

ÉVALUATION EXTERNE COMPLET



EHPAD Le Lac d'ARGENTON LES VALLEES

1. Présentation

A. L'organisme habilité

1. Caractéristiques générales

Dénomination sociale : IFSO – Institut de Formation Santé de l'Ouest
Représentant légal et fonction : Christophe CHAMARD, Directeur Général
Numéro d'habilitation ANESM : H2010-03-412
Adresse postale : 4 rue Darwin, 49000 Angers
Téléphone : 02.41.72.17.18
Fax : 02.41.72.17.19
Mail : info@ifso-asso.org

2. Présentation de l'organisme, ses valeurs

L'IFSO (Instituts Formation Santé de l'Ouest) est un organisme de formation associatif (loi 1901 à but non lucratif) dont la gouvernance est assurée par un conseil d'administration tripartite: un collège de représentants du secteur public hospitalier (FHF), d'établissements de santé privés d'intérêts collectifs, et de l'hospitalisation privée (FHP).

Créé en 1973, l'IFSO réalise de la formation dans le secteur sanitaire, social et médico-social depuis près de 40 ans. L'IFSO forme environ 500 élèves aides-soignants par an et plus de 4000 professionnels en formation continue, grâce à son implantation dans les régions Pays de la Loire et Bretagne au travers de ses 8 centres de formation.

Au plus proche des professionnels de terrain, l'IFSO est imprégné des problématiques de ce secteur et travaille en étroite collaboration avec les professionnels qui le constituent. Sa collaboration avec les acteurs de terrain permet ainsi de disposer de connaissances actualisées et de partager les enjeux du secteur des ESSMS. L'IFSO, avec une telle pérennité, est un acteur conjuguant expertise, expérience, méthodologie et créativité dans un secteur où les ressources sont souvent insuffisantes.

Par ailleurs, l'IFSO est également présent comme acteur du conseil dans le secteur sanitaire, social et médico-social et réalise des missions d'accompagnement et d'évaluation, ainsi que des formations aux méthodes évaluatives.

L'évaluation externe intervient à la croisée de ces deux compétences, avec une formation pointue des professionnels intervenant en tant qu'évaluateurs, et des compétences solides de conseils dans un secteur complexe, tant par la nature de ses prestations que par la réglementation et les problématiques qui le structurent.

L'IFSO peut se prévaloir de 40 années d'expérience, gage de sérieux et de reconnaissance dans le milieu de la formation des ESSMS.

B. L'établissement évalué

1. Caractéristiques générales

Nom de l'établissement : EHPAD Le Lac d'ARGENTON LES VALLEES
Représentant légal et fonction : Monsieur BENOIT Christophe, Directeur
Numéro d'habilitation FINES : 79 000 028 5
Adresse postale : 14, avenue Camille JOUFFRAULT
Code postal : 79150
Ville : ARGENTON LES VALLEES
Téléphone : 05 49 65 70 29
Fax : 05 49 65 98 17
Mail :
Secteur d'activité :
Nombre totale de places autorisées : 156
GMP : 601.62
PMP : 172
Autorisation de l'établissement délivré le : 27 janvier 1982
Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
signé le :
Convention Tripartite signée le : 2009
Projet d'établissement réalisé le :

2. Caractérisation de la population accueillie

La résidence Le Lac accueille une population de séniors. Même s'il est possible d'y être accueilli à partir de 60 ans, en 2010, la moyenne d'âge à l'accueil dans la structure était de 86 ans et 3 mois ; la moyenne d'âge de la population accompagnée étant quant à elle de 85 ans.

Tout comme les tendances nationales, l'établissement prend en charge une population de plus en plus âgée et de plus en plus dépendante.

Il s'agit d'une population majoritairement féminine : 72.36 %

L'unité au fil du temps propose un accompagnement spécifique aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou présentant des troubles apparentés.

Evolution du GMP et du PMP :

- 2006 : 603.38
- 2007 : 642.6
- 2008 : 657.47
- 2009 : 706.3
- 2010 : 562.14
- 2011 : 601.62
- PMP retenu : 124

Profil de la population accueillie :

Les résidents sont essentiellement originaires du canton (52.4 %) ou du département (36.8%). Plus d'un tiers étaient agriculteurs.

70 % des résidents sont des femmes.

1 résident sur 6 est célibataire, 25% environ des résidents n'ont pas d'enfants.

Pour plus de la moitié des résidents, l'admission dans l'établissement fait suite à une hospitalisation. Les deux principaux motifs d'accueil dans l'établissement sont :

- Des difficultés à vivre à domicile (22.67 %)
- La maladie d'Alzheimer ou apparenté
- Plus de 70 % des personnes hébergées décèdent dans l'établissement.

Données socio-économiques :

Environ 18 % des résidents bénéficient de l'aide sociale.

Plus de 20 % de la population accueillie bénéficie d'une mesure de protection juridique

3. Présentation de l'établissement et son contexte

La commune d'Argenton les Vallées, est située en région Poitou Charente dans le département des Deux Sèvres. Cette commune du Pays Thouarsais a une population de 1615 habitants en 2011 (source INSEE). Il s'agit d'une commune rurale d'une superficie de 29.1 km², la densité de sa population est de 55.6 habitants/km².

Le nombre d'habitants est relativement stable puisque celui-ci a évolué de 0.3 % entre 2006 et 2011.

40.6 % des foyers fiscaux de la commune sont assujettis à l'impôt sur le revenu. Le revenu net moyen déclaré par foyer fiscal s'élevait à 18 780. Le revenu fiscal médian en 2011 s'élevait quant à lui à 15 918.

L'EHPAD "Le lac" accueille des personnes de plus de 60 ans (sauf dérogation) en hébergement permanent ou temporaire.

Celui ci est éligible à l'aide sociale, il a une capacité d'accueil de 170 places se répartissant en :

- 154 places d'hébergement permanent
- 2 places d'hébergement temporaire
- Une unité Alzheimer d'une capacité d'hébergement de 12 places.

Il s'agit d'un établissement public social et médico-social appartenant au service public hospitalier.

L'EHPAD "Le lac" d'Argenton les Vallées est un établissement public autonome relevant de la Fonction Publique Hospitalière. Il est dirigé par Monsieur Christophe BENOIT, directeur, issue du corps de Direction des Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico sociaux. La direction est l'instance exécutive.

Le directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile. En application de l'article L. 315-17 du Code de l'action sociale et des familles, le directeur prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en œuvre les actions approuvées par celui-ci.

Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article L. 315-12. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement et en tient le conseil d'administration informé. Il veille à la réalisation du projet d'établissement et à son évaluation. Il nomme le personnel, et exerce son autorité sur l'ensemble de celui-ci.

Le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions et sur des matières définies par décret. Pour l'exercice de certaines des attributions du conseil d'administration définies par décret, le directeur peut recevoir délégation du président du conseil d'administration.

L'établissement est administré par un Conseil d'Administration. Il est présidé de droit par le Maire de la commune : Monsieur de TROGOFF Gaëtan. Le Conseil d'Administration est l'instance décisionnelle (ou délibérative).

En application de l'article L. 315-12 du Code de l'action sociale et des familles, le conseil d'administration des établissements publics sociaux ou médico-sociaux définit la politique générale de l'établissement et délibère sur :

- Le projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-7 ;
- Les contrats pluriannuels mentionnés à l'article L. 313-11 et les conventions d'aide sociale mentionnées au II de l'article L. 342-3-1 ;
- Les programmes d'investissement ; le rapport d'activité ; le budget et les décisions modificatives ;
- Les crédits supplémentaires et la tarification des prestations des établissements ne relevant pas de l'article L. 314-7-1 ;
- Les comptes financiers, les décisions d'affectation des résultats ou les propositions d'affectation desdits résultats, lorsque leurs financements sont majoritairement apportés par une collectivité publique ou les organismes de sécurité sociale ;
- Les décisions affectant l'organisation ou l'activité de l'établissement. Le tableau des emplois du personnel ;
- La participation à des actions de coopération et de coordination ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation et les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
- Les emprunts ;
- Le règlement de fonctionnement ;
- L'acceptation et le refus de dons et legs ;
- Les actions en justice et les transactions ;
- Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnel, pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;
- Les instances consultatives de l'établissement sont le CTE (Conseil Technique d'Etablissement) pour le personnel et le CVS (Conseil de vie sociale) pour les résidents et leurs familles.

Autour de la direction, une équipe pluridisciplinaire assure l'ensemble des prestations inhérentes à un EHPAD.

4. Les valeurs de l'établissement, ses objectifs

L'accompagnement des résidents dans la structure s'inscrit dans le respect des principes et des valeurs définis par la Charte des Droits et Libertés de la Personne accueillie présenté dans l'arrêté du 8 septembre 2003 :

- Principe de non discrimination,
- Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté
- Droit à l'information
- Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne
- Droit à la renonciation
- Droit au respect des liens familiaux
- Droit à la protection
- Droit à l'autonomie
- Principe de prévention et de soutien
- Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie
- Droit à la pratique religieuse
- Respect à la dignité de la personne et de son autonomie

Le déploiement d'une culture de la bientraitance est au coeur des réflexions institutionnelles, ainsi une charte "bientraitance" propre à l'établissement est édictée. Ces valeurs sont partagées par l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Le résident est considéré comme une personne qui a droit au respect de ses libertés fondamentales qui s'exprime dans un respect partagé.

Au quotidien l'établissement :

- S'emploie de rendre effectif le droit à la protection, à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, à la santé, à un suivi médical adapté.
- Promeut des pratiques tendant à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible pour chaque résident
- Facilite la vie sociale du résident

C. Les évaluateurs externes

Évaluateur Référent

Nom, Prénom : GABORIAU Bruno
Fonction, profil : Directeur CCIAS

Évaluateur Adjoint

Nom, Prénom : ROYER Jean-Yves
Fonction, profil : Cadre de santé EHPAD

2. Méthodologie de l'évaluation externe

A. Présentation du cadre et des objectifs

Rappels du «décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux» :

L'évaluation externe réalisée intervient au cours de chaque période d'autorisation, au plus tard 2 ans après l'évaluation interne.

Elle doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Cette évaluation doit permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs tels que précisés ci-après, en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique.

L'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur. Elle se distingue également de la certification.

L'évaluation telle que prévue à la présente annexe tient compte des résultats des démarches d'amélioration continue de la qualité que peuvent réaliser les établissements et services.

L'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficience, en considération du contexte observé.

Elle implique un diagnostic partagé, la construction d'un cadre de référence spécifique d'évaluation, le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés. Elle repose sur la mobilisation des partenaires concernés aux différentes étapes de la démarche évaluative.

L'évaluation contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques.

Les objectifs de l'évaluation externe sont les suivants :

- Porter une appréciation globale : adéquation du projet d'établissement aux besoins, aux priorités et aux missions,
- Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne : priorisation et effectivité de la mise en œuvre des actions, évaluation, suivi et dynamique,
- Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques : projet personnalisé, interactions avec l'environnement, prise en compte des besoins et des droits des usagers, expression des usagers, adaptation de l'organisation, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, hygiène et sécurité, gestion des risques, amélioration continue de la qualité, risques professionnels, coopération interinstitutionnelles, inscription au sein d'un territoire donné.
- Elaborer des propositions et/ou préconisations : stratégies puis opérationnels, priorisations.

Recommandations de bonnes pratiques applicables :

1. Recommandations en cours

Programme 6 : les relations avec la famille et les proches

- Le soutien des aidants non professionnels de personnes âgées dépendantes, de personnes adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile.

Programme 7 : la qualité de vie

- L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes

1. Recommandations publiées

Programme 1 : les fondamentaux

- Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (octobre 2010)
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)

Programme 2 : l'expression et la participation

- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (juillet 2012)

Programme 3 : les points de vigilance et la prévention des risques

- Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (septembre 2009)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008)

Programme 4 : le soutien aux professionnels

- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement - document réalisé conjointement par l'ANESM et la HAS (avril 2012)
- L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (avril 2012)
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012)
- Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (juillet 2009)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008)

Programme 5 : les relations avec l'environnement

- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008)

Programme 7 : la qualité de vie

- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement (Mai 2014)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents en EHPAD (janvier 2012)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (septembre 2011)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011)
- L'accompagnement des personnes atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement (février 2009)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)

B. Le projet évaluatif

Cf. Annexe I

C. Planning de la visite

Cf. Annexe II

D. Documents de l'établissement

| Documents principaux | Disponible ? | |
|--|----------------------------------|-----------------------|
| | OUI | NON |
| Projet d'établissement ou Projet de service | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Projets Personnalisés ou Projets de Vie Individualisés | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Contrat de séjour | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Livret d'accueil du résident | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Règlement intérieur ou Règlement de fonctionnement | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Document unique (Gestion des risques) | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Comptes rendus du Comité Technique d'Etablissement (CTE) | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Comptes rendus du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Comptes rendus du Conseil de la Vie Sociale (CVS) | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. Présentation des résultats de l'évaluation externe

A. Management de l'Etablissement

1. Thème 1 : Projet d'Etablissement

| Réf. | | Éléments d'appréciation | Réponses aux EA | Constats |
|------|---|---|-----------------|---|
| 1 | 1 | Le Projet d'établissement est défini. Il comporte des objectifs. | Oui | <p>Le projet d'établissement est défini, il est en cours de finalisation. Il est le fruit d'une démarche participative. Il comporte des objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer les partenariats avec le CHNDS afin d'améliorer le parcours de soins du résident. - Harmoniser l'accompagnement entre les 5 services de l'hébergement classique de l'établissement. - Impliquer les soignants à la démarche d'animation. - Poursuivre la professionnalisation du personnel. - Mettre en oeuvre le projet architectural. - Faire évoluer l'offre d'accompagnement. - Développer la démarche d'amélioration continue de la qualité dans la structure. - Améliorer la prévention des risques professionnels. - Poursuivre la démarche de Bienveillance. |
| 1 | 2 | Le Projet d'établissement a été approuvé par le Conseil d'Administration | Non | Le projet d'établissement 2012-2017 n'a pas fait l'objet d'une présentation en Conseil d'Administration et n'a donc pas fait l'objet d'une approbation de la part de ses membres. |
| 1 | 3 | Il prend en compte les orientations des politiques sociales et médico-sociales. | Oui | <p>Le projet d'établissement s'appuie sur les orientations des politiques sociales et médico-sociales, il intègre les objectifs définis par le schéma gérontologique départemental :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les bonnes conditions du vivre à domicile - Anticiper l'accès aux nouvelles technologies pour préserver l'autonomie des personnes âgées - Mener des actions adaptées à la vie à domicile et en établissement - Coordonner, communiquer, évaluer. <p>De plus en lien avec le schéma régional d'organisation sanitaire, celui intègre une réflexion sur la constitution de la filière gériatrique.</p> |
| 1 | 4 | Il comprend des axes en lien avec les droits des usagers. | Oui | <p>Dans son chapitre 1.2, il précise que l'accueil et le séjour à l'EHPAD "Le lac" s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la "Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie".</p> <p>De plus, les valeurs promues par la "Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie" ont été reprises par les professionnels et intégrées dans une charte des droits et libertés propres à l'établissement. L'ensemble des professionnels y adhère cela se concrétise par un engagement à respecter ses valeurs et la signature de ce document.</p> |
| 1 | 5 | Les missions imparties et les besoins du territoire ont été pris en compte dans la définition des orientations stratégiques de l'établissement. | Oui | <p>Le plan d'actions du schéma gérontologique (2010-2014) des Deux Sèvres s'articule autour de 4 axes stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser de bonnes conditions de vie à domicile, - Anticiper l'accès aux nouvelles technologies pour préserver l'autonomie des personnes âgées, - Mener des actions adaptées à la vie à domicile et en établissement, - Coordonner, communiquer, évaluer. <p>Ce document stratégique s'appuie sur les orientations définies par les instances régionales et départementales.</p> |
| 1 | 6 | Les objectifs sont cohérents au regard de la vocation et des valeurs de l'Etablissement. | Oui | Issues d'un travail collectif, les orientations définies dans ce document sont cohérentes avec les valeurs partagées. |
| 1 | 7 | Ils sont pertinents en regard des moyens humains et financiers en place. | Oui | Les objectifs du projet d'établissement ont été définis à l'issue des réflexions menées par les différents groupes de travail. Ils semblent pertinents au regard des missions dévolues à l'EHPAD, des moyens humains, et financiers existants. |

| | | | | |
|---|----|---|---------------|--|
| 1 | 8 | Les objectifs opérationnels prioritaires issus des orientations stratégiques sont définis. | Oui | Le projet d'établissement précise un certain nombre d'objectifs opérationnels. Les échéances de réalisation sont fixées. |
| 1 | 9 | Les modalités de leur mise en œuvre sont précisées. | Oui | Les orientations du projet d'établissement sont déclinées en objectifs, eux-mêmes traduits en actions. Les pilotes sont identifiés. Les actions ainsi définies sont priorisées et planifiées dans le temps |
| 1 | 10 | Les objectifs sont mesurables . | Non | Le plan d'action du projet d'établissement ne précise pas les modalités d'évaluation. |
| 1 | 11 | L'établissement évalue l'atteinte des objectifs et de leurs effets (prévus, non prévus, positifs, négatifs). | Non | |
| 1 | 12 | L'établissement a associé les usagers, leur famille, les professionnels et intervenants (internes et externes) lors de l'élaboration du projet d'établissement (questionnaire, entretien, ?). | Non | Les familles et les résidents n'ont pas été associés aux réflexions menées dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement. |
| 1 | 13 | Le projet fait apparaître clairement le rôle de la direction, des instances délibératives et consultatives, et des responsables dans les orientations stratégiques (projet d'établissement). | Partiellement | |
| 1 | 14 | Les instances et les responsables ont bénéficié d'actions d'information sur la définition des orientations stratégiques. | NA | |

| | |
|------------------------------|--------------|
| Nombre de "Oui" | 8 |
| Nombre de "En grande partie" | 0 |
| Nombre de "Partiellement" | 1 |
| Nombre de "Non" | 4 |
| Nombre de "NA" | 1 |
| Score du thème | 64.23 |
| Cotation du thème | C |

Synthèse du thème :

Le projet d'établissement 2012-2017, a fait l'objet d'une démarche participative. Ce document stratégique s'articule autour de deux axes : les orientations stratégiques, le projet d'accompagnement. C'est une version projet qui a été retravaillée avec les agents. A la finalisation de la signature de la convention tripartite il sera rédigé et validé dans une version définitive.

- Les orientations stratégiques se déclinent en 9 axes :
 - Développer les partenariats avec le CHNDS afin d'améliorer le parcours de soins du résident
 - Harmoniser l'accompagnement entre les 5 services de l'hébergement classique de l'établissement.
 - Impliquer les soignants à la démarche d'animation.
 - Poursuivre la professionnalisation du personnel.
 - Mettre en œuvre le projet architectural.
 - Faire évoluer l'offre d'accompagnement.
 - Développer la démarche d'amélioration continue de la qualité dans la structure.
 - Améliorer la prévention des risques professionnels.
 - Poursuivre la démarche de Bienveillance.
- Le projet d'accompagnement du résident : qui s'articule autour des cinq axes proposés par l'ANESM.

Il intègre les valeurs et les missions de l'établissement et prend en compte les orientations définies par le Conseil Général (schéma gérontologique départemental) :

- Favoriser les bonnes conditions du vivre à domicile
- Anticiper l'accès aux nouvelles technologies pour préserver l'autonomie des personnes âgées
- Mener des actions adaptées à la vie à domicile et en établissement
- Coordonner, communiquer, évaluer.

Par ailleurs son adaptation aux évolutions réglementaires et sociétales est précisée. Les orientations définies par l'établissement sont déclinées en objectifs d'amélioration puis en actions planifiées dans le temps.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés :

- **Personnes rencontrées :**
 - Président du conseil d'administration,
 - Directeur de l'établissement,
 - Membres de l'équipe.
- **Document consulté :**
 - Projet d'établissement 2012/2017.

2. Thème 2 : Suivi de l'Evaluation Interne

| Réf. | | Éléments d'appréciation | Réponses aux EA | Constats |
|------|----|--|------------------|--|
| 2 | 15 | Un référentiel d'EI a été utilisé pour réaliser le diagnostic. Ce référentiel couvre l'ensemble des domaines de l'EI de la recommandation de l'ANESM | Oui | L'autoévaluation réalisée en collaboration avec le cabinet MQS utilise un référentiel développé par cet organisme. Il s'appuie sur les recommandations de l'ANESM et le référentiel QUALICERT. Ce référentiel, permet d'apprécier l'ensemble des prestations proposées aux usagers. |
| 2 | 16 | L' autoévaluation a été effectuée par les professionnels | Oui | L'évaluation interne réalisée a donné lieu à une démarche participative associant les professionnels sur la base du volontariat. La constitution d'un comité de pilotage réunissant des acteurs des différents services a contribué à l'animation de la démarche et de déterminer des axes de travail. |
| 2 | 17 | Les résultats de l'EI sont clairs pour chaque domaine évalué | Oui | Les résultats de l'évaluation interne sont très détaillés. La présentation du rapport permet d'explorer l'ensemble des thématiques aborder lors de cette démarche. La production d'indicateurs (graphiques, tableaux...) en annexe vient enrichir ce document. |
| 2 | 18 | Les objectifs prioritaires sont pertinents en regard des résultats de l'EI | Oui | Au regard de la méthode mise en place pour réaliser l'évaluation interne : constitution d'un COPIL, de groupes de travail pluri-professionnels et des domaines explorés, les objectifs d'amélioration validés et la chronologie proposée semble pertinente. |
| 2 | 19 | Le plan d'amélioration de la qualité est élaboré suite à l'EI | Oui | Les actions prioritaires définies sont déclinées dans le rapport d'évaluation interne (p18-25). La réalisation de chaque action est planifiée dans le temps, des pilotes sont identifiés et les moyens nécessaires ont été définis. Le comité de pilotage assure le suivi de la réalisation du plan d'action. Les axes d'amélioration définis lors de l'évaluation interne ont été intégrés le plan d'amélioration continu de la qualité de l'établissement. |
| 2 | 20 | Des actions d'information ont eu lieu. | Partiellement | Les membres du comité de pilotage ont certes été destinataires d'informations régulières au cours de la démarche, et tenus informés des résultats. Néanmoins les résultats de l'auto évaluation n'ont pas fait l'objet d'une large diffusion au niveau des professionnels de l'institution. |
| 2 | 21 | Les modalités de suivi des actions sont définies | En grande partie | Les axes d'amélioration déclinés sont planifiés, les modalités de suivi ne sont pas précisément définies. Le comité de pilotage est garant de ce suivi. |
| 2 | 22 | Les indicateurs de l'ANESM sont intégrés à la démarche d'évaluation interne. | Non | |
| 2 | 23 | L'implication des acteurs de l'institution dans la démarche est effective | Oui | L'implication des acteurs a été recherchée tout au long de la démarche d'évaluation interne. Cette volonté s'est notamment traduite par la constitution d'un groupe de pilotage pluri-professionnel dont les membres sont issus de tous les secteurs d'activité de l'institution. La constitution de groupe de réflexion thématique a facilité la participation d'un grand nombre d'agents. Par ailleurs des groupes de paroles ont permis d'associer et de recueillir l'avis des résidents. Les familles n'ont pas, quant à elles, été associées à cette démarche. |
| 2 | 24 | Le plan d'amélioration est mis en œuvre. Il est suivi et les actions sont évaluées (mise en œuvre, suivi des échéances, bilan ?) | Oui | Le plan d'amélioration a été mis en œuvre. Des actions d'amélioration ont d'ores et déjà été réalisées améliorant ainsi la qualité des prestations et de l'accompagnement au sein de la structure évaluée. |

| | |
|------------------------------|-----------|
| Nombre de "Oui" | 7 |
| Nombre de "En grande partie" | 1 |
| Nombre de "Partiellement" | 1 |
| Nombre de "Non" | 1 |
| Nombre de "NA" | 0 |
| Score du thème | 80 |
| Cotation du thème | B |

Synthèse du thème :

L'évaluation interne réalisée en collaboration avec le cabinet MQS, a permis de réunir l'ensemble des acteurs de l'institution. L'animation de cette démarche a été confiée à un comité de pilotage, par ailleurs les professionnels ont été associés à ces réflexions en participant notamment à des groupes de réflexions thématiques :

- Bienveillance ; droits et libertés de la personne
- Accueil
- Projet personnalisé
- Accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées
- Fin de vie

L'ensemble des constats et réflexion a donné lieu à la définition d'un plan d'actions. Celles ci sont pilotées par un acteur identifié, ces actions font l'objet d'une planification et sont priorisées.

Même si cette démarche s'est voulue participative, les résultats n'ont pas faits l'objet d'une large communication auprès des professionnels et des usagers.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés :

- **Personnes rencontrées :**
 - Directeur de l'établissement,
 - Membres de l'équipe (AS, ASH, IDE, IDER, cadre de santé, personnel administratif et technique).
- **Document consulté :**
 - Rapport d'évaluation interne.

3. Thème 3 : Ressources Humaines

| Réf. | | Éléments d'appréciation | Réponses aux EA | Constats |
|------|----|--|------------------|--|
| 3 | 25 | Le projet de l'établissement tient compte de l'évolution de la population accompagnée dans ses besoins d'adaptation à l'emploi | Oui | Une réelle politique de gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences est mise en place dans l'établissement. Celle ci se décline notamment par : - Un plan de formation axé sur la pratique en EHPAD et les besoins des personnes accompagnées - La formation via les études promotionnelles d'aides soignants - Un recrutement qui prend en compte les spécificités de la population accueillie et qui privilégie le recrutement de personnels formés : AS AMP |
| 3 | 26 | Le projet social repose sur une réflexion collective (groupe de parole, groupe de travail ?) | Non | Actuellement l'établissement ne s'est pas doté d'un projet social. Une réflexion collective pourra être menée dans le cadre du futur projet d'établissement en cours de rédaction, |
| 3 | 27 | L'établissement dispose d'un bilan social intégrant des indicateurs sociaux | Partiellement | L'établissement dispos d'un bilan social rédigé par le service de la médecine du travail. Ce document intègre quelques indicateurs sociaux. |
| 3 | 28 | Il existe des documents précisant les « caractéristiques » de la population accueillie servant à structurer le recrutement. | Oui | La direction de l'établissement dispose d'indicateurs qui lui donne une vision exhaustive des caractéristiques de la population accueillie. Ces données contribuent à structurer son recrutement. |
| 3 | 29 | L'établissement dispose d'outils de repérage et d'analyse des besoins, des ressources, des potentialités des populations accompagnées, ainsi que de leurs vulnérabilités et des risques liés à des pratiques inadaptées, voire nocives (le degré d'autonomie, les déficits, les manifestations comportementales, les modes de communication ...), utilisés dans le cadre de la gestion des métiers et compétences. | Oui | Le recrutement est structuré en fonction des besoins, il permet de dispenser un accompagnement adapté aux besoins fondamentaux des personnes accompagnées. Le ratio d'encadrement est conforme aux taux d'encadrement généralement constatés. Des formations adaptées à la pratique en EHPAD et à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes sont proposées. |
| 3 | 30 | L'Établissement dispose d'indicateurs de travail. Ces indicateurs servent à la mise en place d'actions spécifiques en terme de Gestion de Ressources Humaines | Oui | L'établissement réalise annuellement un bilan social. Celui-ci intègre un certain nombre d'indicateurs (absentéisme, congé maladie, accident de travail). Ce document est présenté aux instances (CTE CHSCT) et peut donner lieu à la mise en place d'actions spécifiques. Par ailleurs, un entretien annuel d'évaluation, et un entretien annuel de formation sont proposés aux agents. |
| 3 | 31 | L'établissement a organisé une veille sur l'évolution des connaissances relatives aux populations accueillies (abonnement presse professionnel, participation colloque, accès aux recommandations ?) | Oui | L'établissement met à la disposition des personnels un certain nombre de revues professionnelles facilitant ainsi l'accès aux informations professionnelles. Par ailleurs, une veille documentaire est mise en place. Les synthèses des recommandations de l'ANESM font l'objet d'une diffusion progressive dans l'établissement. Les professionnels sont invités à attester de leur lecture (document interne) |
| 3 | 32 | Les fiches de poste sont rédigées, actualisées et intègrent les compétences requises | En grande partie | Certaines fiches de poste existent, mais cela ne concerne pas tous les métiers et toutes les fonctions. Par ailleurs, pour la plupart il s'agit de documents qui nécessitent d'être revus dans leur forme et réactualisés. |
| 3 | 33 | L'établissement dispose et utilise des grilles d'évaluation des compétences en regard de la population accueillie | En grande partie | Les entretiens annuels visent entre autre à faire un bilan avec les professionnels au regard des compétences attendues. Des grilles d'entretien sont prévues à cet effet. |
| 3 | 34 | Il existe un dispositif d'accueil formalisé et mis en œuvre du nouveau professionnel | En grande partie | Même s'il ne fait pas l'objet d'une procédure écrite et intégrée à la gestion documentaire de l'établissement, l'accueil d'un nouveau professionnel est organisé. Un entretien individuel d'accueil, et une visite de l'établissement et une présentation du service sont organisés pour les stagiaires. Un livret d'accueil à destination des nouveaux professionnels et des stagiaires est en cours de finalisation. |

| | | | | |
|---|----|---|---------------|---|
| 3 | 35 | A la fin de la période d'intégration d'un nouveau professionnel, l'encadrement organise un entretien / bilan. | Oui | Outre l'organisation d'un entretien d'accueil et d'une visite de l'établissement lors de l'intégration d'un nouveau professionnel, l'encadrement accompagne les nouveaux professionnels au cours de cette période, celui ci se traduit notamment par la mise en place d'entretien. |
| 3 | 36 | Il existe des temps d'échanges identifiés entre professionnels pour parler de la pratique professionnelle (groupe de travail ?) | Partiellement | Des temps d'analyses professionnelles ont été mis en place. Le manque d'investissement n'a pas permis de maintenir le dispositif proposé. Consciente de la nécessité de proposer des espaces de parole, la direction de l'établissement envisage de proposer aux agent des espaces d'écoute, d'échanges et d'analyse afin de développer la cohésion d'équipe contribuant à prévenir l'usure professionnelle. Par ailleurs, des réunions de services régulières et l'accompagnement proposé par la psychologue dans le cadre de la mise en œuvre des projets d'accompagnement personnalisé facilitent les échanges entre les professionnels. |
| 3 | 37 | La construction du plan de formation tient compte des entretiens annuels de formation | Oui | Lors des entretiens annuels de formation les professionnels peuvent exprimer leurs souhaits de formation. Le recensement des demandes effectué par la direction contribue à construire le plan de formation. |
| 3 | 38 | L'épuisement professionnel est évalué. Il est pris en compte dans la gestion des ressources humaines et le plan de formation. | Oui | L'apparition des signes de "burn-out" font l'objet d'une vigilance de la part de l'équipe d'encadrement. Un accompagnement personnalisé peut être proposé aux professionnels. Celui-ci consiste notamment à proposer des entretiens avec la psychologue. En fonction des souhaits de l'agent concerné, un changement de service peut être envisagé. |

| | |
|------------------------------|--------------|
| Nombre de "Oui" | 8 |
| Nombre de "En grande partie" | 3 |
| Nombre de "Partiellement" | 2 |
| Nombre de "Non" | 1 |
| Nombre de "NA" | 0 |
| Score du thème | 76.07 |
| Cotation du thème | B |

Synthèse du thème :

L'EHPAD a su développer une réelle politique de gestion des ressources humaines. Celle-ci se concrétise notamment par :

- L'organisation d'un accueil et d'un accompagnement personnalisé pour chaque nouveau professionnel,
- La mise en place d'entretiens annuels d'évaluation et de formation.
- Le financement d'études promotionnelles.

Le plan de formation, est construit notamment à partir des souhaits exprimés par les professionnels lors des entretiens annuels et des besoins identifiés par l'encadrement.

L'apparition des signes d'épuisement professionnels font l'objet d'une attention particulière de la part de l'encadrement, Le climat social ressenti lors de cette évaluation semble propice à l'accompagnement des résidents.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés :

- **Personnes rencontrées :**
 - Directeur de l'établissement,
 - Cadre de santé, IDEC,
 - Personnels administratifs,
 - Equipe pluri-professionnelle (AS, ASH, personnels techniques).
- **Documents consultés :**

- Projet d'établissement,
- Rapport d'évaluation interne,
- Plan de formation.

4. Thème 4 : Ouverture de l'Etablissement

| Réf. | | Éléments d'appréciation | Réponses aux EA | Constats |
|------|----|---|------------------|--|
| 4 | 39 | La politique d'établissement favorise l'ouverture sur l'extérieur. | En grande partie | De nombreuses conventions et partenariats ont été mis en place par la direction de l'établissement. Cette démarche volontariste facilite l'ouverture sur l'extérieur de l'EH PAD. |
| 4 | 40 | Le dispositif architectural de l'Etablissement facilite les rencontres | Oui | La distribution des locaux met à la disposition des usagers de nombreux espaces facilitant les rencontres. |
| 4 | 41 | Des dispositifs de communication (accès internet, boîte aux lettres ?) existent | En grande partie | Les résidents ont à leur disposition une boîte aux lettres, une levée quotidienne est assurée. La distribution des journaux et du courrier est organisée. Les journaux et le courrier sont distribués chaque matin du lundi au vendredi. L'établissement ne propose pas d'accès internet aux résidents. |
| 4 | 42 | Il existe des échanges entre établissements | Oui | L'EH PAD Le Lac fait partie du GCSMS "GIR7". La collaboration initiée dans ce groupement facilite certaines mutualisations notamment en terme de : - Ressources humaines : diététicienne partagée, projet du recrutement d'un qualicien, - Formation : plan de formation commun - Activités : organisation de spectacles, de sorties thématiques (bowling). rencontres inter établissement. |
| 4 | 43 | La vie culturelle est présente dans l'établissement (manifestation, exposition, ?) | Oui | La vie culturelle est présente dans l'établissement : Exposition de photographies au mois d'octobre, manifestations telles que fête de la musique, théâtre, contes .../... |
| 4 | 44 | L'établissement facilite les échanges et/ou la visite de l'entourage en garantissant une certaine intimité (chambre spacieuse, espace dédié aux rencontres avec l'entourage, ?) | En grande partie | L'établissement incite l'entourage des résidents à participer à la vie de l'institution. Les visites sont favorisées. De plus, les résidents ont la possibilité de recevoir leurs proches pour déjeuner, un espace est prévu à cet effet. Dans leur ensemble les chambres sont spacieuses, et de nombreux espaces contribuent à garantir l'intimité des rencontres. Néanmoins l'intimité est plus difficile à garantir pour ce qui concerne les résidents hébergés en chambres doubles. |
| 4 | 45 | Il existe des chartes, des contrats, des conventions contractualisées et actualisées | Oui | La direction de l'établissement affiche sa volonté de développer les partenariats, à cette fin des conventions ont été contractualisées avec l'équipe mobile de soins palliatifs, l'hospitalisation à domicile. |
| 4 | 46 | L'établissement met en œuvre des dispositifs permettant d'encourager les adultes accueillis à connaître et exercer leurs droits de citoyen | Oui | L'expression des résidents est favorisée : - Le conseil de la vie sociale est mis en place et se réunit régulièrement comme le prévoit le CASF - Lors des consultations électorales, un dispositif garantissant l'expression du plus grand nombre est mis en place : accompagnement, procuration, sollicitation des proches. |
| 4 | 47 | L'architecture favorise l'autonomie et la sécurité des résidents et la liberté de circuler. | Oui | L'environnement architectural favorise l'autonomie, la sécurité et la liberté de circuler des résidents. |
| 4 | 48 | L'établissement initie des démarches facilitant le « vivre ensemble » (opération "portes ouvertes", fête de la musique, fête des voisins ?) | En grande partie | Une réflexion est actuellement menée dans l'établissement, celle ci vise à organiser une "porte ouverte". Cette manifestation viendra renforcer l'ouverture sur l'extérieur, elle pourra constituer un levier pour solliciter le recrutement de nouveaux bénévoles. |
| 4 | 49 | Le CVS assure sa mission concernant le thème | Non | Le conseil de la vie sociale a été récemment installé dans l'établissement. L'ouverture de l'établissement n'a pas, à ce jour, fait l'objet de réflexions particulières. |
| 4 | 50 | Des enquêtes auprès des partenaires sont réalisées | Non | L'établissement évalué n'a pas réalisé d'enquêtes à destination de ses partenaires. |
| 4 | 51 | Des enquêtes auprès des usagers sont réalisées | Oui | Une enquête de satisfaction à destination des résidents a été réalisée en 2014. La démarche a fait l'objet d'une présentation au CVS. Les résultats ont été communiqués et feront l'objet d'un affichage dans l'établissement garantissant ainsi sa prise de connaissance. Le pique nique des familles a constitué une opportunité pour informer les familles des résultats de cette démarche. |

| | | | | |
|---|----|--|-----|--|
| 4 | 52 | Les résultats de ces évaluations sont utilisés | Oui | L'analyse du questionnaire de satisfaction contribue à déterminer des axes d'amélioration qui sont intégrés au plan d'amélioration continue de la qualité de l'établissement |
|---|----|--|-----|--|

| | |
|------------------------------|--------------|
| Nombre de "Oui" | 8 |
| Nombre de "En grande partie" | 4 |
| Nombre de "Partiellement" | 0 |
| Nombre de "Non" | 2 |
| Nombre de "NA" | 0 |
| Score du thème | 75.71 |
| Cotation du thème | B |

Synthèse du thème :

L'organisation architecturale de l'EHPAD facilite les rencontres, la décoration des locaux est agréable et chaleureuse. L'environnement proposé est propice au maintien de l'autonomie et à la liberté de circuler des résidents.

L'expression de la citoyenneté est favorisée.

La politique mise en place par la Direction de l'EHPAD favorise son ouverture sur et à son environnement. Cela se concrétise notamment par la volonté d'ouverture et d'associer les familles à la vie de l'établissement.

Par ailleurs, l'appartenance au GIR 7 favorise la mutualisation de certains professionnels et contribue à proposer de nombreuses actions : repas des familles, bowling, chorale, qui renforcent cette volonté d'ouverture.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés :

- **Personnes rencontrées :**
 - Directeur de l'établissement.
 - Cadre de santé, IDER,
 - Personnels administratifs,
 - Equipe pluri-professionnelle (AS, ASH, personnels techniques).
- **Documents consultés :**
 - Projet d'établissement,
 - Rapport d'évaluation interne,
 - Plan de formation.

B. Droits des Usagers et Politique de Bienveillance

1. Thème 5 : Droits des Usagers

| Réf. | | Éléments d'appréciation | Réponses aux EA | Constats |
|------|----|--|------------------|--|
| 5 | 53 | L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accompagnée. | Oui | <p>La charte de la personne âgée dépendante est affichée dans l'établissement, de plus celle-ci est remise à tout nouveau résident lors de son accueil dans la structure. Par ailleurs, l'établissement affiche son adhésion aux valeurs promues par cette charte. La liberté d'aller et venir, l'expression de la citoyenneté sont garanties.</p> <p>Le respect et l'exercice des droits et libertés individuels font partie des valeurs partagées au sein de l'établissement. La charte de la personne âgée dépendante est communiquée à chaque résident, celle-ci fait l'objet d'un affichage dans l'établissement.</p> |
| 5 | 54 | Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa vie affective, de sa liberté de culte, de ses convictions religieuses et de sa sécurité sont assurés. | Oui | <p>Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, de la vie affective, de la liberté de culte, des convictions religieuses et de la sécurité des résidents sont assurés.</p> <p>En témoigne la mise en place d'une charte interne : "La Charte Bienveillance Résidence Le Lac" qui aborde les points suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le respect, - La dignité, - La douleur, - Accompagnement en fin de vie, - L'intimité, - Le droit à l'autonomie, - La Vie sociale, - Le droit à l'information, - Le secret professionnel, - La Bienveillance, <p>Ce document est porté à la connaissance de l'ensemble des professionnels de l'établissement. L'adhésion aux valeurs promues dans ce document se traduit par la signature de ce document par chaque agent.</p> |
| 5 | 55 | Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes, lui est assuré. | Oui | <p>Le résident a le libre choix des prestations qui lui sont proposées, cela se traduit entre autre par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la possibilité de choisir au quotidien entre deux menus. - la prise en compte systématique des souhaits du résident en ce qui concerne ses soins. <p>La mise en oeuvre des projets d'accompagnement personnalisé, déployés à hauteur de 20 % dans l'établissement, l'identification de référents pour chaque résident, constituent des éléments propices à l'exercice de ce libre choix.</p> |
| 5 | 56 | Un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins est assurée. | En grande partie | <p>Le personnel est bienveillant, celui-ci répond de façon adaptée aux besoins des résidents tant en terme d'autonomie que d'insertion. La réponse aux besoins est anticipée lors du pré-accueil par un recueil de données relatif aux habitudes de vie. La formation aux techniques de validation (N. Feil) contribue avec le déploiement des projets d'accompagnement personnalisé à l'individualisation de l'accompagnement et à la qualité des réponses apportées.</p> |
| 5 | 57 | La confidentialité des informations concernant l'usager est respectée. | En grande partie | <p>Les professionnels de l'institution sont sensibilisés au respect de la confidentialité. Néanmoins les professionnels ont pu exprimer certaines difficultés liées à l'usage du téléphone.</p> <p>Un logiciel de soins informatisé permet de centraliser l'ensemble des informations relatives au résident. L'accès à ces informations est hiérarchisé, et sécurisé via un identifiant et un mot de passe par agent et par métier.</p> |
| 5 | 58 | Pour les personnes aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision, le consentement éclairé est systématiquement recherché (à défaut, le consentement de son représentant légal ou d'un proche doit être recherché). | Oui | <p>Le consentement éclairé du résident pour tous les actes le concernant est systématiquement recherché. Le refus de celui-ci est respecté (négociation possible exemple rythme de toilette/fractionnement).</p> |

| | | | | |
|---|----|--|------------------|---|
| 5 | 59 | L'accès à toute information ou document relatif à son accompagnement, sauf dispositions législatives contraires, est organisé | En grande partie | Le règlement de fonctionnement remis au moment de l'entrée, évoque le droit d'accès pour le résident aux informations le concernant en référence à la loi du 4 mars 2002. Les modalités d'expression de la demande, et d'accès ne sont pas précisées. Par ailleurs l'organisation de ce droit ne fait l'objet d'une procédure validée dans l'établissement. |
| 5 | 60 | Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition est réalisée. | Oui | L'information est donnée lors d'un rendez-vous avec la cadre administrative qui fait signer les documents d'entrée. |
| 5 | 61 | La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal ou d'un proche à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne est effective. | Oui | La conception et la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé est conforme aux recommandations de l'ANESM. Dès la phase du pré-accueil, le résident ou son représentant, participe au recueil des habitudes de vie et peut exprimer ses souhaits pour ce qui concerne l'organisation de son accompagnement. Le résident ou son représentant, est systématiquement invité à participer à la phase de rédaction de son projet. Si celui ci ne souhaite pas y participer, son projet lui est présenté par la psychologue. Lors de cette présentation, le résident a toute la latitude pour l'amender. |
| 5 | 62 | Lors de son accueil, un livret d'accueil est remis à la personne ou à son représentant légal (ou à un proche) auquel sont annexés la charte des droits et libertés et le règlement de fonctionnement | Oui | Un livret d'accueil, le règlement intérieur de l'établissement et un contrat de séjour sont remis à chaque résident au moment de la phase de pré-accueil ou lors de l'accueil ; il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. |
| 5 | 63 | Un contrat de séjour est conclu, et un document individuel de prise en charge et d'accompagnement est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal ou d'un proche. | Partiellement | Le contenu du contrat de séjour reprend en grande partie les obligations définies par le décret 2004-1274 du 26 novembre 2004. Ce document est remis dès l'accueil d'un nouveau résident, il est signé dans le mois qui suit son intégration. Reste à y prévoir modalités d'élaboration du document individuel de prise en charge. Sa réactualisation récente (octobre 2014), nécessite la signature des résidents ayant contractualisé sur les bases de l'ancienne version. |
| 5 | 64 | Le contrat détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût. | Oui | La nature des prestations offertes et leur coût sont annexés (annexe 1) au contrat de séjour. Les conditions de recours à des prestataires extérieurs (coiffure, esthétique...) sont précisés : libre choix, modalités de règlement. |
| 5 | 65 | Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. | En grande partie | Même si le contrat de séjour décrit précisément la nature de l'accompagnement proposé par l'établissement. Un rappel précisant les valeurs promues dans l'établissement et son adhésion aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles. |
| 5 | 66 | L'organisation prend en compte les rythmes spécifiques des personnes accompagnées (endormissement, réveil, repas ?) | Partiellement | Le respect des rythmes spécifiques des résidents est variable. Celui ci dépend de l'unité dans laquelle la personne est hébergée. Ainsi dans l'unité "au fil du temps" qui accueille des personnes déambulantes ces rythmes sont respectés. L'organisation du travail mise en place dans les autres unités de l'établissement n'en facilite pas le respect. Par ailleurs le jeun nocturne est supérieur à 12 heures. |
| 5 | 67 | Les conditions d'entretien et d'examen respectent la confidentialité (accueil approprié, etc.). | En grande partie | Les conditions d'organisation des entretiens et des examens respectent en grande partie la confidentialité. Néanmoins les conditions d'hébergement en chambre double limite ce respect |

| | | | | |
|---|----|---|-----|---|
| 5 | 68 | Les pratiques des professionnels respectent le secret professionnel et la confidentialité concernant les informations personnelles, médicales et sociales des usagers (transmissions orales d'informations uniquement dans des lieux appropriés, etc.). | Oui | Les professionnels de l'EHPAD Le Lac sont régulièrement sensibilisés aux notions de secret et de respect de la confidentialité. Les transmissions sont organisées dans des locaux qui garantissent la confidentialité des échanges. Par ailleurs les affichettes positionnées sur les portes des chambres informent les professionnels et/ou les visiteurs de la présence d'un soignant et de la réalisation de soins. |
| 5 | 69 | Les professionnels sont sensibilisés sur le thème de la confidentialité, du secret professionnel et la discrétion. La confidentialité, le secret professionnel et la discrétion sont intégrés dans les pratiques. De plus, le personnel ne porte de jugement de valeurs sur des relations nouées entre résidents. | Oui | Les thèmes de la confidentialité, du secret professionnel et la discrétion sont régulièrement abordés lors des différentes réunions organisées dans l'institution. La confidentialité, le secret professionnel et la discrétion sont intégrés dans les pratiques professionnelles. Les rapprochements entre résidents et leur vie intime est respectée. |
| 5 | 70 | Une formation ou des actions de sensibilisation concernant l'écoute et le respect des droits des usagers sont organisées | Oui | Le plan de formation propose des formations à la bientraitance, aux techniques de validation de Naomi FEIL. |
| 5 | 71 | Les pratiques professionnelles respectent la dignité et l'intimité des usagers (familiarité des professionnels, etc.). | Oui | L'intimité et la dignité des usagers sont assurée. Le tutoiement est prohibé. Une réflexion sur la pertinence de l'utilisation du prénom est abordé pour les personnes souffrant de troubles cognitifs, reste à le consigner par écrit dans son projet d'accompagnement personnalisé. |
| 5 | 72 | Les pratiques professionnelles respectent le consentement des usagers (soins sans précaution, etc.). | Oui | Lors des soins, le consentement des usagers est systématiquement recherché. Le refus de celui ci est respecté (négociation possible exemple rythme de toilette/fractionnement). |
| 5 | 73 | Les droits d'aller et venir sont respectés. | Oui | La liberté d'aller et venir est respectée et se décline dans les pratiques de professionnels |
| 5 | 74 | Les Pratiques professionnelles respectent les croyances, les convictions religieuses et les différences culturelles dans les limites du possible | Oui | Les croyances religieuses et les particularités culturelles sont respectées. Celles ci sont prise en compte dans le projet d'accompagnement personnalisé du résident. |
| 5 | 75 | Les locaux sont organisés de façon à garantir le respect de la confidentialité des informations | Oui | L'organisation architecturale de l'EHPAD permet de garantir l'intimité des résidents et des usagers et la confidentialité des informations. |

| | |
|------------------------------|--------------|
| Nombre de "Oui" | 16 |
| Nombre de "En grande partie" | 5 |
| Nombre de "Partiellement" | 2 |
| Nombre de "Non" | 0 |
| Nombre de "NA" | 0 |
| Score du thème | 86.74 |
| Cotation du thème | B |

Synthèse du thème :

Le respect des droits des usagers est une vigilance de tous les instants par l'ensemble des professionnels. L'ensemble du dispositif exigé par la loi 2002-2 a été mis en place tant dans la forme que sur le fond. Le consentement éclairé systématiquement recherché en tenant compte des capacités cognitives de la personne.

Le déploiement des projets d'accompagnement personnalisés, les formations mises en place (validation N Feil, formation bientraitance) contribuent à l'individualisation de l'accompagnement et à la qualité des réponses apportées.

L'expression de la vie affective des résidents est favorisée, la bientraitance est promue dans l'établissement, ainsi, "La Charte Bientraitance Résidence Le Lac" expose les valeurs promues et

développées à l'EHPAD Le Lac.

Au quotidien les goûts et aversions alimentaires sont respectées, le choix entre deux menus à chaque repas constitue point fort.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés :

- **Personnes rencontrées :**
 - Directeur de l'établissement,
 - Cadre de santé, IDER,
 - Personnels administratifs,
 - Equipe pluri-professionnelle (AS, ASH).
- **Documents consultés :**
 - Projet d'établissement,
 - Rapport d'évaluation interne,
 - Tableau d'affichage,
 - Contrat de séjour,
 - Règlement de fonctionnement,
 - Plan de formation.

2. Thème 6 : Expression des usagers

| Réf. | | Éléments d'appréciation | Réponses aux EA | Constats |
|------|----|--|------------------|---|
| 6 | 76 | Les modalités d'élaboration du projet personnalisé existent, elles prennent en compte l'expression de l'utilisateur. | En grande partie | <p>Le déploiement des projets personnalisés est effective, celui-ci est accompagné par la psychologue de l'établissement.</p> <p>Le démarche retenue vise à favoriser la participation du résident et/ou de son représentant à toutes les étapes de la construction du projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lors du pré-accueil, le recueil des habitudes de vie est effectué en association avec la personne. - L'accueil et semaines qui suivent permettent d'affiner ce recueil, via notamment des temps d'entretien avec la psychologue. - Le résident ou son représentant est invité à participer à la rédaction du projet le concernant. Il s'agit d'un temps de réflexion auquel sont associés les personnels. Si la personne refuse d'y participer, la psychologue la rencontre et lui soumet le contenu du projet. <p>Le refus de la personne à participer à la rédaction de son projet dans le dossier du résident reste à tracer. Par ailleurs, les modalités d'élaboration doivent faire l'objet de la rédaction d'une procédure qui pourra être intégré à la base documentaire de l'établissement.</p> |
| 6 | 77 | L'utilisateur participe à l'élaboration de son projet personnalisé de manière effective, ou, en cas d'incapacité, son représentant légal ou un proche. | Oui | Le résident, ou si cela ne lui est plus possible, son représentant légal ou un proche, est systématiquement associé à toutes les étapes qui conduisent à l'élaboration de son projet de vie. |
| 6 | 78 | Il existe un recueil des besoins de l'utilisateur dans le cadre de l'élaboration du projet personnalisé | Oui | Le recueil des habitudes de vie du résident permet de recenser les besoins du résident. Ce document est renseigné dès la visite de pré-accueil lorsque celle ci est possible, |
| 6 | 79 | Le projet personnalisé tient compte des besoins exprimés et implicites, et des droits des usagers | Oui | Le projet d'accompagnement prend en compte les besoins exprimés et implicites du résident. Les droits des usagers sont pris en compte et respectés. La démarche mise en œuvre propose une réelle co-construction de ce projet en y associant les résidents et/ou leur famille. |
| 6 | 80 | Un dispositif d'écoute des usagers est clairement défini | En grande partie | <p>Dans la continuité de l'accueil, la psychologue rencontre à plusieurs reprises le nouveau résident. Ces temps d'écoute contribuent à accompagner le résident dans son intégration à la structure.</p> <p>Le conseil de la vie sociale, l'existence d'une boîte à idée constitue des outils qui participent à l'écoute des usagers.</p> <p>La posture managériale de la direction est propice au développement d'une réelle culture médico-sociale plaçant le résident au centre. Cette posture est ressentie comme empathique et à l'écoute des usagers.</p> |
| 6 | 81 | L'établissement facilite l'accès à la connaissance des droits de l'utilisateur (affichage ?) et notamment à toutes démarches ou dispositifs concernant son expression. | Oui | <p>Outre les informations relatives au fonctionnement et à la vie de la structure, les usagers ont à leur disposition sur les différents panneaux d'affichage de l'établissement des informations relatives à leurs droits : règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne âgée, compte rendu du conseil de la vie sociale...</p> <p>Bien du conséquent cet affichage pourrait être complété par des informations sur le recours possible aux services d'ALMA.</p> <p>L'affichage du numéro d'ALMA est présent à l'entrée de l'établissement.</p> |
| 6 | 82 | Les dispositifs pour valoriser et faciliter l'expression des usagers sont mis en œuvre par l'établissement (conseil de la vie sociale ?) | Oui | <p>Sous l'impulsion du Directeur, le conseil de la vie sociale a été récemment constitué. Il réunit des résidents, des familles, et des professionnels de l'institution.</p> <p>Les comptes rendu font l'objet d'une diffusion sur l'ensemble de la structure (tableaux d'affichage).</p> |

| | |
|------------------------------|-----------|
| Nombre de "Oui" | 5 |
| Nombre de "En grande partie" | 2 |
| Nombre de "Partiellement" | 0 |
| Nombre de "Non" | 0 |
| Nombre de "NA" | 0 |
| Score du thème | 90 |
| Cotation du thème | A |

Synthèse du thème :

La méthodologie et la philosophie du projet d'accompagnement personnalisé est intégrée aux pratiques professionnelles. Les projets d'accompagnement font l'objet d'une réelle co-construction, associant soit le résident ou son représentant (aidant naturel, représentant légal).

Le conseil de la vie sociale, et la boîte à idée mise à disposition des résidents et de leur famille favorisent l'expression des usagers.

Par ailleurs, de nombreux tableaux d'affichage garantissent aux usagers l'accès aux informations relatives à leurs droits : charte des droits et libertés de la personne âgée, et à la vie de l'établissement : comptes rendus du conseil de la vie sociale.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés :

- **Personnes rencontrées** :
 - Psychologue,
 - Cadre de santé, IDER,
 - Equipe pluri-professionnelle (infirmières, AS, ASH).
- **Documents consultés** :
 - Projets d'accompagnement personnalisé,
 - Tableaux d'affichage.

3. Thème 7 : Bientraitance

| Réf. | | Éléments d'appréciation | Réponses aux EA | Constats |
|------|----|--|------------------|---|
| 7 | 83 | Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance, et à la promotion de la bientraitance. | En grande partie | <p>La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance constituent une priorité pour l'équipe d'encadrement de l'EHPAD du lac, ainsi l'établissement dispose d'une charte bientraitance qui lui est propre. Ce document est transmis à tous les professionnels, sa lecture et l'adhésion du professionnels est tracée par sa signature.</p> <p>Deux référents bientraitance sont identifiés et ont pu bénéficier d'une formation spécifique. Les outils Mobiqua sont à la disposition des professionnels.</p> <p>De plus, le plan de formation propose aux professionnels de l'établissement, des formations thématiques : bientraitance, techniques de validation Naomi FEIL, formation ASG. Par ailleurs, en collaboration avec les autres établissements du GIR 7, la structure s'est engagée dans une réflexion collective permettant aux référents bientraitance des différents établissements de réfléchir sur la mise en oeuvre d'actions concertées en lien avec ce thème.</p> |
| 7 | 84 | Le dispositif de signalement interne et externe est formalisé, diffusé et validé par le Directeur. | Partiellement | Même si les professionnels rencontrés ont été en mesure de décrire les modalités de signalement interne et externe, ils ne disposent pas d'une procédure institutionnelle validée qui précise les modalités de signalement et la protection fonctionnelle des professionnels. |
| 7 | 85 | Il existe d'une procédure d'accueil des nouveaux salariés qui intègre la question de la prévention de la maltraitance | En grande partie | <p>Bien que l'accueil des nouveaux professionnels ne fasse pas l'objet d'une procédure, celui-ci est organisé systématiquement. Un entretien d'accueil permet d'aborder les règles relatives au secret professionnels de plus, les notions de bientraitance et de respect sont évoquées.</p> <p>Cet entretien est complété d'une visite de l'établissement. Par ailleurs, tout nouvel agent travaille en double pendant deux jours ce qui lui permet de se familiariser avec le fonctionnement et l'organisation des soins et de l'accompagnement.</p> <p>A distance de cette intégration, un bilan est proposé.</p> |
| 7 | 86 | Les conduites à tenir en matière de signalement de maltraitance sont connues des acteurs. | En grande partie | <p>Tous les personnels interviewés, connaissent en grande partie les règles relatives au signalement, et ont pu décrire la conduite à tenir face à des faits de maltraitance.</p> <p>La saisine directe du Procureur de la République n'est pas connue.</p> <p>A ce jour, l'établissement ne dispose pas d'une procédure, validée par sa direction, précisant les modalités de signalement et la conduite à tenir.</p> |
| 7 | 87 | Les nouveaux salariés et les stagiaires sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance | Oui | Tout nouveau professionnel qui intègre l'établissement est accompagné, un rappel sur les règles professionnelles et la présentation de la charte de bientraitance interne à l'établissement sont effectués systématiquement. |
| 7 | 88 | La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance sont inscrites comme un axe fort de la politique de formation | Oui | <p>La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance constituent un axe majeur de la politique de formation déployée au sein de l'établissement. Le plan de formation propose des formations à la bientraitance et aux méthodes de validation de Naomi FEIL.</p> <p>La participation des professionnels est recherchée pour mener à bien les actions d'amélioration.</p> |
| 7 | 89 | L'établissement dispose d'outils visant à prévenir la maltraitance (powerpoint, affiches, livret, guide ?) | En grande partie | <p>L'établissement dispose de l'outil Mobiqua pour sensibiliser et prévenir la maltraitance.</p> <p>Même si les coordonnées d'ALMA sont présentes dans la structure, ces coordonnées doivent faire l'objet d'une diffusion plus large. Bien qu'identifié par l'encadrement de l'établissement comme pouvant prévenir la maltraitance, les personnels ne bénéficient pas de temps d'analyse des pratiques professionnelles.</p> |

| | | | | |
|---|----|--|---------------|--|
| 7 | 90 | Le ou les outils présent(s) intègre(nt) les 4 repères de la recommandation : - l'usager co-auteur de son parcours ; - la qualité du lien entre professionnels et usagers ; - l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes ; - le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance. | Oui | |
| 7 | 91 | L'encadrement est informé de son rôle dans la prévention de la maltraitance (formation, information à l'accueil ?) | Oui | L'encadrement est pleinement conscient de son rôle dans la prévention de la maltraitance. Son implication dans l'accompagnement quotidien des professionnelles, son implication dans le déploiement des projets d'accompagnement personnalisé et la diffusion d'une culture de la bientraitance, respectueuse de la personne et de ses rythmes en témoigne. |
| 7 | 92 | L'établissement a conduit une réflexion sur les risques de maltraitance | Oui | Une réflexion institutionnelle est conduite autour des thématiques bientraitance/maltraitance. Celle-ci se traduit tout particulièrement par : - la rédaction d'une charte interne relative à l'expression de la bientraitance dans l'établissement. Ce document est présenté à chaque professionnel de la structure, sa signature concrétise l'adhésion de la personne aux valeurs promues. - La présence de deux référents bientraitance dans l'établissement - La rédaction d'une procédure relative au signalement des faits de maltraitance, en cours de finalisation au niveau du GIR7. |
| 7 | 93 | L'établissement dispose d'indicateurs sentinelles (turn over, absentéisme, conflit ?) | Partiellement | Le bilan social rédigé par le médecin du travail produit un certain nombre de données qui ne sont pas exploitées. Hormis un suivi précis de l'absentéisme, l'établissement ne dispose pas d'indicateurs sentinelles. |
| 7 | 94 | L'usager est informé des recours dont il dispose en cas de maltraitance | Oui | Au travers de l'affichage disponible, les résidents ont à leur disposition les informations et les coordonnées d'ALMA. |

| | |
|------------------------------|-------------|
| Nombre de "Oui" | 6 |
| Nombre de "En grande partie" | 4 |
| Nombre de "Partiellement" | 2 |
| Nombre de "Non" | 0 |
| Nombre de "NA" | 0 |
| Score du thème | 77.5 |
| Cotation du thème | B |

Synthèse du thème :

La culture " bientraitance " est un point fort de l'établissement grâce à l'identification d'un groupe de référents bientraitance. Une charte existe et a été signée par l'ensemble des salariés.

L'établissement répond lors de l'évaluation externe aux exigences de l'ANESM.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés :

- **Personnes rencontrées** :
 - Directeur,
 - Cadres de Santé,
 - Membres du groupe bientraitance,
 - Résidents,
 - Membres du CVS.
- **Documents consultés** :
 - Charte bientraitance,
 - Affiche ALMA.

C. Prise en charge de l'Usager

1. Thème 8 : Attentes de la personne et projet personnalisé

| Réf. | | Éléments d'appréciation | Réponses aux EA | Constats |
|------|-----|--|------------------|---|
| 8 | 95 | La recommandation sur le projet personnalisé a été l'occasion d'une actualisation ou d'un approfondissement des professionnels sur ce thème. | En grande partie | <p>La méthodologie et la philosophie du projet d'accompagnement personnalisé sont connues et au sein de l'établissement. L'accompagnement du déploiement de la démarche par la psychologue contribue à donner des repères méthodologiques aux professionnels.</p> <p>La recommandation relative au projet personnalisé est un outil support qui fait référence dans la structure.</p> <p>Le déploiement du projet personnalisé a fait l'objet d'une sensibilisation de l'ensemble des personnels au sein de la structure.</p> |
| 8 | 96 | La conception architecturale des bâtiments permet de répondre aux caractéristiques des projets de vie des personnes accompagnées | Oui | Les locaux sont adaptés, leur organisation . Cela contribue à répondre aux caractéristiques des projets d'accompagnement personnalisé. |
| 8 | 97 | Le projet d'établissement comporte les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins | En grande partie | <p>Le projet d'établissement 2012-2017, intègre les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la qualité de vie au sein de l'établissement (accessibilité, sécurité, hygiène...), - la personnalisation de la prise en charge (projet de vie individualisé, accompagnement en fin de vie, proposition d'activités adaptées...) - les relations avec le résident et ses proches (bonne information, participation de la famille...). <p>Le respect des rythmes de vie du résident n'est pas abordé dans ce document.</p> |
| 8 | 98 | Le projet d'établissement/service mentionne des principes d'intervention qui concernent le projet personnalisé | Oui | <p>Le projet d'établissement intègre les attendus de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et Dans ce document l'établissement affirme sa volonté de personnaliser le projet du résident au regard de ses habitudes antérieures mais aussi de ses souhaits, désirs et besoins.</p> <p>La recommandation de l'ANESM publiée en 2008 relative aux attentes de la personne et au projet personnalisé est intégrée, elle a constitué un point d'appui lors des réflexions relative à la mise en oeuvre et au déploiement des projets de vie dans l'institution.</p> |
| 8 | 99 | Ces principes sont connus des professionnels et partagés par eux | Partiellement | <p>Peu associés aux travaux qui ont permis de réaliser le projet d'établissement, les professionnels dans leur grande majorité n'ont pas été informés du contenu et des objectifs développés dans ce document. Néanmoins, les principes d'intervention concernant le projet personnalisé sont connus et mis en oeuvre par les professionnels.</p> <p>Le projet d'établissement 2012-2017 existe dans une version projet qui a été retravaillée avec les agents. A la finalisation de la signature de la convention tripartite il sera rédigé et validé dans une version définitive.</p> |
| 8 | 100 | Un projet personnalisé est rédigé pour chaque personne accompagnée. | Non | Actuellement, seulement 20% des résidents de la structure bénéficient d'un projet personnalisé. La direction et l'encadrement de l'établissement affiche une réelle volonté d'améliorer cette situation. |

| | | | | |
|---|-----|---|------------------|---|
| 8 | 101 | Le projet individuel est construit en équipe pluridisciplinaire avec l'usager (ou représentant légal, proche?). | Oui | <p>Le projet de vie personnalisé, fait l'objet d'une réelle co-construction associant le résident et l'équipe pluri-professionnelle.</p> <p>Dès la phase de pré accueil, le recueil des habitudes de vie et les souhaits du résident sont recueillis.</p> <p>Un accompagnement particulier durant la phase d'intégration du résident (1er mois) est organisé, des entretiens réguliers avec la psychologue sont proposés, ils ont pour objectif d'offrir un accompagnement personnalisé sur cette période, de plus ils permettent de préciser les besoins et projet du résident.</p> <p>Le résident ou son représentant est invité à rencontrer l'équipe pluridisciplinaire au moment de la rédaction de son projet de vie.</p> <p>Si celui ci ne souhaite pas y participer, le projet est rédigé en équipe, dans cette situation, la psychologue présente le projet proposé au résident concerné.</p> <p>En cela l'établissement respecte les recommandations de l'ANESM "Les attentes de la personne et le projet personnalisé".</p> <p>Reste aujourd'hui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à tracer, dans le dossier du résident, l'éventuel refus de participer à la réunion de validation de son projet individualisé - à faire signer au résident son projet personnalisé. |
| 8 | 102 | Les outils de recueil et d'aide à l'analyse et à l'élaboration du projet personnalisé existent. | Oui | Un document de recueil des habitudes de vie du résident permet de recueillir des éléments de vie et les besoins explicites ou implicites du résident. |
| 8 | 103 | Le projet comporte des priorités d'actions | Oui | Le projet individualisé intègre les besoins et les souhaits des résidents. Les actions déclinées font l'objet d'une priorisation. |
| 8 | 104 | Ce projet est réévalué périodiquement. Il existe une procédure de conception et de mise en œuvre du projet individualisé. Cette procédure est connue de l'ensemble des professionnels et partagée par eux. | Oui | Tout changement de la situation du résident (santé, dépendance) donne lieu à une réévaluation systématique des son projet personnalisé. Par ailleurs, une réévaluation annuelle est organisée à minima. |
| 8 | 105 | Les professionnels sont sensibilisés ou formés à la mise en place des projets personnalisés | En grande partie | <p>Les personnels sont accompagnés dans le déploiement des projets personnalisé par la psychologue de l'établissement. Par ailleurs pour chaque service une infirmière référente est identifiée, celle-ci peut venir en appui auprès des aides soignantes pour ce qui concerne la mise en oeuvre des projets personnalisés.</p> <p>Bien que sensibilisés et formés, la mise en place des projets personnalisés n'est pas encore ancrée dans les habitudes professionnelles de tous les agents.</p> |
| 8 | 106 | Il y a des responsables clairement reconnus par tous les professionnels dans leur capacité à rappeler, réactiver, actualiser le projet personnalisé, tout en prenant en compte la parole de la personne (et/ou son représentant légal) tout au long des phases d'élaboration. | Oui | <p>La psychologue est identifiée dans la structure comme étant la personne référente pour ce qui concerne l'accompagnement méthodologique des projets personnalisés.</p> <p>L'équipe infirmière peut venir en relai auprès des professionnels ASH et aides soignants.</p> |
| 8 | 107 | Des modalités de soutien aux professionnels dans l'élaboration et le suivi des projets personnalisés existent. | Oui | Les professionnels bénéficient de l'appui de la psychologue qui pilote le déploiement des projets et en relai des infirmières. |

| | |
|------------------------------|--------------|
| Nombre de "Oui" | 8 |
| Nombre de "En grande partie" | 3 |
| Nombre de "Partiellement" | 1 |
| Nombre de "Non" | 1 |
| Nombre de "NA" | 0 |
| Score du thème | 79.23 |
| Cotation du thème | B |

Synthèse du thème :

Le projet d'établissement intègre les recommandations de la loi du 2 janvier 2002. La personnalisation de l'accompagnement fait partie des valeurs promues par l'institution.

Les professionnels sont sensibilisés et accompagnés dans la mise en oeuvre de la démarche, c'est la psychologue qui en assure le déploiement dans toutes ses dimensions.

Même si l'établissement s'inscrit pleinement dans la promotion de la bientraitance et la volonté de déploiement d'un accompagnement personnalisé de qualité, seul 20 % des résidents bénéficient à ce jour d'un PAP co-construit et validé.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés :

- **Personnes rencontrées :**
 - Directeur de l'établissement,
 - Psychologue,
 - cadre de santé,
 - Infirmière référente,
 - Infirmières, aides soignantes, ASH,
 - Animatrice.

- **Documents consultés :**
 - Projet de vie personnalisé.

2. Thème 9 : Cohérence et continuité des actions et interventions

| Réf. | | Éléments d'appréciation | Réponses aux EA | Constats |
|------|-----|---|------------------|---|
| 9 | 108 | Une réflexion concertée de l'établissement a permis la mise en œuvre d'une organisation adaptée aux besoins et aux moyens disponibles. | Oui | Avec un taux d'encadrement de 0.65 agents/lit, l'établissement dispose de moyens pour mettre en œuvre une organisation adaptée à la fois aux besoins et aux moyens disponibles. |
| 9 | 109 | L'organisation des changements et l'information correspondante aux secteurs et aux professionnels concernés font partie des règles de présence et de concertation. | Oui | Le partage d'information est favorisé par : la présence de nombreux tableaux d'affichage dans l'établissement et l'organisation de réunions institutionnelles, animées par le directeur. Les temps consacrés aux transmissions à chaque changement d'équipe, l'organisation de réunions pluri-professionnelles facilitent la concertation et la bonne articulation de l'accompagnement. La dynamique développée dans l'institution favorise l'adaptation des organisations et des actions contribuant ainsi à un meilleur accompagnement. |
| 9 | 110 | La coordination et la continuité des soins s'appuient notamment sur les transmissions orales et écrites entre les diverses équipes. | Oui | Le logiciel de soins mis à la disposition des professionnels, permet la centralisation des informations relatives au résident : traçabilité des soins, transmissions, projet personnalisé... Des temps de transmission, à chaque changement d'équipe, sont intégrés à l'organisation du travail. |
| 9 | 111 | Une organisation est en place pour informer les usagers sur leur situation (état de santé, situation sociale,?) et ou faciliter leurs demandes sur ce sujet (formation continue des professionnels, possibilité de rendez-vous, accès au dossier) | Oui | Le règlement de fonctionnement remis au moment de l'accueil d'un nouveau résident précise les modalités d'accès à son dossier médical et de soins conformément à la loi du 4 mars 2002. Un accompagnement de soutien est même proposé. |
| 9 | 112 | Les Informations retraçant l'évolution de l'état de l'usager sont actualisées. | Oui | L'outil informatique mis à disposition des professionnels permet une actualisation en temps réel, lors des transmissions, des besoins d'accompagnement des résidents. |
| 9 | 113 | Il existe une répartition claire des responsabilités dans la délivrance des informations (réflexion des professionnels, qui dit quoi ? comment ? quand ? professionnels référents, traçabilité dans le dossier, etc.). | En grande partie | Le logiciel de transmission et de soins hiérarchise les accès à l'information en fonction des responsabilités. Dans le cadre du déploiement des projet d'accompagnement, un dispositif de référence est mis en place, un document institutionnel vient préciser le rôle et les missions du référent. Les personnels connaissent les limites de leurs fonctions respectives néanmoins, la délivrance de l'information n'est pas toujours adaptée. Les informations à caractère médical sont transmises par le médecin. |
| 9 | 114 | La délivrance de l'information à l'usager est coordonnée (documents types d'information) | En grande partie | La délivrance d'informations à l'usager n'est pas coordonnée, néanmoins celle-ci peut être tracée dans le dossier informatisé du résident. |
| 9 | 115 | Il existe des modalités de concertation par secteur et entre secteurs d'activité. | Partiellement | Il existe une certaine forme de cloisonnement entre les différentes unités d'hébergement, les professionnels ont peu d'échanges. Néanmoins, les réunions de service facilitent la concertation entre collègues, de plus, les réunions institutionnelles permettent les échanges entre les professionnels des différents services. |
| 9 | 116 | Le planning de présence, gardes et astreintes, prévision et organisation des remplacements sont affichés . | Oui | La gestion des plannings est informatisée et permet ainsi la gestion de cycles de roulements. Les personnels sont informés par voie d'affichage. La planification des congés est organisée. |
| 9 | 117 | Les moyens de coordination sont définis (supports, temps de réunion, temps de transmission, etc.) | Oui | Les temps de transmission, intégrés dans l'organisation du travail, ont lieu à chaque changement d'équipe. Les réunions mises en place au sein de la structure favorisent la communication et les liens entre les différents intervenants. L'organisation de ces deux dispositifs contribuent à déployer une culture qui promeut le développement d'un accompagnement de qualité. |

| | |
|------------------------------|-------------|
| Nombre de "Oui" | 7 |
| Nombre de "En grande partie" | 2 |
| Nombre de "Partiellement" | 1 |
| Nombre de "Non" | 0 |
| Nombre de "NA" | 0 |
| Score du thème | 86.5 |
| Cotation du thème | B |

Synthèse du thème :

La cohérence et la continuité des actions et interventions sont organisées. Les moyens (logiciel de soins) et dispositifs mis en place (transmissions, temps de réunion) favorisent le partage d'information concernant le résident. Les règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en oeuvre pour assurer un accompagnement de qualité conformément aux recommandations de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et la Haute Autorité de Santé (HAS).

Personnes rencontrées, observations et documents consultés :

- **Personnes rencontrées :**
 - Directeur de l'établissement,
 - Psychologue,
 - Cadre de santé,
 - Infirmière référente,
 - Infirmières, aides soignantes, ASH,
 - Animatrice.
- **Documents consultés :**
 - Projet de vie personnalisé,
 - Compte rendus de réunion.
- **Présence aux temps de transmissions**

3. Thème 10 : Application des bonnes pratiques de soins

| Réf. | | Éléments d'appréciation | Réponses aux EA | Constats |
|------|-----|--|------------------|---|
| 10 | 118 | Les principes de bases en hygiène sont connus et respectés (tenue, précautions standard ?) | Oui | Les locaux sont propres, les chambres sont nettoyées aussi souvent que nécessaire. Les interventions sont tracées. Les principes de bases en hygiène sont connus et respectés. Des affichettes à disposition des agents rappellent les règles d'hygiène, les modalités d'utilisation et de dilution des produits de nettoyage. Les tenues professionnelles sont adaptées, fournies et entretenues par l'établissement. |
| 10 | 119 | L'établissement applique les recommandations concernant la prévention de la légionellose | Non | Le carnet sanitaire n'est pas mis en place. Les relevés de températures ne font pas l'objet d'une traçabilité systématique. |
| 10 | 120 | Les normes concernant les soins et le confort sont mises en œuvre dans l'établissement | En grande partie | Globalement, les normes concernant les soins et le confort sont mises en œuvre dans l'établissement. Le matériel mis à la disposition des usagers et des professionnels contribue à garantir le confort des résidents. Néanmoins : - l'existence de chambres doubles qui imposent une certaine promiscuité - les conditions d'hébergement proposées dans l'unité Pasquet - le circuit du médicament, préparation et dispensation (préparation des solutés buvables à l'avance) constituent de points de fragilité qui imposent une vigilance particulière. |
| 10 | 121 | Les normes concernant l'alimentation sont respectées | Oui | Les repas sont préparés in situ, les normes HACCP sont respectées. Les règles de bonnes pratiques de soins concernant l'alimentation sont respectées. Au quotidien, deux menus sont proposés à chaque repas, les régimes sont adaptés tout en étant respectueux des choix de vie de la personne. |
| 10 | 122 | La gestion des circuits est inscrite dans l'assurance qualité interne (linge, déchet, ?) | Partiellement | La gestion des différents circuits est organisée, néanmoins elle ne fait pas l'objet de procédures rédigées, validées et intégrées dans la gestion documentaire de l'établissement. |
| 10 | 123 | Les bonnes pratiques concernant l'entretien des locaux sont respectées | En grande partie | Les locaux sont entretenus dans le respect des règles de bonnes pratiques. La traçabilité des interventions est effective. Une vigilance doit être apportée sur le contrôle des températures au niveau des frigos. |
| 10 | 124 | Les conduites à tenir concernant les AELB sont connues et disponibles et appliquées | Oui | Les professionnels ont à leur disposition une procédure pour ce qui concerne les accidents d'exposition aux liquides biologiques. Ce document est connu et disponible et peut être appliqué si cela s'avère nécessaire. |
| 10 | 125 | Le circuit des déchets est maîtrisé (DASRI, piles, verres?..) | Oui | La gestion des DASRI est assurée par les professionnels infirmiers, elle est conforme aux recommandations de bonnes pratiques. Le circuit des déchets est maîtrisé, le tri sélectif est mis en œuvre sous la responsabilité des ouvriers de maintenance. L'accès aux différents locaux de stockage est sécurisé. |
| 10 | 126 | Le guide des bonnes pratiques de soins est connu, disponible et utilisé | En grande partie | Le guide de bonnes pratiques de soins disponible, il semble peu connu et son utilisation doit être développée. |
| 10 | 127 | La prestation alimentaire fait l'objet d'une évaluation initiale puis périodique (pesée, utilisation d'une échelle d'évaluation nutritionnelle, satisfaction de la personne) | En grande partie | Dès la rencontre de pré-accueil, les habitudes alimentaires du futur résident sont abordées au travers du recueil des habitudes de vie. Les aversions alimentaires exprimées par le résident sont prises en compte, des aliments de substitution sont systématiquement proposés. La présence d'une diététicienne permet d'adapter cette prestation aux besoins spécifiques de la personne. Le suivi des pesées est organisé. Une réflexion doit être menée sur la préparation des repas en texture modifiée afin d'en améliorer les qualités visuelles et qualitatives et sur le déploiement du "picoré savouré" afin de mieux répondre aux besoins des résidents (cf "les repas dans les établissements médico-sociaux : les textures modifiées, mode d'emploi ANAP") |

| | | | | |
|----|-----|---|------------------|--|
| 10 | 128 | La prise alimentaire et les régimes alimentaires font l'objet d'un suivi formalisé. | Oui | Les régimes alimentaires font l'objet d'un suivi, lorsque cela s'avère nécessaire, la prise alimentaire fait l'objet d'une surveillance particulière. Ce suivi est tracé dans le dossier informatisé du résident. |
| 10 | 129 | L'hydratation fait l'objet d'un suivi formalisé | En grande partie | Bien que non formalisé, le suivi de l'hydratation est intégré dans les pratiques des professionnels. |
| 10 | 130 | Le risque de chute fait l'objet d'une politique de prévention systématique (adaptation des locaux, surveillance des prescriptions médicamenteuses, lever et mobilisation systématique ?) | Oui | Les locaux sont adaptés, les prescriptions médicamenteuses font l'objet d'une réflexion bénéfices/risques systématique. Les équipements mis à disposition des professionnels facilitent le "lever" et la mobilisation des résidents même les plus dépendants. L'implication des kinésithérapeutes (association CAPS atelier EquilibreAge) et les activités mises en place en collaboration avec les professionnels de la structure contribuent elles aussi à prévenir les risques de chute. L'ensemble de ces éléments concourent à la mise en place d'une politique de prévention des chutes. |
| 10 | 131 | L'autonomie motrice fait l'objet d'une évaluation périodique et d'actions de soutien approprié. | Oui | En collaboration avec les kinésithérapeutes qui interviennent dans la structure, l'autonomie motrice des résidents est évaluée et des actions de soutien sont proposées. |
| 10 | 132 | Le risque d'escarre, le risque de constipation, l'incontinence fait l'objet d'une politique de prévention systématique. | Oui | Les risques d'escarre, de constipation, ainsi que l'incontinence font l'objet d'une prévention systématique. Ils sont intégrés dans les pratiques professionnelles et font l'objet d'une vigilance particulière. Les professionnels ont à leur disposition des protocoles validés et connus des professionnels. Les éléments de surveillance recueillis sont tracés dans le dossier informatisé du résident. |
| 10 | 133 | En cas d'alitement temporaire, il existe des protocoles de prévention des attitudes vicieuses de mobilisation précoce et de restauration motrice. | En grande partie | Même si la prévention des risques, liés à un alitement fait l'objet d'une attention particulière et d'une approche pluriprofessionnelles, celle-ci ne fait pas l'objet d'un protocole validé et partagé au sein de la structure. |
| 10 | 134 | Le recours éventuel à la contention physique est effectué en conformité avec les recommandations professionnelles. | En grande partie | Le recours à la contention physique est peu utilisé dans l'établissement. Lorsque cela s'avère nécessaire, une phase de réflexion et de concertation bénéfices/risques est initiée. Son recours fait l'objet systématiquement d'une prescription médicale qui est régulièrement réévaluée à un rythme variable. |
| 10 | 135 | La douleur aiguë et chronique est évaluée et prise en compte en regard des traitements dispensés (médicamenteux et non médicamenteux). | Oui | L'évaluation de la douleur et sa prise en charge sont intégrées dans les pratiques professionnelles. Les échelles EVS et Doloplus sont diffusées et utilisées. Par ailleurs lorsque cela s'avère nécessaire l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs peut être sollicitée. |
| 10 | 136 | L'avis de spécialiste est requis pour l'état de santé nécessitant. L'hospitalisation d'une personne accompagnée est organisée de façon à en réduire les conséquences néfastes pour elle-même. | Oui | Lorsque l'état de santé du résident le nécessite, celui-ci peut être orienté vers un médecin spécialiste. L'hospitalisation d'un résident est accompagnée : transmissions d'information via le courrier médical et la fiche de liaison infirmière, prises de contact réguliers avec le service d'hospitalisation, des visites du résident à l'hôpital peuvent être organisées afin de maintenir les liens avec l'EHPAD. |
| 10 | 137 | L'autonomie psychique fait l'objet d'une évaluation périodique et d'actions de soutien appropriées | Oui | Les IDE psy sont présentes 1 fois tous les 15 jours pour rencontrer les résidents suivis au CHNDS et échanger avec les agents sur les différentes situations. |
| 10 | 138 | La détérioration cognitive fait l'objet d'un accompagnement spécifique. | Oui | L'unité au fil du temps propose un accompagnement spécifique aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. D'une capacité d'accueil de 12 places, les professionnels y proposent un accompagnement personnalisé et des activités adaptées. |
| 10 | 139 | Les préconisations du registre de sécurité sont suivies | Oui | Le registre de sécurité est tenu à jour, les préconisations émises lors des visites de sécurité sont suivies d'actions. Des formations incendies sont régulièrement organisées mais le dimensionnement du dispositif mis en place n'autorise pas la formation annuelle de l'ensemble des agents. |
| 10 | 140 | Les incidents concernant les bonnes pratiques sont identifiés et suivis d'effets | Oui | Une procédure permet le signalement de fiches d'événements indésirables. Les événements signalés font l'objet d'une analyse. Une réponse est systématiquement apportée au déclarant. |

| | |
|------------------------------|--------------|
| Nombre de "Oui" | 14 |
| Nombre de "En grande partie" | 7 |
| Nombre de "Partiellement" | 1 |
| Nombre de "Non" | 1 |
| Nombre de "NA" | 0 |
| Score du thème | 82.17 |
| Cotation du thème | B |

Synthèse du thème :

Les règles de bonnes pratiques professionnelles sont globalement connues, mises en oeuvre et respectées par les professionnels.

Les circuits de gestion des déchets respectent les recommandations de bonnes pratiques.

L'existence de protocoles actualisés contribue à uniformiser les pratiques et à proposer aux résidents des soins qui intègrent les RBPP.

La gestion documentaire, existe sous forme de classeurs (numéro de version et la date de rédaction). Bien s'assurer que leur existence est connue.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés :

- **Personnes rencontrées :**
 - Directeur de l'établissement,
 - Cadre de santé,
 - Infirmière référente,
 - Infirmières, aides soignantes, ASH,
 - Ouvrier d'entretien,
 - Equipe cuisine,
 - Equipe lingerie/blanchisserie,
 - Animatrice.
- **Documents consultés :**
 - Compte rendus de réunions,
 - registre de sécurité,
 - classeur protocoles.
- **Observation du temps du déjeuner**

D. Qualité et Risques

1. Thème 11 : Démarche Qualité

| Réf. | | Éléments d'appréciation | Réponses aux EA | Constats |
|------|-----|--|------------------|---|
| 11 | 141 | Les responsabilités des différents acteurs concernant la gestion de la qualité sont définies | En grande partie | L'établissement souhaite déployer sa démarche qualité. A cette fin, une infirmière coordinatrice a été nommée référente qualité, cette nomination permet de positionner la cadre de santé de l'établissement sur des missions de pilotage et d'accompagnement du déploiement de la démarche qualité. |
| 11 | 142 | Une organisation est mise en place pour déployer la démarche (relais qualité, accompagnement méthodologique | En grande partie | Une organisation est en cours de finalisation. A terme, celle ci favorisera le déploiement de la démarche. Cette organisation devra faire l'objet d'une large information auprès des professionnels et de la rédaction d'un document intégré à la gestion documentaire de l'établissement (procédure des procédures...) |
| 11 | 143 | Il existe une organisation de la qualité dans les secteurs d'activité (éventuellement référents qualité). | En grande partie | Le projet d'établissement intègre un plan d'amélioration continue de la qualité, celui ci identifie des pilotes responsables chargés d'accompagner les professionnels dans cette démarche. |
| 11 | 144 | Des actions qualité sont mises en œuvre dans les différents secteurs | Oui | Le plan d'amélioration continue de la qualité concerne l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement. Ce plan définit des objectifs d'amélioration, ils sont priorisés et font l'objet d'une planification dans le temps. Des référents sont identifiés. |
| 11 | 145 | L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des équipes fait partie de la politique d'amélioration de la qualité | Non | |
| 11 | 146 | L'établissement dispose d'un système organisé et maîtrisé de gestion de la documentation interne et externe (modalités de classement des documents, accessibilité aux documents ?) | En grande partie | Une veille documentaire est organisée (Classeurs), néanmoins l'établissement ne dispose pas d'une gestion documentaire informatisée qui en simplifie la gestion. Une réflexion visant à organiser cette gestion est en cours. |
| 11 | 147 | Une organisation est en place pour assurer le suivi régulier du programme d'amélioration de la qualité | Oui | Le comité de pilotage des évaluations interne et externe, va évoluer pour devenir le comité pilotage de la qualité. Celui-ci aura notamment pour mission le suivi du plan d'amélioration continue de la qualité. |
| 11 | 148 | Le responsable qualité ou la direction communique régulièrement sur les objectifs et priorités. | Partiellement | Les résultats de l'évaluation interne, et les objectifs du projet d'établissement n'ont pas fait l'objet d'une communication à destination des professionnels de l'institution. |
| 11 | 149 | Il existe un accompagnement méthodologique des acteurs des secteurs d'activité à la démarche qualité et aux outils qualité. | En grande partie | L'identification d'une référente qualité au sein de l'établissement devra permettre la mise en place d'un accompagnement méthodologique de l'ensemble des acteurs. L'établissement n'est pas accompagné par une structure d'appui à la démarche qualité |

| | |
|------------------------------|--------------|
| Nombre de "Oui" | 2 |
| Nombre de "En grande partie" | 5 |
| Nombre de "Partiellement" | 1 |
| Nombre de "Non" | 1 |
| Nombre de "NA" | 0 |
| Score du thème | 62.22 |
| Cotation du thème | C |

Synthèse du thème :

L'évaluation interne réalisée et la réflexion initiée pour la mise en oeuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité a constitué pour l'EHPAD un levier contribuant à structurer la démarche qualité.

Les résultats de l'évaluation interne n'ont pas fait l'objet d'une large communication auprès des professionnels de l'institution.

Le positionnement de la cadre de santé sur ces missions et la mise en place d'un comité de pilotage de la qualité, constituent des facteurs clé de la réussite du déploiement de la politique qualité dans l'établissement.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés :

Personnnes rencontrées :

- Directeur de l'établissement,
- Cadre de santé,
- Infirmière coordinatrice,
- Membres du comité de pilotage du projet d'établissement,
- Equipe infirmière,
- AS, ASH.

Documents consultés :

- Rapport d'évaluation interne,
- Projet d'établissement,
- Plan d'amélioration qualité.

2. Thème 12 : Prévention des Risques

| Réf. | | Éléments d'appréciation | Réponses aux EA | Constats |
|------|-----|--|------------------|---|
| 12 | 150 | La direction, les instances et les professionnels sont impliqués dans une politique de prévention des risques au sein de la structure | En grande partie | La rédaction du DUERP a contribué à identifier les risques potentiels existants au sein de la structure et à proposer des mesures de prévention. Cette démarche est le fruit d'un travail collectif en lien avec le CHSCT piloté par un agent. Le DUERP a fait l'objet d'une présentation aux instances. |
| 12 | 151 | L'établissement a défini des objectifs en termes de gestion des risques | Oui | Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels a donné lieu à une analyse précise des risques par unité de travail. Ce recueil exhaustif a permis de définir des objectifs et de les prioriser en fonction de leur criticité potentielle. |
| 12 | 152 | Il existe une réelle communication sur les objectifs et les priorités du programme de prévention des risques | En grande partie | A la finalisation du DUERP les objectifs et les priorités définies feront l'objet d'une communication auprès des professionnels de la Résidence Le Lac. |
| 12 | 153 | Une organisation est en place pour identifier et analyser les risques a priori | Oui | Le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail est constitué et se réunit régulièrement. De par leurs prérogatives, ses représentants participent à l'identification et à l'analyse des risques potentiels. |
| 12 | 154 | Une organisation est en place pour identifier et analyser les risques à partir des incidents et accidents survenus | Oui | Les accidents bénins sont enregistrés sur un recueil interne. La survenue d'un évènement indésirable fait l'objet d'un signalement via une fiche d'évènement indésirable, celle ci fait l'objet d'une étude systématique permettant d'analyser et d'apporter des solutions correctives. |
| 12 | 155 | Une démarche visant à sécuriser les risques liés aux médicaments existe | En grande partie | Le circuit du médicament a fait l'objet d'une évaluation. La rédaction d'un livret thérapeutique et d'un livret d'équivalence contribuent à limiter les risques liés aux médicaments. Néanmoins la préparation et la dispensation n'intègrent pas toutes les règles de bonnes pratiques. |
| 12 | 156 | Une démarche d'identification et de prévention des risques professionnels existe | Oui | Conformément à la législation, le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels a été réalisé, des actions d'amélioration ont été définies et priorisées. |
| 12 | 157 | L'établissement a anticipé une organisation en cas de situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, exercices de crise, modalités de communication, salle de crise identifiée.(plan blanc, plan bleu...) | Partiellement | Hormis une réflexion autour du risque que peuvent constituer les effets de la canicule, l'EHPAD Le Lac ne dispose pas d'un document précisant l'organisation et les moyens à mettre en œuvre pour répondre à une situation de crise. |

| | |
|------------------------------|--------------|
| Nombre de "Oui" | 4 |
| Nombre de "En grande partie" | 3 |
| Nombre de "Partiellement" | 1 |
| Nombre de "Non" | 0 |
| Nombre de "NA" | 0 |
| Score du thème | 78.75 |
| Cotation du thème | B |

Synthèse du thème :

La Direction de l'EHPAD a déployé une réelle politique de gestion des risques. Dans le cadre de cette démarche une procédure de signalement de survenue des événements indésirables est mise en place, elle incite à une prise de conscience de l'ensemble des acteurs, leurs suivis et les réponses apportées créent une dynamique d'amélioration continue de la qualité.

L'évaluation du circuit du médicament a constitué une opportunité pour l'établissement, la mesures des écarts et les points de fragilité identifiés devront faire l'objet de mesures correctives.

Reste à finaliser certaines procédures comme le carnet sanitaire et le DARDRE. Par ailleurs une réflexion autour des réponses qui pourraient être apportées par l'institution lors de la survenue de situation de crise lui permettra de rédiger son plan bleu.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés :

Personnnes rencontrées :

- Directeur de l'établissement,
- Ouvrier d'entretien,
- Représentants du personnel,
- Membres du CHSCT.

Documents consultés :

- DUERP,
- Plan d'action CHSCT,
- Registre de sécurité,
- Procédure canicule.

4. Préconisations

A. Management de l'Etablissement

1. Thème 1 : Projet d'Etablissement

Pistes d'améliorations/Préconisations :

Le document stratégique que constitue le projet d'établissement doit faire l'objet d'une présentation en conseil d'administration et auprès des autres instances réglementaires de l'établissement (comité technique d'établissement, CHSCT).

Par ailleurs, une information auprès des professionnels en facilitera l'appropriation et l'adhésion. Elle constituera l'un des facteurs clé de la réussite de ce projet.

2. Thème 2 : Suivi de l'Evaluation Interne

Pistes d'améliorations/Préconisations :

- Finaliser en dégageant des axes prioritaires, communiquer le plan d'actions de l'évaluation interne (reprogrammer les actions, préciser les moyens, les acteurs...),
- Intégrer des indicateurs de suivi, notamment ceux de l'ANESM, pour les actions recensées,
- Communiquer les résultats et le plan d'actions aux professionnels et aux usagers.

3. Thème 3 : Ressources Humaines

Pistes d'améliorations/Préconisations :

- Finaliser une procédure précisant l'organisation de l'accueil et les modalités d'accompagnement d'un nouveau professionnel,
- Mettre en place des temps d'analyse des pratiques professionnelles,
- Diffuser le bilan social réalisé et le présenter aux instances statutaires.

4. Thème 4 : Ouverture de l'Etablissement

Pistes d'améliorations/Préconisations :

- Développer et formaliser les partenariats,
- Maintenir la dynamique initiée par la constitution du conseil de la vie sociale. Envisager la mise en place d'autres moyens d'expression pour les résidents et leur famille,
- Renforcer l'ouverture sur l'extérieur de l'établissement (organisation d'une porte ouverte),
- Formaliser, contractualiser les partenariats existants : charte des bénévoles, projet d'aumônerie.

B. Droits des Usagers et Politique de Bientraitance

1. Thème 5 : Droits des Usagers

Pistes d'améliorations/Préconisations :

- Mener une réflexion afin de définir une organisation plus respectueuses des rythmes de vie des résidents.
- Tracer l'utilisation du prénom dans le dossier du résident et l'intégrer au projet d'accompagnement personnalisé.
- Envisager le recours à une alimentation plus adaptée aux besoins de la personne (picoré/savouré, manger main, textures modifiées).

2. Thème 6 : Expression des usagers

Pistes d'améliorations/Préconisations :

- Renforcer l'information des résidents pour ce qui concerne les coordonnées et les modalités de recours à ALMA,
- Tracer dans le dossier du résident son refus, lorsque celui-ci ne souhaite pas participer à la rédaction de son projet d'accompagnement personnalisé dans le dossier du résident,
- Préciser les modalités d'élaboration du projet personnalisé au travers la rédaction d'une procédure qui devra être intégrée à la base documentaire de l'établissement,
- Généraliser le déploiement et la mise en place des projets d'accompagnement personnalisés.

3. Thème 7 : Bientraitance

Pistes d'améliorations/Préconisations :

- Continuer la diffusion des synthèses des RBPP pour une bonne appropriation,
- Valider le protocole de signalement,
- Relancer l'analyse de pratique/ groupes de réflexion,
- S'interroger sur un établissement zéro contention.

C. Prise en charge de l'Usager

1. Thème 8 : Attentes de la personne et projet personnalisé

Pistes d'améliorations/Préconisations :

- Généraliser le déploiement et la mise en oeuvre des projets d'accompagnement personnalisés.

2. Thème 9 : Cohérence et continuité des actions et interventions

Pistes d'améliorations/Préconisations :

- Optimiser les temps de transmissions.

3. Thème 10 : Application des bonnes pratiques de soins

Pistes d'améliorations/Préconisations :

- Prévention de la légionellose : Mettre en place le livret sanitaire conformément à l'article R1321-23 du code de la santé publique. Systématiser les contrôles et la traçabilité des relevés de température,
- Gestion des circuits : Formaliser les circuits au travers de procédures intégrées à la base documentaire,
- Bonnes pratiques de soins en EHPAD : généraliser leur diffusion, développer leur utilisation,
- Circuit du médicament : Respecter les règles de préparation et de dispensation. Une analyse de l'ensemble du circuit à l'aide de l'outil proposé par les ARS, permettrait de mettre en évidence des pistes d'amélioration comme la préparation des solutés buvables qui s'effectuent à l'avance,
- Prestation alimentaire : Continuer le travail sur les repas en texture modifiée en mettant en place le "picoré savouré" et favoriser ainsi le manger main.

D. Qualité et Risques

1. Thème 11 : Démarche Qualité

Pistes d'améliorations/Préconisations :

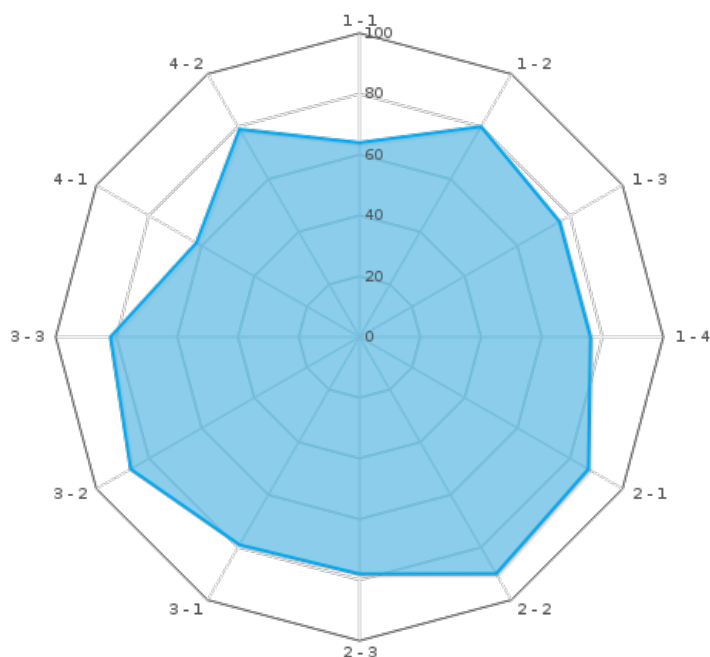
- Déployer un système de gestion documentaire,
- Mettre en place un plan d'action qualité avec des indicateurs de suivi., Communiquer auprès des professionnels sur le degré d'avancement des actions et des résultats obtenus,
- La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) doit être initiée et mise en oeuvre.

2. Thème 12 : Prévention des Risques

Pistes d'améliorations/Préconisations :

- Formaliser la réponse aux situations de crise : rédiger et diffuser le plan bleu,
- Circuit du médicament : Respecter les règles de préparation et de dispensation,
- Prévention des risques : Se doter d'un Document d'Analyse des Risques liés à la Défaillance en Energie (DARDRE) : Décret n°2009-597, Circulaire DGAS n° 2009-170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie.

5. Résultats graphiques



- **Management de l'Etablissement**
 - 1 - 1 : Thème 1. Projet d'Etablissement
 - 1 - 2 : Thème 2. Suivi de l'Evaluation Interne
 - 1 - 3 : Thème 3. Ressources Humaines
 - 1 - 4 : Thème 4. Ouverture de l'Etablissement
- **Droits des Usagers et Politique de Bienveillance**
 - 2 - 1 : Thème 5. Droits des Usagers
 - 2 - 2 : Thème 6. Expression des usagers
 - 2 - 3 : Thème 7. Bienveillance
- **Prise en charge de l'Usager**
 - 3 - 1 : Thème 8. Attentes de la personne et projet personnalisé
 - 3 - 2 : Thème 9. Cohérence et continuité des actions et interventions
 - 3 - 3 : Thème 10. Application des bonnes pratiques de soins
- **Qualité et Risques**
 - 4 - 1 : Thème 11. Démarche Qualité
 - 4 - 2 : Thème 12. Prévention des Risques

| | SCORE | COTATION |
|--|--------------|----------|
| Management de l'Etablissement | 74 | B |
| Thème 1 : Projet d'Etablissement | 64.23 | C |
| Thème 2 : Suivi de l'Evaluation Interne | 80 | B |
| Thème 3 : Ressources Humaines | 76.07 | B |
| Thème 4 : Ouverture de l'Etablissement | 75.71 | B |
| Droits des Usagers et Politique de Bienveillance | 84.75 | B |
| Thème 5 : Droits des Usagers | 86.74 | B |
| Thème 6 : Expression des usagers | 90 | A |
| Thème 7 : Bienveillance | 77.5 | B |
| Prise en charge de l'Usager | 82.63 | B |
| Thème 8 : Attentes de la personne et projet personnalisé | 79.23 | B |
| Thème 9 : Cohérence et continuité des actions et interventions | 86.5 | B |
| Thème 10 : Application des bonnes pratiques de soins | 82.17 | B |
| Qualité et Risques | 70.49 | B |
| Thème 11 : Démarche Qualité | 62.22 | C |
| Thème 12 : Prévention des Risques | 78.75 | B |
| Total | 77.97 | B |

6. Remerciements

Les évaluateurs tiennent à remercier l'ensemble des acteurs qui ont participé à l'évaluation :

Les résidents et leur famille, pour la confiance qu'ils nous ont accordé,

Les professionnels pour leur accueil et le temps qu'ils ont accordé pendant ces deux jours et demi,

Enfin les évaluateurs remercient le directeur et l'équipe d'encadrement pour leur disponibilité et leur volonté d'ouverture.

7. Conclusion sur l'évaluation externe

L'équipe invite l'établissement à poursuivre sa dynamique.

L'engagement et l'implication des personnes dégagent un investissement qui alimente au quotidien un climat bienveillant et des préoccupations centrées sur les résidents. Cette dynamique est confirmée par les résidents et leurs familles qui soulignent le respect des droits et de leur intimité. En affichant une volonté de transparence pour investir l'évaluation externe comme un levier de la démarche qualité, la direction et les équipes ont démontré l'envie de progresser dans l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées.

En annexe

En annexe