ?

### **La conciliation entre vie privée et vie collective**

Comment veillez-vous au respect de l'intimité et de la vie privée du résident ?

Le personnel est-il sensibilisé à veiller au respect de l'intimité et de la vie privée du résident ?

Comment conciliez-vous les habitudes personnelles du résident et les contraintes liées à la vie en collectivité ?

Comment protégez-vous la vie privée et le respect de la confidentialité vis-à-vis des autres résidents ?

Comment formalisez-vous les règles de vie collective ?

Comment les communiquez-vous aux résidents et au personnel ?

Comment gérez-vous les éventuelles perturbations de la vie collective ?

### **La prise en compte des habitudes de vie**

Comment prenez-vous en compte les habitudes de vie (horaires des repas, de la toilette, du lever, du coucher, etc...) ?

Comment prenez-vous en compte les goûts et habitudes individuels pour les repas ?

Comment tenez-vous vous compte des habitudes du résident concernant sa toilette ?

### **Le maintien des capacités**

Comment évaluez-vous le niveau d'autonomie du résident ?

Ce niveau est-il réévalué régulièrement ?

Quelles activités mettez-vous en œuvre pour favoriser le maintien des capacités de déplacement ?

Mettez-vous à disposition des matériels d'aide aux déplacements ?

### **La continuité des soins**

Votre établissement dispose-t-il d'un médecin coordonnateur ?

Comment est-organisée la continuité des soins ?

Comment le résident est-il associé ? Comment les proches sont-ils associés ?

Comment est-organisée la collaboration avec les médecins traitants ?

Un projet de soins a-t-il été formalisé ? Si oui est-il annexé au projet d'établissement ?

Un volet spécifique aux soins est-il intégré au projet personnalisé du résident ?

En cas de refus de soins, quelle approche adoptez-vous ?

Quelle organisation avez-vous en place pour le circuit des médicaments ?

## L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT

### L'insertion de l'établissement dans son contexte territorial

Comment mobilisez-vous les ressources de votre milieu ?

Comment contribuez-vous à l'insertion de votre établissement dans son territoire ?

Comment mesurez-vous la contribution de l'établissement aux évolutions et aux modifications de l'environnement ?

### L'ouverture sur et à son environnement

Dans l'intérêt des résidents, l'établissement définit-il et met-il en place une politique de travail en partenariat et en réseau, et le fait-il connaître en interne et en externe ?

Les partenariats, coopérations ou mutualisations sont-ils formalisés par la signature de conventions, régulièrement évaluées et adaptées ?

Comment managez-vous ces partenariats, coopérations ou mutualisations ?

Quelles actions d'information et/ou de communication mettez-vous en œuvre pour développer l'image de votre établissement ?

Comment évaluez-vous la perception de l'environnement quant aux missions de l'établissement auprès des partenaires et des résidents ?

### L'accessibilité de l'établissement

Les locaux (accueil, salles, parkings, chambres) de l'établissement sont-ils accessibles aux personnes à mobilité réduite ?

L'aménagement des locaux permet-il aux visiteurs d'être accueillis dans de bonnes conditions (toilettes, fontaines à eau, lecture....) ?

Avez-vous mis en œuvre une signalétique adaptée dans votre établissement ?

La signalétique extérieure permet-elle d'accéder facilement à l'établissement ?



### Les modalités d'accompagnement de la personne

Comment recueillez-vous les volontés du résident ?

Comment veillez-vous au respect de ses volontés ?

L'accompagnement de fin de vie d'un résident est-il formalisé dans une procédure ?

Les besoins et attentes de la personne sont-ils évalués quotidiennement ?

Comment abordez-vous le sujet de l'accompagnement de fin de vie avec les résidents ?

Quelles ressources mobilisez-vous dans le cadre d'un accompagnement de fin de vie ?

Ces ressources sont-elles évaluées quotidiennement ?

### L'information et le soutien des proches

Avez-vous identifié de façon concrète les proches impliqués ?

Comment les informez-vous de l'état de santé du résident, ses traitements et leurs objectifs ?

Proposez-vous aux proches un soutien psychologique ?

Comment facilitez-vous la présence des proches ?

Recueillez-vous l'avis des proches sur le niveau de confort du résident et sur leur positionnement dans cet accompagnement ?

Echangez-vous avec les proches sur les souhaits exprimés par le résident ?

Proposez-vous une aide aux proches dans le cadre des démarches administratives ?

### La formation et le soutien des professionnels

Proposez-vous aux professionnels un soutien psychologique lors du décès d'un résident ?

Proposez-vous aux professionnels des formations sur des thématiques relatives à l'accompagnement de fin de vie ?

Organisez-vous des groupes de travail sur l'analyse des pratiques sur l'accompagnement de fin de vie ?

### Le Conseil de Vie Sociale (CVS)

Le conseil de vie sociale est-il mis en place au sein de votre établissement ?

Sa composition est-elle conforme à la législation ?

Combien de réunions du CVS ont eu lieu au cours des douze derniers mois ?

Les membres du CVS ont-ils rédigés le règlement de fonctionnement du CVS ?

Comment sont préparées les réunions du CVS ?

Comment est-organisée la diffusion des comptes rendus du CVS ?

### Autres modalités d'expression et de participation

Hormis le CVS, quels sont les modes d'expression et de participation des résidents ?

Des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles sont-elles mises en œuvre ?

Comment communiquez-vous les résultats de ces enquêtes ?

Comment prenez-vous en compte ces résultats ?

### Gestion et traitement des évènements indésirables

Comment traitez-vous les évènements indésirables ?

Quel dispositif avez-vous mis en œuvre pour prévenir, analyser et traiter ces évènements ?

## Admission, accueil et adaptation du résident

### L'admission

- Comment se déroule une admission dans votre établissement ?
- Quels acteurs participent à la prise de décision ?
- Quels sont vos critères d'admission ?
- L'admission d'un résident est-elle formalisée dans une procédure ?
- Quels documents remettez-vous lors d'une demande d'admission ?
- Comment informez-vous le futur résident sur ses droits ?
- Organisez-vous une visite de l'établissement avant chaque nouvelle admission ?

### L'accueil du nouveau résident

- Quelles actions mettez-vous en œuvre lors de l'arrivée d'un nouveau résident dans votre établissement ?
- Comment mobilisez-vous les professionnels lors de l'arrivée d'un nouveau résident ?
- L'accueil d'un résident est-il formalisé dans une procédure ?
- Comment informez-vous les résidents de l'arrivée d'une nouvelle personne dans l'établissement ?
- Quels documents remettez-vous au résident ?
- Quelles informations transmettez-vous à un nouveau résident lors de son arrivée ?
- Comment évaluez-vous les actions engagées dans le cadre de l'accueil d'un nouveau résident ?

### L'adaptation du nouveau résident

- Quelles actions mettez-vous en œuvre pour permettre un nouveau résident de prendre rapidement ses repères dans votre établissement ?
- Comment associez-vous les proches lors de cette phase d'adaptation ?
- Comment repérez-vous et analysez-vous d'éventuelles difficultés d'adaptation ?
- Comment mesurez-vous le degré d'adaptation d'un nouveau résident ?
- Un bilan d'adaptation est-il réalisé ?

## Annexe 5 : Le plan d'intervention

Mardi 18 Novembre			
Horaires	Evaluateurs	Domaines d'évaluation	Documents
9h30-9h45	C. Petit M. Dameron	<b>Réunion d'ouverture</b> Présentation de la démarche d'évaluation et du plan d'intervention	Plan d'intervention
9h45-10h30	C. Petit M. Dameron	<b>Visite des locaux</b>	
10h30-11h00	C. Petit M. Dameron	<b>Présentation de l'établissement</b> (contexte, historique, évolutions, etc...)	
11h00-12h15	C. Petit M. Dameron	<b>Le projet d'établissement</b> <i>Elaboration, mise en œuvre et réactualisation</i> <i>Cohérence avec les missions</i> <i>Cohérence au regard des besoins des résidents et adéquation entre les objectifs et les moyens mis en place</i> <i>Impact sur les professionnels et leurs pratiques</i> <i>Effectivité du projet sur l'accès et le recours aux droits</i>	Projet d'établissement Convention tripartite
12h15-13h30	REPAS		
13h30-14h30	M. Wesolek C. Petit M. Dameron	<b>L'établissement dans son environnement</b> <i>L'insertion de l'établissement dans son contexte territorial</i> <i>L'ouverture sur et à son environnement</i> <i>L'accessibilité de l'établissement</i>	Projet d'établissement Conventions Signalétique Outils de communication
14h30-16h30	M. Wesolek C. Petit M. Dameron	<b>L'organisation générale de l'établissement</b> <i>La gestion des ressources humaines</i> <i>La continuité de service</i> <i>Les ressources financières</i> <i>Les ressources matérielles</i> <i>La gestion documentaire</i> <i>L'accueil physique et téléphonique</i>	Organigramme Tableau des effectifs Plan de formation Fiches de fonction Tableaux de bord budgétaires Plannings Affichages
16h30-16h45	Synthèse de la journée avec la Direction		

## Annexe 5 : Le plan d'intervention (suite)

Mercredi 19 Novembre			
Horaires	Evaluateurs	Domaines d'évaluation	Documents
9h30-10h30	M. Wesolek M. Dameron	<b>Admission, accueil et adaptation du résident</b>  <i>L'admission</i> <i>L'accueil du nouveau résident</i> <i>L'adaptation du nouveau résident</i>  <b>La garantie des droits</b>  <i>Information sur les droits</i> <i>Respect des droits</i> <i>Les pratiques professionnelles et les droits des résidents</i>	Dossier de préadmission Livret d'accueil Contrat de séjour Règlement de fonctionnement Procédures/Protocoles Affichages
10h30-12h30	M. Wesolek M. Dameron	<b>L'accompagnement et la prise en charge du résident</b>  <i>Le projet personnalisé</i> <i>L'accompagnement personnalisé de la santé du résident</i> <i>Le maintien des liens sociaux</i> <i>Le cadre de vie</i> <i>Les activités et animations</i> <i>La conciliation entre vie privée et vie collective</i> <i>La prise en compte des habitudes de vie</i> <i>Le maintien des capacités de déplacement</i> <i>La continuité des soins</i>	Projet personnalisé Projet d'animation Projet de vie Projet de soins Procédures/Protocoles
12h30-14h00	REPAS		
14h00-16h00	M. Wesolek M. Dameron	<b>La prévention des risques</b>  <i>La prévention des risques professionnels</i> <i>La prévention des risques liés à la santé du résident</i> <i>La prévention des risques liés à la maltraitance</i> <i>L'analyse et la maîtrise du risque infectieux</i> <i>La gestion des situations de crise</i> <i>La gestion des urgences médicales</i> <i>La sécurité et des biens et des personnes</i>	Plan Bleu Registre de sécurité Protocole de signalement Dossier de liaison d'urgence Rapport annuel Procédures/Protocoles
16h00-17h00	M. Wesolek M. Dameron	<b>L'expression et la participation des résidents</b>  <i>Le Conseil de Vie Sociale (CVS)</i> <i>Autres modalités d'expression et de participation</i> <i>Gestion et traitement des réclamations</i>	Comptes rendus du CVS Enquêtes de satisfaction Réclamations- Dysfonctionnements
17h00-17h15	Synthèse de la journée avec la Direction		

## Annexe 5 : Le plan d'intervention (suite)

<b>Jeudi 20 Novembre</b>			
<b>Horaires</b>	<b>Evaluateurs</b>	<b>Domaines d'évaluation</b>	<b>Documents</b>
9h30-10h30	M. Dameron	<b>L'évaluation interne et l'amélioration continue</b>  <i>Mise en œuvre de l'Evaluation interne</i> <i>Conclusions de l'évaluation interne et communication des résultats</i> <i>Mise en œuvre des actions d'amélioration</i> <i>Modalités de suivi du plan d'amélioration</i> <i>Déploiement et suivi de l'amélioration continue</i>	Rapport de l'évaluation Plan d'amélioration
9h30-10h30	A. Creuzot-Piat	<b>L'accompagnement de fin de vie</b>  <i>Les modalités d'accompagnement de la personne</i> <i>L'information et le soutien des proches</i> <i>La formation et le soutien des professionnels</i>	Procédures/Protocoles
10h30-11h30	M. Dameron	<b>Entretien avec le médecin coordonnateur</b>	
10h30-11h30	A. Creuzot-Piat	<b>Entretien avec les membres des instances représentatives du personnel</b>	
11h30-12h15	A. Creuzot-Piat M. Dameron	<b>Entretien avec le Président du Conseil de Surveillance</b>	
12h15-12h30	A. Creuzot-Piat	<b>Entretien avec le médecin coordonnateur de l'équipe mobile de soins palliatifs et de lutte contre la douleur</b>	
<b>12h30-14h00</b>	<b>REPAS</b>		
14h00-15h00	A. Creuzot-Piat M. Dameron	Entretien avec les membres de la CRU	
15h00-16h00	A. Creuzot-Piat M. Dameron	Entretien avec un groupe de résident	
16h00-16h30	A. Creuzot-Piat M. Dameron	Préparation de la réunion de clôture	
<b>16h30-17h00</b>	<b>Réunion de clôture</b>		

**Annexe 6** : La liste des personnes rencontrées

**Monsieur DESRAYAUD**, Président du Conseil de Surveillance

**Monsieur CHARMONT**, membre du Conseil de Surveillance

**JM. SCHWOB**, Directeur

**Dr PAPONNEAU**, Médecin Coordonnateur

**AM. DUBRESSON**, Cadre de Santé

**C. MARTINS**, Adjointe aux cadres

**C. ROLLIN**, Infirmière référente

**V. GUERRESCHI**, Agent administratif

**G. MORA**, Neuropsychologue

**M. BERTIN**, Infirmier

**S. BARDET**, Infirmière

**C. PAQUERIAUD**, Infirmière

**MP. ROY**, Infirmière Hygiéniste

**A. VIARD**, Aide-soignante

**V. LAUROY**, Aide-soignante

**G. LEMAITRE**, Aide-soignante

**C. DACHE**, Aide-soignante

**J. SAUMUR**, Aide-soignante

**F. PROVOST**, Aide-soignante

**L. GAUTHERON**, Aide-soignante

**L. DAUTELOUP**, Aide-soignante

**S. DUQUY-NICOUD**, Pharmacienne

**S. TALPIN**, Animatrice

**P. PARISOT**, Agent d'entretien

**N. GUILLOT**, Responsable de la lingerie

**E. PORTERAT**, Responsable de la restauration

**Monsieur BERENGUER**, résident et président du CVS

**Madame PERRAUDIN**, résidente et membre du CVS

**Madame SONIHLAC**, résidente et membre du CVS

**Madame GUIGUE**, résidente et vice-présidente du CVS

**Monsieur TOUILLON**, résident