



GRIEPS
Formation Conseil Santé

Centre Hospitalier Gériatrique
St Geoire en Valdain

www.grieps.fr

Les Berges du Rhône
64, avenue Leclerc
69007 Lyon

Tél. 04 72 66 20 30

Fax. 04 72 66 20 44

contact@grieps.fr

RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

Coordonnateur de visite
Catherine LE MARCHAND
Evaluateur
Marina PORTIER

Année 2014

Société anonyme coopérative
et participative à capital variable

SIÈGE SOCIAL

58 à 60, avenue Leclerc, Bâtiment 64
69007 Lyon

SIREN 414 862 672 RCS Lyon

Centre de formation n° 82 69 05 77 869

Code APE 8559A

TVA/CEE FR 40 414 862 672 000 48



SOMMAIRE

VOTRE ETABLISSEMENT _____	5
PRESENTATION DE LA DEMARCHE D'EVALUATION EXTERNE _	6
Contexte	6
Dispositif et stratégie	7
Planning de visite	8
PRESENTATION DE LA STRUCTURE _____	9
DEMARCHE QUALITE ET D'EVALUATION INTERNE _____	10
Historique et organisation de la démarche qualité	10
Suivi des décisions de la procédure d'évaluation interne	11
CONSTATATIONS _____	12
MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT _____	13
Thème 1 : Projet d'Etablissement	13
Thème 2 : Suivi de l'Evaluation Interne	17
Thème 3 : Ressources Humaines	20
Thème 4 : Ouverture de l'Etablissement	25
DROITS DES USAGERS ET POLITIQUE DE BIENTRAITANCE __	28
Thème 5 : Droits des Usagers	28
Thème 6 : Expression des Usagers	33
Thème 7 : Bientraitance	36
PRISE EN CHARGE DE L'USAGER _____	40
Thème 8 : Attentes de la personne et projet personnalisé	40
Thème 9 : Cohérence et continuité des actions et interventions	44
Thème 10 : Application des bonnes pratiques de soins	47
QUALITE ET RISQUES _____	52
Thème 11 : Démarche Qualité	52
Thème 12 : Prévention des Risques	55
PRECONISATIONS _____	58
SYNTHESE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE _____	59
Projet d'établissement	59
Evaluation interne	59
Ressources humaines	59
Ouverture de l'établissement	60
Droits des usagers	60
Expression des usagers	61
Bientraitance	61
Attentes et projets	61
Continuité	62

Bonnes pratiques	62
Démarche qualité	62
Prévention des risques	63
PRESENTATION GRAPHIQUE : _____	64
Représentation 1	64
ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE _____	65
INDICATEURS _____	72
VOS INTERLOCUTEURS POUR CE DOSSIER _____	73

VOTRE ETABLISSEMENT

N° Finess établissement :	380 000 125
N° Finess EHPAD	380 794 685
N° Siret	263 800 229 000 19
Nombre de places total	181 places
Nombre de places EHPAD	151 places
GMP	813
PMP	179
Type d'établissement	EHPAD
Statut ESSMS	Public Hospitalier
Budget d'exploitation réalisé en 2013 pour l'EHPAD	7 426 931,00 €
Date prévisionnelle de renouvellement de l'autorisation/de l'agrément	3 janvier 2017
Adresse	1101, Route de Plaimpalais 38620 St Geoire en Valdaine

PRESENTATION DE LA DEMARCHE D'EVALUATION EXTERNE

Contexte

« Juger est une chose, et faire est une autre » - Diderot, Œuvres, t. XIII, dans POUGENS

Le domaine de la santé, le domaine médico-social et le domaine social déploient depuis près d'un demi-siècle, des politiques pour implanter l'évaluation dans les pratiques professionnelles et organisationnelles. Il ne suffit plus de faire des bilans (bilan d'activité, bilan de la personne ...), il faut évaluer, c'est-à-dire porter un jugement et prendre des décisions pour faire évoluer les pratiques.

L'acte d'évaluer ne doit donc pas être dissocié de l'acte de faire évoluer nos activités et nos pratiques. Deming dit « il n'y a pas d'amélioration sans évaluation » mais l'inverse est également vrai.

L'évaluation interne introduite par la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est le catalyseur au développement de l'évaluation.

Cette loi a permis dans les établissements sociaux et médico-sociaux qui se sont engagés dans cette évaluation de permettre aux professionnels qui les composent de porter un jugement sur leurs organisations et leurs pratiques et d'insuffler, grâce à cela, une politique d'amélioration de la qualité.

Mais attention, dans un contexte où l'on manifeste de plus en plus une volonté de tout maîtriser et de tout contrôler, il est important de réinterroger le sens de l'évaluation dans l'amélioration des pratiques afin que l'évaluation ne soit pas perçue comme une menace. Le « pourquoi évaluer » et également le « pour qui » doivent être remis au cœur des démarches qualité si nous ne voulons pas que l'évaluation tombe dans des assuétudes sans sens ou pire qu'elles deviennent vulnérantes pour les professionnels.

L'évaluation externe qui s'inscrit dans la continuité de l'évaluation interne doit permettre d'aider les établissements à ne pas perdre le sens de la démarche engagée et de l'objectif premier qui est d'améliorer la prise en charge ou l'accompagnement des usagers.

Dispositif et stratégie

Notre prestation, vise à « apprécier les impacts produits par les processus en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique », en d'autres termes à évaluer la démarche qualité de l'institution mais aussi à dynamiser et optimiser celle-ci au travers du bilan effectué.

La prestation a été assurée par une équipe d'évaluateurs qualifiés, tous consultants du GRIEPS :

- Catherine LE MARCHAND, coordonnateur de visite
- Marina PORTIER, évaluateur

Notre démarche a été articulée autour de 3 temps forts :

- Temps 1 : Préparation de la visite

En lien avec la direction, le coordonnateur de l'équipe d'évaluateurs du GRIEPS a organisé et structuré la démarche en :

- Demandant les documents nécessaires à la préparation de la visite (bilan de l'évaluation interne, livret d'accueil, plan d'amélioration de la qualité, autorisation, ...)
- Proposant un planning de visite ;
- Animant une réunion d'information de la démarche auprès de l'équipe d'encadrement et des professionnels.

→ Cette phase a eu lieu entre le 19 mai et le 16 septembre 2014.

- Temps 2 : Réalisation de la visite

L'équipe a réalisé la visite en :

- Réalisant des entretiens individuels et/ou collectifs auprès des professionnels et auprès des usagers ;
- Etudiant des documents existants (projet d'établissement et/ou projet de service, comptes rendus des Commissions, procédures, dossier type de l'utilisateur, projet personnalisé ...). La structure a mis à disposition 3 dossiers et 3 projets personnalisés rendus anonymes pour garantir le secret professionnel ;
- Relevant les indicateurs utilisés (exemples : taux d'absentéisme, taux de contentions ...)
- Réalisant des observations dans la structure.

→ Cette phase a eu lieu les 4, 5, 6 novembre 2014 (2 évaluateurs x 2.5 jours).

- Temps 3 : Clôture de la visite :

La clôture de la visite s'est effectuée en plusieurs étapes :

- Etape 1 : L'équipe d'évaluateurs a élaboré le rapport de visite sous la responsabilité du coordonnateur ;
- Etape 2 : Un groupe de relecture au GRIEPS, indépendant de l'équipe d'évaluateurs, a porté un jugement sur le rapport élaboré ;
- Etape 3 : Envoi du présent rapport. Vous avez la possibilité d'émettre des contestations. Celles-ci seront analysées par le coordonnateur et le groupe de relecture. C'est le groupe de relecture qui apportera les conclusions aux contestations ;
- Etape 4 : En attente de votre validation (1 mois au plus tard après réception)
- Etape 5 : La prestation réalisée par le GRIEPS est systématiquement évaluée par le responsable régional du GRIEPS, 1 mois environ après la validation du rapport.

Planning de visite

EHPAD St Geoire en Valdain		EV1 = Catherine LE MARCHAND, EV2 = Marina PORTIER			
1er jour - mardi 04 novembre 2014					
Horaires	Responsable	Activité	Lieu	CLM	MP
13 h 30 - 14 h		Accueil - Présentation	Salle de réunions	X	X
14 h - 14 h 30		Lien entre EI et EE		X	X
14 h 30 - 15 h 30		Visite établissement	terrain	X	X
15 h 30 - 16 h 30	GRIFFON Agnès	Rencontre Directeur RH	Bureau directeur	X	
		Parcours usagers avec salariés - Unité protégée	terrain		X
15 h 30 - 17 H	POINTIER Martine	Rencontre avec R. Qualité-Gestion des risques	Bureau MP	X	
	POINTIER Martine	Rencontre avec Responsable soins	Bureau MP		X
17 h - 18 h 30		Synthèse EV et consultation Documentaire	Bureau experts		
18 h 30 - 19 h 00	Cadres EHPAD	Rencontre avec Résidents en salles à manger	terrain	x	x
19 h 00 - 19h30		Pause	Self		
19 h 30 - 20 h 45		Mise à jour questionnaire évaluation	Bureau experts		
20 h 45 - 22 h 00	Cadres EHPAD	Visite de nuit			
2ème jour - mercredi 05 novembre 2014					
Horaires	Responsable	Activité	Lieu	CLM	MP
8 h 30 - 9 h		Bilan avec Direction	Salle de réunions	X	X
9 h - 10h	MOLLARD MN	Rencontre avec R. restauration + diététicienne	Salle de réunions	x	
10h - 10 h 30	BABOLIN Pascal	Rencontre avec R. technique	Salle de réunions	X	
9 h - 10 h 30	Vivre Encore	Rencontre avec Équipe animation +bénévoles	Salle polyvalente		X
10h30 h -12 h	DOMENGES Tanguy	rencontre avec le pharmacien (PUI)	Pharmacie	X	x
12 h - 12 h 30	DELETRAZ Roxane	rencontre avec Bureau des admissions	Bureau clientèle	X	x
12 h 30 - 13 h 30		Pause	Self	X	X
13 h 30 - 15 h 00		Parcours usagers avec Salariés - Relève	terrain	X	
	Dr VERNEY / Dr GAMBY	Rencontre Médecin Coordonnateur	Bureau Dr VERNEY		X
		Rencontre avec Résidents	terrain	X	
15 h 00 - 16 h 30	LARIGUET Marieke COULOUVRAT Christelle BOUCHERBA Maylis	Rencontre avec l'Équipe ergomotricien et psychomotricien	Bureau psychologue		X
16 h 30 - 17 h 30		Synthèse EV et consultation Documentaire	Bureau experts	X	X
17 h 30 - 18 h 30		Mise à jour questionnaire évaluation	Bureau experts	X	X
3ème jour - jeudi 06 novembre 2014					
Horaires	Responsable	Activité	Lieu	CLM	MP
8 h 30 - 9 h		Bilan avec Direction	Salle de réunions	X	X
9 h - 10 h 30	GRIFFON Agnès	Rencontre avec Directeur : le PE et l'ouverture des EHPAD	Bureau direction	X	
	Cadres EHPAD	Dossier et projet personnalisé	Salle de réunions		X
10 h 30 - 12 H	DESCHAUX BEAUME	Rencontre avec membres du CVS	Salle de réunions	X	
	MOLLI Lorène	Rencontre avec la Psychologue	Salle polyvalente		X
12 h - 12 h 30		Synthèse EV et consultation Documentaire	Bureau experts	X	X
12 h 30 - 13 h 30		Pause	Bureau experts	X	X
13 h 30 - 14 h 30		Mise à jour questionnaire évaluation	Bureau experts	X	X
14 h 30 - 15 h 30		Préparation Restitution	Bureau experts	X	X
15 h 30 - 16 h 30		Restitution devant la Direction et les Salariés	Salle polyvalente	X	X
16 h 30 - 17 h 00		Bilan avec la Direction	Salle de réunions	X	X

PRESENTATION DE LA STRUCTURE

Situation géographique

Le Centre Hospitalier de Saint Geoire en Valdaine est un établissement sanitaire et médicosocial de proximité, situé dans la vallée de la Valdaine au centre du triangle Lyon-grenoble-Chambéry. Ce chef-lieu de canton fait partie de 11 communes où résident près de 9600 habitants dont plus de 42 % sont des personnes retraitées (recensement 2009).



Historique

A son ouverture, en 1910, l'hôpital Hospice de St Geoire en Valdaine accueillait 32 lits.

En 1959, c'est une centaine de résidents qui y sont soignés.

L'hôpital s'agrandit et se transforme, en 1983, l'établissement compte 205 lits.



En 1991, l'établissement est constitué de :

- 10 lits de médecine, 65 lits d'ULSD,
- 75 lits de Cure médicale
- 11 lits en maison de retraite,

Il est classé hôpital local en 1996.

En 2009, suite à la décision de l'ARH, les lits de l'USLD sont transformés en lits d'EHPAD et l'unité de médecine est

remplacée par un service de SSR de 20 places.

La première Convention tripartite signée en décembre 2007, devait être suivie de la signature d'un CPOM en 2013, reporté en 2014.

Depuis 2007, le centre hospitalier est en direction commune avec le Centre hospitalier de Voiron et l'EHPAD de Voreppe. En 2012, cet ensemble a été rejoint par le centre hospitalier de Saint Laurent du Pont et l'EHPAD d'Entre Deux Guiers

Le Centre Hospitalier a bénéficié récemment d'un programme de reconstruction-modernisation-restructuration livré en octobre 2012. Il est désormais en concordance avec les recommandations sur les habitats des personnes âgées (confort des chambres) et avec les normes environnementales.

Il est réparti sur 2 secteurs :

- Le service de soins de suite et de réadaptation (SSR) de 30 lits
- L'EHPAD de 151 places partagé en 5 unités distinctes dont une unité de 28 places pour les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer et apparentées



DEMARCHE QUALITE ET D'EVALUATION INTERNE

Historique et organisation de la démarche qualité

La démarche qualité est active depuis 2007. Après avoir mis en place les outils de la Loi 2002-2, une première autoévaluation a été réalisée avec le référentiel Angélique dès 2008. Cet établissement dispose de sa Responsable qualité également Directrice des Soins. Les audits et évaluations professionnelles pratiqués sont analysés et les résultats sont portés à la connaissance des salariés par un document mensuel interne intitulé « Brèves ». La continuité dans la démarche est ainsi suivie et chacun peut se l'approprier. Il existe dans cet établissement un dynamisme rare au niveau de cette démarche impulsée par l'équipe dans son ensemble.

L'évaluation interne a été réalisée en 2013. Des constats, points forts et axes d'amélioration ont été mis en évidence. Un Plan d'amélioration de la qualité rédigé puis suivi trimestriellement par le COPIL

Le projet d'établissement a été élaboré de façon participative à la suite des travaux d'évaluation interne, sur lesquels il s'est également appuyé. Il développe au travers des axes étudiés les stratégies d'orientation et les moyens déployés pour y parvenir.

7 groupes de travail se sont réunis guidé par :

- La cadre sup de santé
- Les cadres de santé EHPAD
- La cadre de santé SSR

Un plan d'actions d'améliorations 2013-2016 a été réalisé. Il reprend les axes, objectifs et actions définis par l'établissement dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Le rapport d'évaluation interne expose au travers des 6 thèmes abordés les axes d'orientations clés du projet d'établissement :

Valeurs de l'organisme gestionnaire : **Bientraitance personnalisée et accueil de tous**

Références et objectifs généraux du projet d'établissement

Le projet médical

- Orientations du projet médical
- Le secteur sanitaire
- Le secteur médico-social
- Les partenaires de l'établissement

Le projet de prise en charge globale

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et de médicotéchnique
- Le projet de vie

Le projet social

- GPMC
- Politique de recrutement
- Amélioration des conditions de travail
- Formations
- Communication/Information

Le projet qualité-gestion des risques

- Dispositif de pilotage
- Les objectifs de la politique qualité et gestion des risques
- Les mesures de soutien

Le projet du système d'information hospitalier

- Interface avec les partenaires extérieurs
- Projet Direction communes
- Amélioration du SIH interne

Le plan directeur

- Projet d'aménagement et de réhabilitation
- L'amélioration des performances

Suivi des décisions de la procédure d'évaluation interne

La dernière démarche d'évaluation interne a été conduite de façon participative en 2013. Le référentiel utilisé est celui de l'organisme d'appui extérieur.

Un rapport d'évaluation interne a ensuite été rédigé. Après la description de la population accueillie, les modalités d'organisation des professionnels (groupes de travail /échanges entre le comité de pilotage et les professionnels) et des usagers (information et recueil des remarques du CVS) dans la démarche sont décrites.

La partie suivante analyse l'organisation au travers de 6 thèmes et 34 fiches actions, les prérequis, constats, points forts, axes d'amélioration, plan d'amélioration avec cotation.

Suite à l'évaluation interne un plan d'actions d'améliorations 2013-2016 a été élaboré. Son suivi régulier est assuré.

CONSTATATIONS

Constitué des thèmes du décret de 2007, les constats vous sont présentés selon 4 axes :

AXE 1 : Management de l'Etablissement

- Thème 1 : Projet d'Etablissement
- Thème 2 : Suivi de l'Evaluation Interne
- Thème 3 : Ressources Humaines
- Thème 4 : Ouverture de l'Etablissement

AXE 2 : Droits des Usagers et Politique de Bienveillance

- Thème 5 : Droits des Usagers
- Thème 6 : Bienveillance

AXE 3 : Prise en charge de l'Usager

- Thème 7 : Attentes de la personne et projet personnalisé
- Thème 8 : Cohérence et continuité des actions et interventions
- Thème 9 : Application des bonnes pratiques de soins

AXE 4 : Qualité et Risques

- Thème 10 : Démarche Qualité
- Thème 11 : Prévention des Risques

Chaque thème comporte un double indicateur, l'un colorimétrique et l'autre numérique, selon le tableau suivant :

conformité \geq à 88%	l'établissement satisfait complètement aux exigences de l'ANESM concernant le thème
conformité de 69 à 87%	l'établissement satisfait globalement aux exigences de l'ANESM et doit poursuivre sa dynamique sur le thème
conformité de 45 à 68%	l'établissement satisfait à quelques exigences de l'ANESM et doit poursuivre ses efforts sur le thème
conformité de 0 à 44%	l'établissement ne répond pas aux exigences de l'ANESM et doit mettre en place des actions sur ce thème.

MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

Thème 1 : Projet d'Etablissement

A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
1	1	Le Projet d'établissement est défini. Il comporte des objectifs.	Oui	Le Projet d'établissement comporte des objectifs sur les thèmes suivants : projet médical, de prise en charge globale, social, qualité, gestion des risques, SIH, Plan Directeur.
1	2	Le Projet d'établissement a été approuvé par le Conseil d'Administration.	Oui	Il a été validé par le Conseil de Surveillance lors de la séance du 13 mai 2014
1	3	Il prend en compte les orientations des politiques sociales et médico-sociales.	Oui	Ce Projet prend en compte les orientations des politiques sociales et médico-sociales. L'établissement souhaite diversifier les réponses apportées aux besoins et attentes de la population par l'ouverture d'un secteur sécurisé de 28 places, puis par le projet d'ouverture d'un PASA, d'une UCC, et d'une Maison de santé pluridisciplinaire. Il cherche par ses orientations à développer la diversité des réponses apportées aux attentes et besoins des populations proches.
1	4	Il comprend des axes en lien avec les droits des usagers.	Oui	Le Projet de vie (p 57 Projet d'établissement) précise les droits à respecter pour l'accueil et le Projet de Vie Personnalisé des résidents. Le Plan d'action déduit des constats, reprend ces droits dans les items Projet de vie personnalisé, accompagnement au quotidien, fin de vie

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
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	Le Centre Hospitalier a signé la Charte de l'Inter Filière de Gériatrie et de Gérontologie (IFGG) qui permet une prise en charge cohérente des personnes âgées du secteur géographique (p 39 Projet d'Etablissement). Il manifeste clairement le désir d'être établissement de proximité.
1	6	Les objectifs sont cohérents au regard de la vocation et des valeurs de l'Établissement.	Oui	Les valeurs de l'établissement sont d'accueillir sans discrimination toute personne âgée dont l'état de santé est compatible avec les prestations proposées et d'offrir un accompagnement de qualité, personnalisé dans le projet de soin et de vie. Les fiches actions développent les objectifs en vue d'améliorer la qualité des prestations offertes. (Les valeurs défendues de l'établissement p24 et fiches actions p117 à 223 du Projet d'Etablissement)
1	7	Ils sont pertinents en regard des moyens humains et financiers en place.	En Grande Partie	Les objectifs sont pertinents au regard de la population accueillie, l'ouverture d'un secteur protégé s'est fait à moyen constant et n'est pas reconnu officiellement comme Unité Protégée.
1	8	Les objectifs opérationnels prioritaires issus des orientations stratégiques sont définis.	Oui	Ces objectifs sont définis dans les 6 fiches actions du Plan directeur (p211 à 223 du Projet d'établissement).
1	9	Les modalités de leur mise en œuvre sont précisées.	Oui	Les modalités de mise en œuvre sont inscrites dans les fiches actions avec actions précisées, indicateurs, responsable et échéancier. (cf chaque fiche action p 211 à 223 du Projet d'Etablissement)
1	10	Les objectifs sont mesurables.	Oui	Chaque objectif comporte un ou des indicateurs mesurables avec échéancier.
1	11	L'établissement évalue l'atteinte des objectifs et de leurs effets (prévus, non prévus, positifs, négatifs).	En grande partie	Enquête auprès des résidents en mars 2014 (tous les 2 ans) Auprès des professionnels pas d'enquête depuis 2009.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
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, ...).	Oui	Les médecins libéraux ont été associés au PE via le projet médical, les kinés via le projet rééducation. Les professionnels du CH ont fait partie des groupes de travail. le CVS a été informé dès le début de l'élaboration du PE et invité à faire des propositions (par ex le projet de PASA est le fruit de leur demande)
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).	Oui	Le Conseil de Surveillance, dont nous avons rencontré le Président, est porteur des Projets stratégiques de l'Etablissement, il apporte son appui pour la réalisation de ceux-ci.
1	14	Les instances et les responsables ont bénéficié d'actions d'information sur la définition des orientations stratégiques.	Oui	Les instances et responsables ont été informés lors des validations des orientations stratégiques de l'établissement

B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	12
Nombre de "En grande partie"	2
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
Score du thème :	95%

Synthèse :

- Le Projet d'établissement est rédigé. Il a été élaboré par un COPIL et respecte les thèmes préconisés par la Recommandation des Bonnes Pratiques afférente.
- Il est cohérent avec les missions et valeurs de l'établissement.
- Les droits des usagers sont décrits dans ce projet.
- Les orientations de stratégies de développement décrites sont déclinées en objectifs. Un plan d'actions priorisé avec indicateurs et échéanciers en découle. Il est suivi actualisé par le Comité de pilotage.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : Direction, Encadrement, Comité de Pilotage, Représentant des usagers, Représentant du personnel, Représentant du CA, professionnels
- **Documents** : Projet d'établissement, Synthèse du Projet d'établissement, Plan d'amélioration de la qualité, Convention et participation à des réseaux, rapport d'activité, Rapport du CA, Rapport ou CR du CVS, Documents de suivi des objectifs
- **Indicateurs** : Projet d'établissement, feuilles de présences aux réunions du P.E., taux de réalisation des actions du PE

Thème 2 : Suivi de l'Evaluation Interne

A - Constats

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
2	1	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	Le référentiel d'EI comporte 6 axes : Le Management ; La Prise en compte des besoins et attentes / personnalisation accompagnement ; Le Maintien de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de handicap: La Prévention des risques inhérents à la vulnérabilité de la personne et à l'institutionnalisation ; L'Exercice des droits individuels et collectifs ; L'Accompagnement de fin de vie (p 11 Evaluation interne Centre Hospitalier Gériatrique)
2	2	L'autoévaluation a été effectuée par les professionnels	Oui	L'établissement a été accompagné dans sa démarche d'autoévaluation par un professionnel extérieur. Le COPIL comportait les responsables des différents pôles.
2	3	Les résultats de l'EI sont clairs pour chaque domaine évalué	Oui	Les résultats de l'EI sont repris sous forme de : Pré requis Constats Points Forts Axes d'amélioration Plan d'amélioration. Cotation.
2	4	Les objectifs prioritaires sont pertinents en regard des résultats de l'EI	En grande partie	Les objectifs prioritaires sont la sécurité et la qualité des prestations. Les Projets de vie sont vivants plus de 80 % ont fait l'objet d'une actualisation. Le programme de révision des projets de Vie est inclus dans un Calendrier.
2	5	Le plan d'amélioration de la qualité est élaboré suite à l'EI	Oui	Un Plan d'amélioration de la qualité est élaboré priorisé, suivi et actualisé.

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
2	6	Des actions d'information sur le PACQ ont eu lieu.	Oui	Des informations sur la PACQ sont faites aux salariés par l'intermédiaire du mensuel interne "Les Brèves" et au CVS lors des réunions.
2	7	Les modalités de suivi des actions sont définies	Oui	Un Comité de Pilotage se réunit tous les 3 mois environ. Il examine l'avancée des actions.
2	8	Les indicateurs de l'ANESM sont intégrés à la démarche d'évaluation interne.	Oui	Les thèmes préconisés dans la recommandation des bonnes pratiques professionnelles "L'évaluation Interne en ESMS" sont repris. Les recueils d'informations rédigés et les indicateurs sont en place
2	9	L'implication des acteurs de l'institution dans la démarche d'évaluation interne est effective	Oui	Le Comité de Pilotage a été constitué avec les différents cadres de l'établissement et la Direction. Les cadres ont supervisé la constitution et l'activité de 7 groupes de travail dans les réponses aux différents items.
2	10	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'actions est mis en œuvre suivi et actualisé par le Comité de pilotage. Celui-ci s'est réuni trois fois cette année.

B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	9
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
Score du thème :	97%

Synthèse :

- L'Evaluation interne a été rédigée en 2013 avec l'appui d'un intervenant extérieur.
- Le COPIL créé comprend les cadres et des salariés des différentes branches d'activité de l'établissement.
- Les axes étudiés sont ceux de la Recommandation des Bonnes Pratiques de l'ANESM avec un axe complémentaire sur le management.
- Cette évaluation interne a donné lieu à la mise en place d'un Plan d'Amélioration de la Qualité dont les actions ont été priorisées, suivies par le COPIL qui s'est réuni trois fois cette année.
- L'ensemble du personnel est informé de l'avancée de la PAQ dans un mensuel interne "Les Brèves" joint à tous les bulletins de salaire. Les usagers et familles sont informés lors des réunions du CVS.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : Pilotes de l'évaluation interne, personnel des différentes catégories professionnelles, responsables des actions du plan d'actions issu de l'EI
- **Documents** : Rapport de l'évaluation interne, référentiel utilisé, tableau de suivi des actions, les fiches actions, comptes rendus des réunions des groupes de travail
- **Indicateurs** : indicateurs de suivi des actions du Plan d'actions issu de l'EI

Thème 3 : Ressources Humaines

A - Constats

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
3	1	Le projet de l'établissement tient compte de l'évolution de la population accompagnée dans ses besoins d'adaptation à l'emploi	Oui	Le Projet constate l'évolution des pathologies des personnes accueillies. La structure privilégie l'axe du développement des compétences de son personnel en place via des formations. Depuis 2009, 2 ASH partent en formation AS chaque année. Le budget 2015 présente des incertitudes, la commission de formation, réunie en octobre, n'a validé qu'une seule personne en formation qualifiante pour l'année prochaine.
3	2	Le projet social repose sur une réflexion collective (groupe de parole, groupe de travail ...)	Oui	Le Projet Social s'est basé sur plusieurs réflexions menées lors de la rédaction du Projet d'établissement Dans les Groupes de travail, les personnels se sont impliqués sur des axes de priorités
3	3	L'établissement dispose d'un bilan social intégrant des indicateurs sociaux	Oui	Les indicateurs sociaux sont analysés et diffusés avec le rapport d'activité. Certains impondérables peuvent affecter ces indicateurs par exemple en 2013 : 910 d'arrêt de travail plus 910 j dus aux 10 grossesses recensées dans la structure. Nous n'avons pas eu la possibilité de vérifier le rapport d'activité car il est établi avec la M21 et comprend le SSR. En détacher l'activité EHPAD n'était pas possible.
3	4	Il existe des documents précisant les « caractéristiques » de la population accueillie servant à structurer le recrutement.	Oui	L'Evaluation interne informe des caractéristiques de la population accueillie. Le rapport médical rédigé chaque année actualise ces caractéristiques.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
3	5	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 rapport médical fournit les indicateurs d'analyse de besoins de la population accueillie. Le médecin coordonnateur et les cadres de soins assurent des formations internes. Le Plan de formation tient compte de ces indicateurs dans le cadre de la GPEC.
3	6	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 a défini dans son évaluation interne des indicateurs de travail, notamment en ce qui concerne la formation du personnel. L'accent est mis sur les formations compléments de connaissance.
3	7	L'établissement a organisé une veille sur l'évolution des connaissances relatives aux populations accueillies (abonnement presse professionnel, participation colloque, accès aux recommandations ...)	Oui	Il existe une bibliothèque professionnelle. Des abonnements sont pris auprès de revues spécialisées : Journal Plaie; PRESCRIRE; France ADOT : Revivre guide de l'intervention sociale.
3	8	Les fiches de poste sont rédigées, actualisées et intègrent les compétences requises	Oui	Chaque fonction a sa fiche de poste rédigée et actualisée qui est accessible par tous dans la documentation informatique.
3	9	L'établissement dispose et utilise des grilles d'évaluation des compétences en regard de la population accueillie	En grande partie	Le Plan d'actions prévoyait la mise en place de ces grilles en 2014, mais cette action a pris du retard et devrait voir le jour en 2015, avec un référentiel métier et le logiciel Gest form.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
3	10	Il existe un dispositif d'accueil formalisé et mis en œuvre du nouveau professionnel	Oui	La procédure d'accueil des nouveaux professionnels fonctionne. Le Livret d'accueil des résidents est remis aux salariés avec le Règlement de fonctionnement. La Documentation est accessible sur le serveur. Des réunions d'accueil des nouveaux arrivants existent. Elle est assurée par le Cadre de santé + IDE Hyg tous les 6 mois. Elle donne lieu aux rappels des Droits et obligations dans un service public, occasionne la signature de la Charte. Lors de la prise de fonction L'IDE Hygiéniste forme en interne les nouveaux embauchés. Les ASH font une chambre à fond avec ce cadre et les AS font une toilette en sa présence.
3	11	A la fin de la période d'intégration d'un nouveau professionnel, l'encadrement organise un entretien / bilan.	Oui	Les nouveaux embauchés sont vus par les cadres au bout d'un mois, entretien pour faire le point.
3	12	Il existe des temps d'échanges identifiés entre professionnels pour parler de la pratique professionnelle (groupe de travail ...)	Oui	L'analyse de la pratique effectuée par une psychologue extérieure à l'établissement a été inscrite dans le projet Social, instauré en 2008-2009 mais n'a pas fonctionné. La formation "Humanitude" a permis à de nombreux professionnels de retrouver la juste distance dans les soins. La totalité des soignants sera formés fin 2015. La Cellule Humanitude avec des référents fait un point chaque mois sur les situations difficiles. Le recours à une psychologue libérale sera peut-être renouvelé lorsque la totalité du personnel aura terminé sa formation à la méthode Gineste Marescotti. A ce jour, des réunions de staff, dite de concertation sont un espace de parole privilégiée entre différents professionnels sur les situations particulières. Le Comité d'éthique est en place depuis 2013. l'EMASP (équipe mobile soins palliatifs) intervient aussi auprès des salariés après le décès d'un résident, ainsi que le CLUD. Le Comité d'éthique et le CLUD se réunissent 1 fois par trimestre. Présence des salariés qui font partie du Comité. 2 IDE avec DU Douleur.
3	13	La construction du plan de formation tient compte des entretiens annuels de formation	Oui	Lors des entretiens annuels d'évaluation, les souhaits de formations sont recueillis. Un Plan de formation tenant compte de ces souhaits est soumis à la commission de formation.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
3	14	L'épuisement professionnel est évalué. Il est pris en compte dans la gestion des ressources humaines et le plan de formation.	Oui	L'épuisement est évalué, à travers l'entretien annuel d'évaluation. La proximité des cadres avec le personnel de terrain est un outil d'alerte. Lorsqu'un salarié souhaite un changement de service ou une réduction de temps de travail, on accède à son souhait le plus vite possible. Lors des réunions de concertation les personnels fatigués sont "repérés par l'encadrement".

B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	13
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
Score du thème :	98%

Synthèse :

- Le Projet d'Etablissement trace l'avenir de la structure et des modes d'accueil proposés après étude des caractéristiques des pathologies des usagers et de leurs évolutions.
- La gestion des Ressources Humaines fait l'objet des attentions de la Direction.
- La procédure d'accueil des nouveaux salariés est en place et complète. Livret d'accueil, postes doublés comprenant des formations, entretien avec le supérieur hiérarchique après un mois d'intervention.
- La GPEC est conduite en appréciant les compétences nécessaires à la réponse aux besoins des usagers.
- L'analyse de la pratique n'est pas formalisée de manière traditionnelle mais est en place avec de nombreux temps et espaces de parole au cours des réunions quotidiennes, hebdomadaires et mensuelles.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- Personnes ressources : directeur, responsable des ressources humaines, cadres de santé, responsable formation, professionnels nouveaux et anciens, des représentants du CHSCT, CTE, DP, médecin du travail
- Documents : Projet d'établissement avec son volet social, CR du CHSCT, CR des réunions des délégués du personnel, CR du CTE, Bilan social, documents sur les entretiens annuels réalisés, livret d'accueil du personnel, procédure d'accueil, organisation d'une journée de travail, rapport moral, plan de formation, fiches de postes, plannings, dossier du personnel, document précisant la mise en place du développement professionnel continu
- Indicateurs : taux d'absentéisme ou de présentéisme, taux de formation, nombre de CR du CHSCT, CTE, ...

Thème 4 : Ouverture de l'Établissement

A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
4	1	La politique d'établissement favorise l'ouverture sur l'extérieur.	Oui	L'établissement fait partie de l'IFGG filière particulièrement active et pilote de plusieurs projets. Le CHG de St Geoire est dans ce cadre désigné depuis août 2013 établissement pilote pour coordonner la formation en hygiène bucco-dentaire au sein des EHPAD de l'IFGG (17 établissements). Au travers de l'IFGG ou en titre propre, l'établissement a signé une dizaine de Conventions.
4	2	Le dispositif architectural de l'Établissement facilite les rencontres	Oui	L'établissement est neuf, clair et spacieux et plusieurs espaces sont dédiés au lien social comme la salle d'animation, les terrasses, les petits salons à chaque étage. Les salles à manger de tailles modestes (30 pers maxi).....
4	3	Des dispositifs de communication (accès internet, boîte aux lettres ...) existent	Oui	Un accès internet dévolu aux patients existe. Il n'y a pas de boîte aux lettres.
4	4	Il existe des échanges entre établissements	Oui	L'établissement fait partie de réseau dont celui de l'Inter filière gériatrique. Certains personnels sont mutualisés entre les 5 établissements gérés par une direction commune. Certains savoir-faire développés mériteraient d'être mutualisés dans l'inter filière.
4	5	La vie culturelle est présente dans l'établissement (manifestation, exposition, ...)	Oui	Des manifestations sont organisées, en préparation les festivités de l'avent (chorale avec des enfants). Des sorties
4	6	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, ...)	Oui	Les visites sont encouragées, les familles ou proches ont la possibilité de partager un repas avec le résident dans des espaces dédiés qui favorisent l'intimité. Des petits salons à chaque étage sont également très prisés ainsi que des espaces très clairs, à chaque bout de couloir, qui donnent sur la campagne environnante. Les anniversaires sont fêtés mensuellement avec les familles au sein de chaque unité.

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
4	7	Il existe des chartes, des contrats, des conventions contractualisées et actualisées	Oui	Il existe trois chartes appliquées et affichées dans l'établissement Charte de la personne âgée dépendante, celle de l'Humanitude, la Charte interne de "prise en considération". Des conventions sont établies pour les partenariats.
4	8	L'établissement met en œuvre des dispositifs permettant d'encourager les adultes accueillis à connaître et exercer leurs droits de citoyen	Oui	Livret d'accueil reprend ce droit
4	9	L'architecture favorise l'autonomie et la sécurité des résidents et la liberté de circuler.	Oui	La structure dont certains espaces sont communs avec le SSR offre de la diversité dans la liberté de circuler. Des jardins, un parcours de santé à l'extérieur, des terrasses et jardins aménagés et accessibles.
4	10	L'établissement initie des démarches facilitant le « vivre ensemble » (opération "portes ouvertes", fête de la musique, fête des voisins ...)	Oui	Le Projet d'animation est particulièrement dense, complété par l'intervention de bénévoles. L'EHPAD est associé aux fêtes traditionnelles et facilite les liens intergénérationnels du village ex chorale commune enfants, résidents sur le thème de Noël (exemple: chorale commune résidents-enfants...).
4	11	Le CVS assure sa mission concernant le thème	Oui	Le CVS assure sa mission, en plus une réunion par mois des résidents intitulée "Conseil de Maison" permet à chaque résident de venir et de s'exprimer sur le sujet de son choix.
4	12	Des enquêtes auprès des partenaires sont réalisées	Non	A ce jour, il n'existe pas d'enquêtes auprès des partenaires.
4	13	Des enquêtes auprès des usagers sont réalisées	Oui	Une enquête de satisfaction est réalisée tous les deux ans auprès des résidents et de leur famille, la dernière date de mars 2014.
4	14	Les résultats de ces évaluations sont utilisés	Oui	Ces enquêtes sont analysées et diffusées, notamment dans la revue interne "Brèves" dédiée aux professionnelles.

B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	13
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	1
Nombre de "NA"	0
Score du thème :	93%

Synthèse :

- L'établissement a noué de nombreux partenariats, enrichissant son équipe de savoirs complémentaires.
- Son appartenance à l'IFGG, lui permet de participer aux décisions stratégiques de sa zone géographique, voire d'être pilote sur certains thèmes (hygiène buccodentaire par exemple).
- La Direction commune de cinq établissements du pays voironnais assure la mise en place de formations communes et d'échanges inter établissements.
- L'ouverture culturelle et de vie sociale est également très étoffée. De nombreuses sorties sont organisées et l'EHPAD est le lieu de rencontres pour des festivités intergénérationnelles (fête de l'aveut). L'animation est diversifiée avec la participation de bénévoles. Un encadrement de ceux-ci est assuré et des chartes et conventions signées.
- Les résidents et leurs familles sont interrogés sur leur satisfaction tous les mois via les réunions du Conseil de Maison et via des enquêtes analysées et dont les résultats sont diffusés.
- Par contre, il n'existe pas d'enquêtes auprès des partenaires.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : directeur, animateur, familles du CVS, bénévoles, usagers, professionnels
- **Documents** : Projet d'établissement, conventions, projet d'animation, planning d'animation, livret d'accueil, CR du CVS
- **Indicateurs** : nombre de chartes, conventions...

DROITS DES USAGERS ET POLITIQUE DE BIEN-TRAITANCE

Thème 5 : Droits des Usagers

A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5	1	L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accompagnée.	Oui	L'exercice des Droits et libertés est assurée à chaque personne.
5	2	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	Les formations "Humanitude" favorisent le respect de l'autonomie de chacun. Les chambres sont personnalisables. Les convictions religieuses sont respectées. La pastorale de la santé intervient auprès des résidents et les accompagne à la messe.
5	3	Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes, lui est assuré.	Oui	Le résident et/ou sa famille participe au choix des prestations proposées, notamment lors de la rédaction du Projet Personnalisé. Les résidents sont invités à participer, ne serait-ce que par le regard, aux différentes animations.
5	4	Un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins est assurée.	Oui	L'équipe pluridisciplinaire accompagnée par la psychologue très présente aux transmissions et auprès des résidents, s'attache à personnaliser en tous points la prise en charge. L'écoute est au cœur de cette réflexion notamment soutenue par la transcription d'observations sur des fiches.
5	5	La confidentialité des informations concernant l'utilisateur est respectée.	Oui	La confidentialité des informations des usagers est respectée. Les dossiers sont enfermés dans le bureau de la personne responsable des admissions. L'accès au DPI se fait par mot de passe.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5	6	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	Le consentement éclairé est un document signé présent dans le dossier administratif. Le consentement du résident est systématiquement recherché.
5	7	L'accès à toute information ou document relatif à son accompagnement, sauf dispositions législatives contraires, est organisé	Oui	Les modalités d'accès au dossier médical sont précisées dans le règlement de fonctionnement, et le livret d'accueil (CNIL) qui précise : Chaque personne peut obtenir communication des informations le concernant et s'assurer de leur exactitude.
5	8	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'assistante sociale prend en charge la réception de tous les documents administratifs. Les demandes d'ouverture de droit aux aides sont systématiquement réalisées. Elle s'assure également que les résidents et/ou leurs familles ont reçu les informations nécessaires en cas de demande de protection par la justice du résident.
5	9	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	Le résident et/ou son représentant sont des éléments actifs du projet personnalisé. Ils interviennent dans la réflexion de sa mise en place.
5	10	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	Les outils d'information de la Loi 2022-2 (Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, Chartes.....) sont remis et expliqués à chaque résident et à sa famille dès la visite de pré admission.

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5	11	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.	Oui	Le Contrat de séjour est signé dès l'arrivée avec un document intitulé "Consentement éclairé". Le projet individuel, réalisé dans les 4 à 6 semaines après l'admission, fait l'objet d'une co-construction à laquelle le résident et ses proches sont associés de la préadmission jusqu'à la validation du projet.
5	12	Le contrat détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût.	Oui	Le Contrat reprend les prestations proposées dans l'établissement. Les tarifs des intervenants extérieurs sont affichés.
5	13	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.	Oui	<i>Le contrat décrit les prestations assurées par l'établissement et les soins assurés, ceci en respect des recommandations des bonnes pratiques et du projet d'établissement</i>
5	14	L'organisation prend en compte les rythmes spécifiques des personnes accompagnées (endormissement, réveil, repas ...)	Oui	Le principe de Bientraitance appliqué dans la structure veille à respecter au maximum les rythmes des personnes accompagnées. Le consentement est recherché pour tout acte pratiqué.
5	15	Les conditions d'entretien et d'examen respectent la confidentialité (accueil approprié, etc.).	Oui	Les rencontres avec les résidents et leurs familles se font dans les bureaux des CDS ou de l'administration, portent fermées garantissant la confidentialité des échanges.
5	16	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 transmissions ont lieu dans les bureaux des infirmières portes fermées. Les observations et notes sont incrémentées dans le Progiciel de soins uniquement accessible par mot de passe.

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5	17	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	Chaque salarié reçoit une information sur le secret médical et partagé. Les pratiques intègrent cette dimension. Les informations sont échangées dans des pièces assurant la discrétion.
5	18	Une formation ou des actions de sensibilisation concernant l'écoute et le respect des droits des usagers sont organisées	Oui	L'ensemble des soignants sera formé à l'"Humanitude" à la fin de l'année 2014. L'écoute et le respect de l'autre sont des piliers de la prise en charge dans cet établissement.
5	19	Les pratiques professionnelles respectent la dignité et l'intimité des usagers (familiarité des professionnels, etc.).	Oui	La dignité du résident est respectée.
5	20	Les pratiques professionnelles respectent le consentement des usagers (soins sans précaution, etc.).	Oui	L'avis du résident est sollicité avant chaque acte et ses décisions respectées.
5	21	Les droits d'aller et venir sont respectés.	Oui	Les droits d'aller et venir sont effectifs. Chaque famille peut, lorsqu'elle le souhaite et que cela est possible sortir son parent.
5	22	Les Pratiques professionnelles respectent les croyances, les convictions religieuses et les différences culturelles dans les limites du possible	Oui	Les formations à la méthode Gineste Marescotti assurent le respect des convictions de chacun. La commission menu tient compte des interdits alimentaires. Les bénévoles de la "pastorale de la santé" favorise l'activité culturelle des catholiques.
5	23	Les locaux sont organisés de façon à garantir le respect de la confidentialité des informations	Oui	Les locaux sont répartis en 5 secteurs d'hébergement. Chaque secteur dispose d'une partie bureaux de soins, partagés entre les soignants où sont faites les transmissions portes fermées. L'accueil à l'administration ou le bureau de l'assistante sociale permettent également la confidentialité des échanges.

B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	23
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
Score du thème :	100%

Synthèse :

- La culture de la Bientraitance dans cet établissement est mis en œuvre à chaque instant. Elle comprend le droit des usagers non seulement à s'exprimer mais aussi à être écouté et respecté dans tous les actes de la vie.
- Le personnel ne porte pas de jugements de valeur sur les convictions des résidents et leurs volontés sont entendues.
- Le Conseil à la vie sociale est en place et participe activement à la vie de l'établissement.
- Il est complété par des réunions mensuelles au niveau des secteurs.
- Le consentement est recherché systématiquement, la parole de l'usager respectée.
- La confidentialité des informations est assurée par fermeture des pièces où sont les dossiers administratifs et médicaux. Le Logiciel de soins n'est accessible qu'avec mot de passe. Le personnel est informé et régulièrement rappelé à respecter le secret professionnel et la discrétion.
- Le contrat de séjour est conclu pour chaque, le projet d'accompagnement est élaboré 4 à 6 semaines après l'admission en collaboration avec le résident et sa famille.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- Personnes ressources : personnel chargé de l'accueil, référent soignant, représentants du CVS, directeur, famille, soignants
- Documents : livret d'accueil, charte de la personne accueillie, procédure d'admission, contrat de séjour et avenant, protocoles de soins (intimité ...), plan de formation
- Indicateurs : taux de contrats signés, taux de personnes formés sur le sujet (formation continue), taux de remise du livret d'accueil

Thème 6 : Expression des Usagers

A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
6	1	Les modalités d'élaboration du projet personnalisé existent, elles prennent en compte l'expression de l'utilisateur.	Oui	un dossier de recueil de données commence à être renseigné avec l'utilisateur et sa famille dès la visite de pré admission
6	2	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	La famille, les proches et l'utilisateur s'il le souhaite sont reçus par la psychologue quelques jours après l'entrée. Au terme de quelques semaines le projet est validé en présence de l'équipe pluridisciplinaire, de la famille et de l'utilisateur.
6	3	Il existe un recueil des besoins de l'utilisateur dans le cadre de l'élaboration du projet personnalisé	Oui	Le recueil de besoins est construit en 8 points : biographie/habitudes de vie/vie sociale/personnalité/communication/mémoire/soins/attentes. Il est renseigné sur un mode pluridisciplinaire.
6	4	Le projet personnalisé tient compte des besoins exprimés et implicites, et des droits des usagers	Oui	Conformément au projet d'établissement, le consentement est recueilli, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement sont explicités. Les droits et souhaits de fin de vie sont abordés. Le résident bénéficie d'une observation avant que le projet ne soit finalisé pour tenir compte des besoins implicites.
6	5	Un dispositif d'écoute des usagers est clairement défini	Oui	Il existe 3 instances où l'utilisateur est écouté : le CVS et la Commission Menus une fois par trimestre / le Conseil de Maison une fois par mois à l'échelle de l'unité. De plus les résidents sont rencontrés régulièrement par la psychologue et ce soin d'écoute est au cœur des pratiques des soignants.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
6	6	L'établissement facilite l'accès à la connaissance des droits de l'usager (affichage ...) et notamment à toutes démarches ou dispositifs concernant son expression.	Oui	Les documents remis à l'accueil sont explicites. Les affichages concernant les chartes et les prestations auxquelles il peut faire appel sont effectifs. Le signalement en cas de maltraitance devra faire l'objet d'un protocole dans le règlement de fonctionnement co signé par le résident, sa famille et les soignants.
6	7	Les dispositifs pour valoriser et faciliter l'expression des usagers sont mis en œuvre par l'établissement (conseil de la vie sociale ...)	oui	Le CVS se réunit tous les 3 mois, comme la commission menus. Les résidents préfèrent s'exprimer dans des instances moins institutionnelles comme le conseil de maison proposé dans chaque unité qui se réunit tous les mois et permet des échanges notamment sur les repas mais aussi sur l'animation le plus souvent.

B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	7
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
Score du thème :	100%

Synthèse :

- Les usagers "sont sujets" d'une écoute professionnelle de la part des soignants formés à l' Humanitude.
- Les soins apportés par la psychomotricienne, l'APA et l'ergothérapeute sont aussi propices à une écoute spécifique : groupe de patients sur plusieurs séances ou accompagnement individualisé.
- Le service animation , les responsables hôteliers sont au cœur des préoccupations et attentes des résidents donnant réellement du sens au projet personnalisé.
- Ce dernier est, à ce jour, réalisé pour chaque résident.
- La majorité des résidents le souhaitant bénéficient d'entretiens avec la psychothérapeute.
- Le "conseil de maison" est une initiative pertinente. Co animé par le CDS de l'unité et la psychothérapeute, il permet l'expression à plus petite échelle que le CVS ou la commission des Menus.
- "La culture bientraitance" si ancrée dans cet établissement doit apparaître de façon plus formelle dans les documents d'accueil destinés aux usagers.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : directeur, responsable de service, usagers, représentants du CVS, professionnels
- **Documents** : Projet d'établissement et sa méthode d'élaboration, livret d'accueil, enquête de satisfaction, affichage des chartes concernant les droits des usagers, CR du CVS, dossier de l'usager
- **Indicateurs** : taux de réponses aux questions du CVS, nombre de CR du CVS, résultats enquête de satisfaction

Thème 7 : Bientraitance

A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
7	1	<i>Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance, et à la promotion de la bientraitance.</i>	<i>Oui</i>	La formation Humanitude, à laquelle tous les soignants seront formés d'ici la fin de l'année génère une véritable politique de bientraitance. Le rapport d'Evaluation Interne de 2013 prévoit sur le thème du management le "soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance".
7	2	<i>Le dispositif de signalement interne et externe est formalisé, diffusé et validé par le Directeur.</i>	<i>Oui</i>	La CRUQ dont le fonctionnement est expliqué dans le livret d'accueil permet ces signalements. Sa formalisation mériterait d'être plus explicite encore dans le règlement de fonctionnement remis à l'entrée du résident.
7	3	<i>Il existe une procédure d'accueil des nouveaux salariés qui intègre la question de la prévention de la maltraitance</i>	<i>oui</i>	La procédure est rédigée, validée et accessible par la "documentation" en ligne. Les nouveaux salariés sont doublés ce qui permet aussi une "acculturation"
7	4	<i>Les conduites à tenir en matière de signalement de maltraitance sont connues des acteurs.</i>	<i>Oui</i>	L'établissement est très réactif à tout incident de ce type et le réajustement apporté est rapide. Les CDS rencontrent régulièrement leurs équipes et sont aux transmissions orales.
7	5	<i>Les nouveaux salariés et les stagiaires sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance</i>	<i>Oui</i>	Les nouveaux salariés sont intégrés dès que possible à la formation Humanitude et les stagiaires disposent d'un livret d'accueil qui fait référence à ces notions. Le PAQ prévoit d'évaluer la satisfaction des nouveaux arrivants sur l'accueil et la prise de poste" ce qui a été fait fin 2013 pour un tiers des agents concernés.(généralisation en 2014)
7	6	<i>La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance sont inscrites comme un axe fort de la politique de formation</i>	<i>Oui</i>	L'axe fort de la politique de formation est de former l'ensemble des professionnels à l'Humanitude.

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
7	7	L'établissement dispose d'outils visant à prévenir la maltraitance (powerpoint, affiches, livret, guide ...)	Oui	Les 4 principes de l'HUMANITUDE figurent en affichage sur toutes les unités de soins. L'affiche ALMA avec no de tel est à l'accueil de la structure.
7	8	Le ou les outils présent(s) intègre(nt) les 4 repères de la recommandation : - l'utilisateur 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 bienveillance.	Oui	L'utilisateur est co auteur dès la visite de pré admission où sa présence est vivement sollicitée, puis par les instances et les entretiens mis à sa disposition. La formation des professionnels, les valeurs qui sous-tendent le projet d'établissement, la pluridisciplinarité de l'équipe (en ayant pris soin de lister les compétences et spécificités de chacun) sont des atouts de la qualité du lien entre professionnels et usagers. Il est mis en place un groupe ressource Humanitude composé de soignants et qui permet de pérenniser les attitudes bien traitantes par des actions ponctuelles de rappel et/ou de soutien. L'animation par le biais de l'animatrice, des associations VIVRE ENCORE et LA PASTORALE DE LA SANTE, des soignants référents animation tient une place importante dans la mesure où elle favorise les liens avec l'extérieur (visites de musées, de crèches.../marché.../ théâtre..) et où elle ouvre l'établissement à des partenaires extérieurs (féerie du sucre /ateliers fromages/ "la ronde des nounous"....). De plus les conventions signées par l'établissement avec des équipes mobiles telles que celles de Soins Palliatifs ou de la Psychiatrie du Sujet Agé enrichissent l'accompagnement des résidents.
7	9	L'encadrement est informé de son rôle dans la prévention de la maltraitance (formation, information à l'accueil ...)	Oui	Les CDS et la Direction des Soins sont garants et moteurs de cette politique. L'une d'entre elles est référente HUMANITUDE/BIENTRAITANCE. Elle a bénéficié d'une formation spécifique et a dispensé l'outil MOBILQUAL en 2012 et 2013 avant de mettre en place le groupe de pilotage Humanitude. Plusieurs actions sur "la toilette évaluative", "bienvenue chez moi", et l'élaboration d'une fiche de vocabulaire "respectueux" sont planifiées.
7	10	L'établissement a conduit une réflexion sur les risques de maltraitance	Oui	Les risques sont définis et les différents groupes ou audits ou réunions mis en place témoignent de la réflexion conduite.
7	11	L'établissement dispose d'indicateurs sentinelles (turn over, absentéisme, conflit ...)	Oui	Les indicateurs sont disponibles .Les signalements d'incidents génèrent une remédiation rapide.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
7	12	<i>L'utilisateur est informé des recours dont il dispose en cas de maltraitance</i>	<i>Oui</i>	L'utilisateur en est tenu informé à l'accueil et tout au long de son séjour. Les résidents rencontrés et en capacité de s'exprimer relatent que les soignants sont systématiquement à leur écoute. La CRUQ comme le CVS sont les instances où les plaintes potentielles seront prises en compte.

B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	12
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
Score du thème :	100%

Synthèse

- La politique de formation comme la politique de soins de la structure favorisent un "prendre soin" bientraitant.
- La pérennisation de cet axe est assuré par l'encadrement.
- Les usagers trouvent recours dans la structure.
- Les personnels nouvellement accueillis et les étudiants ou élèves en stage disposent de données explicitant cette culture de la bientraitance.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : un salarié par branche, directeur, cadres de santé
- **Documents** : plan de formation, procédure de signalement, livret d'accueil mentionnant la question du signalement de maltraitance, documents sur la bientraitance présent dans les services (recommandations, livret pédagogique d'une formation sur le thème ...)
- **Indicateurs** : nombre de fiche de signalement sur l'année, nombre d'agents formés, existence d'espace de parole,

PRISE EN CHARGE DE L'USAGER

Thème 8 : Attentes de la personne et projet personnalisé

A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
8	1	La recommandation sur le projet personnalisé a été l'occasion d'une actualisation ou d'un approfondissement des professionnels sur ce thème.	Oui	Tous les professionnels sont sensibilisés au projet personnalisé. Ils l'alimentent régulièrement par leurs fiches d'observation. L'Évaluation Interne a permis de renouveler la volonté de la structure dans ce domaine et de réaffirmer les objectifs à poursuivre.
8	2	La conception architecturale des bâtiments permet de répondre aux caractéristiques des projets de vie des personnes accompagnées	Oui	Le respect de l'intimité et de la dignité proposé par l'architecture est propice à un accompagnement personnalisé : chambres seules /quelques chambres à 2 lits selon souhaits des résidents / plusieurs salons par étage favorisant les rencontres avec les familles / salons de "bout de couloir" permettant une solitude recherchée mais aussi une vision de tout ce qui se passe/ espaces extérieurs aménagés.
8	3	Le projet d'établissement comporte les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins	Oui	Les caractéristiques du projet de soins comme du projet social comme du projet médical sont une déclinaison de celles du projet d'établissement. Les valeurs "y sont des références communes, partagées fondant la conduite professionnelle de chacun".
8	4	Le projet d'établissement/service mentionne des principes d'intervention qui concernent le projet personnalisé	Oui	Les principes de l'accompagnement personnalisé sont un point fort du projet d'établissement. Une des actions figurant au PAQ 2014 s'intitule : " identification des valeurs et définition d'une politique qualité " Plusieurs actions sont liées à l'élaboration du projet, sa conduite et sa pérennisation

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
8	5	Ces principes sont connus des professionnels et partagés par eux	Oui	Les professionnels sont informés régulièrement par l'encadrement et reçoivent un journal mensuel "BREVES" avec leur bulletin de salaire leur permettant de partager la culture qualité liée au projet personnalisé (résultats d'audit / enquête de satisfaction/événements festifs..)
8	6	Un projet personnalisé est rédigé pour chaque personne accompagnée.	Oui	A ce jour tous les résidents disposent d'un projet personnalisé. Les nouveaux résidents accueillis valident leur projet en équipe au terme de 4 à 6 semaines de présence.
8	7	Le projet individuel est construit en équipe pluridisciplinaire avec l'usager (ou représentant légal, proche...).	Oui	Le projet individuel fait l'objet d'une co-construction à laquelle le résident et ses proches sont associés de la préadmission jusqu'à la validation du projet.
8	8	Les outils de recueil et d'aide à l'analyse et à l'élaboration du projet personnalisé existent.	Oui	Le recueil de données existe. Le dossier patient informatisé de par la validation des plans de soins, les transmissions ciblées et les fiches d'observation de l'équipe pluridisciplinaire permet de renseigner et réactualiser le projet personnalisé.
8	9	Le projet comporte des priorités d'actions	Oui	A partir de la rubrique "attentes" des objectifs prioritaires sont formulés.
8	10	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	La structure travaille en groupement (GCS) avec d'autres CH ex-hôpitaux-locaux sur le logiciel du DPI afin de faciliter l'incrémentation des données du DPI (notamment les fiches observation particulièrement riches) au Projet individualisé. Les personnels de nuit ont ajouté un volet spécifique "nuit" à ce projet.
8	11	Les professionnels sont sensibilisés ou formés à la mise en place des projets personnalisés	Oui	La sensibilisation est constante car renouvelée régulièrement par l'encadrement et les référents nommés auprès des résidents.

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
8	12	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	Une fiche de poste a été élaborée en 2014 pour les référents. Elle figure dans la rubrique RH de la Documentation. Les référents sont nommés à ce jour pour une majorité des résidents. La psychologue, les rééducateurs, l'animatrice représentent autant d'interventions susceptibles de réactiver ou réactualiser le projet.
8	13	Des modalités de soutien aux professionnels dans l'élaboration et le suivi des projets personnalisés existent.	oui	Le PAQ 2014 met en place un étayage (fiche de poste des référents réalisée/formation des référents en 2015/ nomination de référents effective à ce jour /planification des synthèses...) propice au soutien des professionnels. Les réunions pluridisciplinaires régulières lors des transmissions mises en place par les CDS sont également une instance favorisant l'expression plurielle des agents au sujet des résidents. La psychologue très présente aux transmissions orales anime de plus quelques heures de formation en fonction des besoins.

B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	13
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
Score du thème :	100%

Synthèse :

- Le projet d'accompagnement personnalisé fait partie intégrante du "prendre soin " du résident.
- Il est conçu dès la visite de préadmission et évolue au fil des étapes et du cheminement du résident.
- Ce cheminement est particulièrement nourri dans la structure par 3 étayages forts: 1. la politique d'encadrement 2. la pluridisciplinarité 3. la présence de référents des résidents.
- Chaque professionnel (médecin /soignant /psychologue/ergothérapeute/APA / psychomotricienne / animatrice / responsable restauration...) apporte sa contribution spécifique dans une logique de complémentarité efficiente.
- Le résident reste l'auteur et l'acteur dans la mesure où il est en capacité de choix.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : Usagers, représentants du CVS, animateurs, médecins, Infirmiers, directeur, cadres, autres professionnels participants à la prise en charge (psychologue, assistante sociale, ...)
- **Documents** : Projet type, plan d'animation, fiche de poste notamment du référent
- **Indicateurs** : nombre de projet signés, taux de réévaluation des projets ...

Thème 9 : Cohérence et continuité des actions et interventions

A - Constats

Réf.	Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
9 1	Une réflexion concertée de l'établissement a permis la mise en œuvre d'une organisation adaptée aux besoins et aux moyens disponibles.	Oui	La rénovation de l'établissement et sa restructuration ont été l'occasion d'une réflexion concertée et adaptée tant au niveau de l'EHPAD que du secteur dédié aux résidents atteints de Maladie d'Alzheimer et apparentées. Ce dernier n'a pas bénéficié des moyens requis pour une appellation d'"unité protégée".
9 2	L'organisation des changements et l'information correspondante aux secteurs et aux professionnels concernés font partie des règles de présence et de concertation.	Oui	Les plannings de nuit comme de jour font l'objet d'affichages. Ils sont actualisés par les 3 CDS. Les règles de présence sont arrêtées par la GRH.
9 3	La coordination et la continuité des soins s'appuient notamment sur les transmissions orales et écrites entre les diverses équipes.	Oui	Les transmissions écrites font l'objet d'un même et unique support informatisé. Les professionnels bénéficient de portables pour une traçabilité au plus proche des résidents. Les transmissions orales sont organisées au sein de chaque secteur matin/midi et soir.
9 4	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)	En grande partie	L'enquête de satisfaction menée en mars 2014 auprès des 86 résidents en capacité d'y répondre (sur les 151) témoigne qu'un tiers des résidents demeure peu ou pas satisfait des informations qu'il détient sur sa maladie ou ses traitements. Cependant, la connaissance qu'ont les médecins et les équipes des résidents et de leurs familles facilitent les demandes. Le service social est efficient.

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
9	5	Les Informations retraçant l'évolution de l'état de l'utilisateur sont actualisées.	Oui	Les médecins, tous salariés de l'établissement, réalisent leurs prescriptions en ligne. Le DPI permet une visualisation de l'évolution de l'état du patient même si un réajustement prochain du logiciel devrait permettre une lisibilité plus efficace encore.
9	6	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.).	Oui	Les professionnels référents sont nommés. Il s'agit d'IDE ou d'AS. Les informations médicales sont délivrées le plus souvent par les médecins et/ou le CDS. Les médecins ont mis en place un Comité d'Ethique qui se co-articule avec la Commission de Soins et le CLUD permettant une synergie des acteurs au profit d'une réflexion sur les pratiques et sur la prise en charge du patient (souhaits de fin de vie notamment)
9	7	La délivrance de l'information à l'utilisateur est coordonnée (documents types d'information)	Oui	Les différents intervenants se coordonnent suffisamment pour que le résident soit informé des soins ou prestations dont il va bénéficier. Chaque unité affiche également le planning des animations.
9	8	Il existe modalités de concertation par secteur et entre secteurs d'activité.	oui	Les concertations sont d'autant plus facilitées que les CDS ont tour à tour occupé le poste sur le SSR de la structure ou sur l'EHPAD. Les organisations matérielles sont volontairement identiques ce qui permet une adaptabilité performante. Les personnels de nuit changent d'unité tous les ans ce qui est aussi un gage de concertation.
9	9	Le planning de présence, gardes et astreintes, prévision et organisation des remplacements sont affichés.	Oui	Les procédures concernant les gardes et astreintes sont affichées et connues. La dernière note de service de juillet 2014, affichée dans toutes les salles de soins, est explicite quant à l'organisation de l'établissement en cas d'urgence médicale. Les plannings sont affichés (soignants et autres intervenants)
9	10	Les moyens de coordination sont définis (supports, temps de réunion, temps de transmission, etc.)	Oui	Le Directoire se réunit tous les mois. A l'échelle des unités de soins, chaque CDS met en place un rythme de réunions d'équipe ou de service. Les transmissions orales sont régulièrement élargies à l'équipe pluridisciplinaire. Le Médecin est présent au moins 2 fois par semaine à ces transmissions.

B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	9
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
Score du thème :	97%

Synthèse

- La continuité des soins est assurée sur tous les secteurs.
- La présence du SSR dans l'établissement apporte la sécurité nécessaire à une prise en charge cohérente.
- Les transmissions écrites sont centralisées, informatisées et investies par tous. Des réajustements vont être opérés dans le groupement d'établissements pour faciliter la mise en lien des données et un aperçu plus holistique du résident.
- Les transmissions orales sont des temps forts de la structure, investis par des équipes le plus souvent en pluridisciplinarité.
- Les groupes de pilotage des projets ou actions responsabilisent les professionnels.
- Le suivi des résidents (évolution de la maladie / modification de traitements) pourrait leur être transmis de façon plus formelle et plus systématique.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : personnel, médecin
- **Documents** : organigramme, dossier type, dossiers anonymisés, règlement intérieur, protocole d'accès au dossier, CR de réunion avec les familles, plannings, astreintes
- **Indicateurs** : regroupement des informations des différents professionnels participants à la prise en charge dans un dossier unique et partagé

Thème 10 : Application des bonnes pratiques de soins

A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	1	Les principes de bases en hygiène sont connus et respectés (tenue, précautions standard ...)	Oui	Toutes les procédures et protocoles concernant l'hygiène des tenues et les précautions standard sont en ligne et consultables par tous.
10	2	L'établissement applique les recommandations concernant la prévention de la légionellose	Oui	Les recommandations sont appliquées avec un défaut d'installation lors de la rénovation qui nécessite à ce jour la présence d'un filtre sur chaque robinet en attendant que la correction soit apportée.
10	3	Les normes concernant les soins et le confort sont mises en œuvre dans l'établissement	Oui	La formation Humanitude génère des pratiques de confort dans les soins. Les chambres disposent toutes de douches et une douche hebdomadaire est planifiée. Toutes les chambres sont équipées de rails à l'exception du secteur dédié Alzheimer. L'établissement dispose d'une salle de bains pour 30 résidents avec un lit douche et d'une baignoire. Thérapeutique
10	4	Les normes concernant l'alimentation sont respectées	Oui	La cuisine relai et les référents alimentation de chaque unité sont sensibilisés et/ou formés à la démarche HACCP. La traçabilité des températures de frigo comme des plats à la sortie du charriot de remise en température est assurée et affichée.
10	5	La gestion des circuits est inscrite dans l'assurance qualité interne (linge, déchet, ...)	Oui	Les containers sont identifiés dans chaque unité /les protocoles déchets domestiques et DASRI sont en ligne/ les locaux sont conformes à chaque étage et au départ des containers.
10	6	Les bonnes pratiques concernant l'entretien des locaux sont respectées	Oui	L'infirmière hygiéniste anime un groupe d'ASH et accompagne chaque nouvel agent dans l'entretien d'une chambre. L'équipe du pôle d'entretien bénéficie d'auto laveuse et de vaponnettoyeur. Cet entretien est tracé dans chaque local et/ou ascenseur. Il est de grande qualité.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	7	Les conduites à tenir concernant les AELB sont connues et disponibles et appliquées	Oui	Le protocole validé est sur la gestion documentaire en ligne. Aucun AES n'est à déplorer depuis 2013. Le matériel est sécurisé (épicerie intime / matériel de prélèvement/seringues à insuline.....)
10	8	Le circuit des déchets est maîtrisé (DASRI, piles, verres....)	Oui	Les procédures sont validées et les locaux adaptés.
10	9	Le guide des bonnes pratiques de soins est connu, disponible et utilisé	Oui	Il est disponible et utilisé. Il est accessible en ligne et le sera bientôt sur l'outil de gestion électronique de documents.
10	10	La prestation alimentaire fait l'objet d'une évaluation initiale puis périodique (pesée, utilisation d'une échelle d'évaluation nutritionnelle, satisfaction de la personne)	Oui	100% des résidents sont pesés à l'entrée puis une fois par mois ou tous les trois mois selon le besoin. Ce suivi fait l'objet d'une traçabilité rigoureuse. L'animatrice déjeune régulièrement avec un résident dénutri. Le nombre de collations données par le personnel de nuit a fait l'objet d'un audit sur une semaine en 2014. Le "manger-mains" a fait l'objet d'une information sur les Brèves de mars 2014 et est un axe retenu par la structure pour lutter contre la dénutrition.
10	11	La prise alimentaire et les régimes alimentaires font l'objet d'un suivi formalisé.	Oui	La prise alimentaire est tracée sur le DPI par le biais du plan de soins. Les régimes sont répertoriés dans chaque office alimentaire. Un Cadre de Santé anime un groupe de référents HACCP en lien étroit avec la restauration.
10	12	L'hydratation fait l'objet d'un suivi formalisé	Oui	Les patients ayant des difficultés à s'hydrater seuls sont recensés pour une sollicitation plus systématique. Un verre de jus d'orange est donné aux résidents en milieu de matinée depuis un an, ce qui est très apprécié. Le plan de formation met en œuvre une formation aux soins bucco-dentaires pour tous les soignants.
10	13	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 totalement rénovés avec une architecture très aérée et les sols des chambres et salles de bains adaptés. Une attention toute particulière est apportée aux prescriptions de somnifères dont l'administration a chuté en un an de 29% à 8% (BREVES DE JUILLET 2014) L'ergothérapeute apporte ses compétences sur le plan du chaussage pour lequel l'équipe est vigilante.

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	14	L'autonomie motrice fait l'objet d'une évaluation périodique et d'actions de soutien approprié.	Oui	Un bilan est réalisé à l'entrée par le rééducateur en fonction des troubles du résident. La psychomotricienne, l'ergothérapeute et l'APA animent des groupes "équilibre", des groupes de gymnastique et une activité marche sur le secteur dédié. Ces prises en charge font l'objet de bilans au décours des séances et ceux-ci sont tracés dans le DPI du résident. Cette collaboration avec les soignants est riche de bénéfices pour les résidents: de plus en plus prennent leur repas en salle à manger y compris le soir. L'ergothérapeute a réalisé un document illustré des aides techniques pour toutes les équipes afin d'aider au choix le plus adapté. La fiche PRIVI 6 du PAQ témoigne des points forts de la politique de prévention et des axes d'amélioration en particulier l'analyse des risques de chute.
10	15	Le risque d'escarre, le risque de constipation, l'incontinence fait l'objet d'une politique de prévention systématique.	Oui	Une EPP escarre a été conduite. Des référents "plaies et cicatrisations" titulaires du DU pérennisent la politique menée. Une enquête de prévalence menée en 2013 a montré un taux passé de 8% à 6% en 1 an sur le site. Une réflexion est menée sur les compléments protéinés. La grille de Braden figure sur chaque DPI de résident dès l'entrée. Pour la constipation protocoles et guide des situations à risques ont été élaborés et sont accessibles. Pour l'incontinence, un protocole de prise en charge et de dépistage a été réalisé fin 2014 tout en sachant que la dignité du résident et son autonomie sont aussi des valeurs fortes prônées par la formation humanitude.
10	16	En cas d'alitement temporaire, il existe des protocoles de prévention des attitudes vicieuses de mobilisation précoce et de restauration motrice.	Oui	Le matériel dont dispose la structure est adapté et la formation des soignants à l'humanitude est encore ici un atout : mise en " position canoë". Les protocoles sont accessibles
10	17	Le recours éventuel à la contention physique est effectué en conformité avec les recommandations professionnelles.	en grande partie	La contention fait l'objet d'une prescription réévaluée quotidiennement, la réflexion bénéfique/risque est tracée. Le protocole a été réajusté début 2014.La pluridisciplinarité apporte sa contribution à cette problématique mais à ce jour la rigueur dans la réévaluation peut encore être perfectible.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	18	La douleur aiguë et chronique est évaluée et prise en compte en regard des traitements dispensés (médicamenteux et non médicamenteux).	en grande partie	La prévention et la prise en charge de la douleur font l'objet de la fiche PRIVI 4 du PAQ. La douleur est évaluée et tracée pour tout résident entrant. Des infirmières conseil douleur et un CDS référent rendent pérenne cette politique. Des audits ont été réalisés cherchant à générer un tracé exhaustif du suivi et de l'efficacité du traitement. Des approches non médicamenteuses mériteraient d'être développées bien qu'elles aient déjà le mérite d'exister; relaxation, cryothérapie, chaleur..
10	19	<i>L'avis de spécialiste est requis pour état de santé le nécessitant. L'hospitalisation d'une personne accompagnée est organisée de façon à en réduire les conséquences néfastes pour elle-même.</i>	oui	L'inter filière dont dépend l'établissement et la présence du SSR sur le site favorisent l'accès rapide aux consultations spécialisées. Les équipes mobiles de soins palliatifs et de psychiatrie du sujet âgé sont des partenaires appréciés.
10	20	<i>L'autonomie psychique fait l'objet d'une évaluation périodique et d'actions de soutien appropriées</i>	En grande partie	Le recours à un psychiatre est complexe de par les difficultés rencontrées par les CMP. Cependant l'EMPSA est sollicitée et répond ponctuellement aux attentes des équipes. La psychothérapeute est un soutien indéniable pour cet accompagnement. Elle pratique des NPI en fonction des besoins et le travail mené actuellement sur l'ouverture attendue du PASA et de l'UCC sur le SSR sont autant de mobilisations sur cette thématique.
10	21	<i>La détérioration cognitive fait l'objet d'un accompagnement spécifique.</i>	en grande partie	L'évaluation gériatrique à l'entrée fait l'objet d'une action planifiée pour début 2015. A ce jour la psychothérapeute réalise les MMS et autres tests cognitifs pour certains résidents et réévaluent au rythme des besoins. L'ensemble des professionnels bénéficie régulièrement de rappels sur la Maladie d'Alzheimer et autres démences par la psychothérapeute. La structure est attachée à la formation diplômante: ASG/AMP
10	22	<i>Les préconisations du registre de sécurité sont suivies</i>	oui	Le carnet sanitaire est tenu à jour dans tous les registres concernés.
10	23	<i>Les incidents concernant les bonnes pratiques sont identifiés et suivis d'effets</i>	oui	Ces incidents font l'objet de signalements (FEI) et d'actions correctives puis analysés en COGEVIRISQ.

B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	17
Nombre de "En grande partie"	4
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
Score du thème :	93%

Synthèse :

- Les bonnes pratiques des soignants sont valorisées par le biais d'audits et de résultats publiés en " journée qualité" du secteur : amélioration de l'état de santé des résidents grâce au soin en humanité.
- La présence de l'équipe pluridisciplinaire notamment sur le plan de la rééducation est un atout majeur : soutien à l'autonomie et à la prévention des risques.
- Le suivi et l'accompagnement réalisé par la psychothérapeute aident à un prendre soin de qualité sur le plan cognitif et psychique.
- La politique de l'établissement qui consiste à responsabiliser par la mise en place de correspondants et référents est particulièrement étayant.
- La dynamique générée par les activités d'équilibre, de marche et les activités d'animation sont propices à un mieux-être sur le plan psychique comme physique.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- Personnes ressources : Le responsable Qualité du secteur de référence, le Directeur, le Médecin coordonnateur, des usagers membre du CVS
- Documents : le projet d'Etablissement, le PAQ, l'Evaluation Interne, le DU
- Indicateurs : Chapitres du GREPHH / Enquêtes de satisfaction

QUALITE ET RISQUES

Thème 11 : Démarche Qualité

A - Constats

Ref.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
11	1	Les responsabilités des différents acteurs concernant la gestion de la qualité sont définies	Oui	Les responsabilités sont réparties entre les CDS en lien avec la Direction des Soins, chargée de la Qualité.
11	2	Une organisation est mise en place pour déployer la démarche (relais qualité, accompagnement méthodologique)	Oui	La culture de l'audit et de l'évaluation des Pratiques Professionnelles est omniprésente dans l'établissement. L'infirmière Hygiéniste est un de ces relais. Son programme d'actions 2014 décline les échéances pour chaque action qu'elle soit de surveillance, documentaire, d'évaluation ou de formation.
11	3	Il existe une organisation de la qualité dans les secteurs d'activité (éventuellement référents qualité).	Oui	La qualité est organisée au niveau du secteur par le biais de responsabilités : référents humanité /infirmières conseil en douleur /référents escarres / correspondants hygiène/référents HACCP... Les Cadres De Santé sont eux-mêmes en charge de dossiers sur ces thématiques permettant un relai efficace de la Direction des Soins en charge de la Qualité sur l'ensemble de la structure.
11	4	Des actions qualité sont mises en œuvre dans les différents secteurs	Oui	Tous les secteurs sont concernés par des actions Qualité : la semaine du goût organisée par l'Animation en oct 2014 / l'EPP douleur / la journée Qualité du 6 juin 2014 de Tullins avec une intervention des Cadres et soignants sur le "développement de la culture bientraitance" (bilan de la prise en soins en Humanitude)/ EPP Escarres / Journée Hygiène des Mains de mars 2014 / EPP cathéter sous cutané.....

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
11	5	L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des équipes fait partie de la politique d'amélioration de la qualité	Oui	Les audits et EPP sont une réelle culture de l'établissement. Les EPP sont inscrites au PAQ et font l'objet d'un retour aux équipes par le biais de l'encadrement, des référents, de la lettre "BREVES" et des différentes instances de l'établissement.
11	6	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 ...)	Oui	La documentation interne est accessible à tous sous l'icône "documentation" de l'écran de tout ordinateur. Elle est utilisée par les soignants. L'établissement est en voie de se doter de l'outil KALITECH pour faciliter encore ce classement et l'accessibilité des données. L'établissement est abonné à plusieurs revues professionnelles mises à disposition.
11	7	Une organisation est en place pour assurer le suivi régulier du programme d'amélioration de la qualité	Oui	Le PAQ est réajusté tous les ans. Il comprend les thématiques, les actions, les indicateurs et échéances.
11	8	Le responsable qualité ou la direction communique régulièrement sur les objectifs et priorités.	Oui	Le mode de communication choisi est celui d'un journal mensuel dénommé "les brèves du mois". Il est joint au bulletin de salaire de chaque professionnel. Le COPIL Qualité est réuni tous les 3 mois et les résultats sont répercutés en CVS / CME / CTE / Commission de Soins.
11	9	Il existe un accompagnement méthodologique des acteurs des secteurs d'activité à la démarche qualité et aux outils qualité.	Oui	La Direction des Soins en charge de la Qualité est une totale garantie de la démarche menée et des outils mis à la disposition des différents secteurs.

B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	9
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
Score du thème :	100%

Synthèse :

- A tous les niveaux, la structure met en œuvre des actions Qualité.
- Les professionnels sont sensibilisés à la démarche et témoignent d'innovations pertinentes et enrichissantes : les rééducateurs produisent des documents (récapitulatif illustré sur "les aides techniques"/la prévention des chutes...) / l'animation organise une semaine du goût /la psychologue et les AMP animent un groupe de musicothérapie/ Une équipe présente l'Humanitude en Journée Qualité inter établissements / l'IDE hygiéniste et ses correspondants font participer résidents et familles à la "journée des mains".....
- Les audits et évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont fréquents et réguliers, générant une réelle implication et mise à jour des soignants dans leurs actes.
- La diffusion des résultats par affichage (serveur) et courrier (BREVES) joue un rôle de cohésion.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : Le responsable Qualité ou son équivalent RAQ, le Directeur, le Médecin coordonnateur Pt de CME, le(s) référent(s) qualité, des usagers membre du CVS
- **Documents** : le projet d'Etablissement, le PAQ, FAQ suivi des Événements Indésirables, la Politique Qualité, CR des CAS (comités d'amélioration du site), CR d'évaluation interne, Procédure des procédures, procédure de signalement des EI, enquête de satisfaction des usagers : synthèse annuelle, plan de formation, charte qualité, de confiance, charte d'accueil des nouveaux arrivants, ...
- **Indicateurs** : ICALIN et indicateurs Hygiène, Enquêtes de satisfaction, taux de satisfaction / usagers. Professionnels, nb FEI, Nb d'agents formés / Qualité, Évaluation qualité, formation, nb de tuteurs qualité

Thème 12 : Prévention des Risques

A - Constats

Ref.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Ns)	Constats
12	1	La direction, les instances et les professionnels sont impliqués dans une politique de prévention des risques au sein de la structure	Oui	Le Plan d'Amélioration de la Qualité comme le Document Unique des risques professionnels de 2014 en témoignent. Les instances telles que le COGEVIRISQ/ le CHSCT/le CTE / le CLIN /le CREX auxquelles participent les professionnels, sont réunies régulièrement.
12	2	L'établissement a défini des objectifs en termes de gestion des risques	Oui	Chaque action est déclinée avec des objectifs, des indicateurs d'évaluation et une échéance.
12	3	Il existe une réelle communication sur les objectifs et les priorités du programme de prévention des risques	Oui	La communication est triple : par la participation aux instances sus citées, par l'accessibilité via le serveur à tous les compte rendus de réunions et par les Brèves mensuelles.
12	4	Une organisation est en place pour identifier et analyser les risques a priori	Oui	La cartographie des risques est efficiente.
12	5	Une organisation est en place pour identifier et analyser les risques à partir des incidents et accidents survenus	Oui	Chaque évènement indésirable fait l'objet d'une fiche de signalement version papier et bientôt en ligne. Ces évènements font l'objet d'une analyse immédiate par la Direction des Soins en charge de la Qualité puis sont repris en COGEVIRISQ.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
12	6	Une démarche visant à sécuriser les risques liés aux médicaments existe	Oui	L'établissement est doté d'une PUI. La préparation des piluliers nominatifs est réalisée avec 3 contrôles au sein même de la pharmacie. La prescription nominative est informatisée et en lien direct avec la Pharmacie. Toute association médicamenteuse contre indiquée fait l'objet d'une alerte sur le Dossier Patient Informatisé ainsi que d'une information orale au prescripteur. Les traitements sont distribués par les infirmières et par les aides-soignants en leur absence. Toute difficulté rencontrée fait l'objet d'un signalement et d'une traçabilité. Les événements indésirables et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont réalisées en équipe pluridisciplinaire par l'intermédiaire du CREX. Elles ont été au nombre de 3 en 2013 en lien uniquement avec l'administration, et ont fait l'objet d'actions correctives. Les CR du CREX sont accessibles via le serveur. La gestion des stupéfiants a aussi été réajustée par le Pharmacien conformément aux normes en vigueur et visant une traçabilité à la fois plus simplifiée et plus rigoureuse car plus lisible. Des audits périodiques sont réalisés sur la préparation des piluliers et sur l'administration des médicaments. Le pharmacien participe à toutes les instances de la structure et assure une présence régulière auprès des équipes et des résidents.
12	7	Une démarche d'identification et de prévention des risques professionnels existe	Oui	Les risques professionnels sont recensés. La prévention est mise en œuvre. Les instances telles que le CHST et la Commission des Soins (CSIRMT) permettent de relayer et d'évaluer ces actions.
12	8	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...)	Oui	Tous les protocoles sont validés et figurent sur le serveur. Les lieux rafraîchis sont identifiés. L'été, des bouteilles d'eau fraîche sont mises à disposition des résidents. Les exercices incendie et la formation régulière des agents sont des points d'attention de l'établissement. Le risque d'enneigement fait l'objet de procédures également.

B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	8
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
Score du thème :	100%

Synthèse :

- Chaque acteur est concerné par la Prévention des Risques.
- Les professionnels sont tenus informés régulièrement.
- Le circuit du médicament a fait l'objet d'une réflexion concertée pour une sécurisation optimale jusqu'au sein de l'unité de soins.
- La présence sur le site d'une Direction en charge de la qualité est un atout majeur.

Personnes rencontrées, observations et documents consultés

- **Personnes ressources** : Le responsable Qualité ou son équivalent RAQ, le Directeur, le Médecin coordonnateur Pt de CME, le(s) référent(s) qualité, des usagers membre du CVS
- **Documents** : le projet d'Etablissement, le PAQ, FAQ suivi des Événements Indésirables, la Politique Qualité, CR des CAS (comités d'amélioration du site), CR d'évaluation interne, Procédure des procédures, procédure de signalement des EI, enquête de satisfaction des usagers : synthèse annuelle, plan de formation, charte qualité, de confiance, charte d'accueil des nouveaux arrivants, ...
- **Indicateurs** : ICALIN et indicateurs Hygiène, Enquêtes de satisfaction, taux de satisfaction / usagers. Professionnels, nb FEI, Nb d'agents formés / Qualité, Évaluation qualité, formation, nb de tuteurs qualité

PRECONISATIONS

Comme le font ressortir l'ensemble des constatations effectuées, l'EHPAD du Centre Hospitalier Gériatrique s'inscrit dans une démarche d'évolution et d'adaptation des prises en charge proposées aux publics accueillis.

Les 12 thèmes évalués au cours de cette évaluation externe satisfont de 90% à 100 % aux recommandations de l'ANESM. Ces résultats confirment sans ambiguïté l'excellent niveau de prise en charge et accompagnement des résidents offert par l'EHPAD.

En conclusion, devant une satisfaction générale et globale de 98 % pour l'ensemble des thèmes, l'équipe d'évaluateurs ne fait aucune préconisation mais invite la structure à poursuivre sa dynamique.

Elle lui recommande d'orienter ses actions autour des points suivants au regard des différents thèmes évalués.

Les évaluateurs vous invitent à poursuivre votre dynamique sur

Projet d'établissement :

Lors de l'actualisation du Projet, inviter les usagers, leur famille et les partenaires à participer aux groupes de travail

L'élaboration des projets personnalisés.

Pour respecter le Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004, le projet personnalisé doit faire l'objet d'un avenant au contrat de séjour

SYNTHESE DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

Projet d'établissement

- Le Projet d'établissement est rédigé. Il a été élaboré par un COPIL, respecte les thèmes préconisés par la Recommandation des Bonnes Pratiques afférente.
- Il est cohérent avec les missions et valeurs de l'établissement.
- Les droits des usagers sont décrits dans ce projet.
- Les orientations de stratégies de développement décrites sont déclinées en objectifs. Un plan d'actions priorisé avec indicateurs et échéanciers en découle. Il est suivi actualisé par le Comité de pilotage.

Evaluation interne

- L'Evaluation interne a été rédigée en 2013 avec l'appui d'un intervenant extérieur.
- Le COPIL créé comprend les cadres et des salariés des différentes branches d'activité de l'établissement.
- Les axes étudiés sont ceux de la Recommandation des Bonnes Pratiques de l'ANESM avec un axe complémentaire sur le management.
- Cette évaluation interne a donné lieu à la mise en place d'un Plan d'Amélioration de la Qualité dont les actions ont été prioritaires, suivies par le COPIL qui s'est réuni trois fois cette année.
- L'ensemble du personnel est informé de l'avancée de la PAQ dans un mensuel interne "Les Brèves" joint à tous les bulletins de salaire.
Les usagers et familles sont informés lors des réunions du CVS.

Ressources humaines

- Le Projet d'Etablissement trace l'avenir de la structure et des modes d'accueil proposés après étude des caractéristiques des pathologies des usagers et de leurs évolutions.
- La gestion des Ressources Humaines fait l'objet des attentions de la Direction.
- La procédure d'accueil des nouveaux salariés est en place et complète. Livret d'accueil, postes doublés comprenant des formations, entretien avec le supérieur hiérarchique après un mois d'intervention.
- La GPEC est conduite en appréciant les compétences nécessaires à la réponse aux besoins des usagers.
- L'analyse de la pratique n'est pas formalisée de manière traditionnelle mais est en place avec de nombreux temps et espaces de parole au cours des réunions quotidiennes, hebdomadaires et mensuelles.

Ouverture de l'établissement

- L'établissement a noué de nombreux partenariats, enrichissant son équipe de savoirs complémentaires.
- Son appartenance à l'IFGG, lui permet de participer aux décisions stratégiques de sa zone géographique, voire de devenir pilote sur certains thèmes (hygiène buccodentaire par exemple).
- La Direction commune de cinq établissements du pays voironnais assure la mise en place de formations communes et d'échanges inter établissements.
- L'ouverture culturelle et de vie sociale est également très étoffée. De nombreuses sorties sont organisées et l'EHPAD est le lieu de rencontres pour des festivités intergénérationnelles (fête de l'avenant). L'animation est diversifiée avec la participation de bénévoles. Un encadrement de ceux-ci est assuré et des chartes et conventions signées.
- Les résidents et leurs familles sont interrogés sur leur satisfaction tous les mois via les réunions du Conseil de Maison et tous les ans par des enquêtes analysées et dont les résultats sont diffusés.
- Par contre, il n'existe pas d'enquêtes auprès des partenaires.

Droits des usagers

- La culture de la Bienveillance dans cet établissement est mise en œuvre à chaque instant. Elle comprend le droit des usagers non seulement à s'exprimer mais aussi à être écouté et respecté dans tous les actes de la vie.
- Le personnel ne porte pas de jugements de valeur sur les convictions des résidents et leurs volontés sont entendues.
- Le Conseil à la vie sociale est en place et participe activement à la vie de l'établissement.
- Il est complété par des réunions mensuelles au niveau des secteurs.
- Le consentement est recherché systématiquement, la parole de l'usager respectée.
- La confidentialité des informations est assurée par fermeture des pièces où sont les dossiers administratifs et médicaux. Le Logiciel de soins n'est accessible qu'avec mot de passe.
- Le personnel est informé et régulièrement rappelé à respecter le secret professionnel et la discrétion.
- Le contrat de séjour ne comporte pas d'avenant spécifique à la mise en place du Projet Personnalisé. Les modalités d'accès au dossier administratif ne sont pas définies dans le règlement intérieur.

Expression des usagers

- Les usagers "sont sujets" d'une écoute professionnelle de la part des soignants formés à l'Humanité.
- Les soins apportés par la psychomotricienne, l'APA et l'ergothérapeute sont aussi propices à une écoute spécifique : groupe de patients sur plusieurs séances ou accompagnement individualisé.
- Le service animation, les responsables hôteliers sont au cœur des préoccupations et attentes des résidents donnant réellement du sens au projet personnalisé.
- Ce dernier est, à ce jour, réalisé pour chaque résident.
- La majorité des résidents le souhaitant bénéficient d'entretiens avec la psychothérapeute.
- Le "conseil de maison" est une initiative pertinente. Co animé par le CDS de l'unité et la psychothérapeute, il permet l'expression à plus petite échelle que le CVS ou la commission des Menus.
- "La culture bientraitance" si ancrée dans cet établissement doit apparaître de façon plus formelle dans les documents d'accueil destinés aux usagers.

Bientraitance

- La politique de formation comme la politique de soins de la structure favorise un "prendre soin" bien traitant.
- La pérennisation de cet axe est assurée par l'encadrement.
- Les usagers trouvent recours dans la structure.
- Les personnels nouvellement accueillis et les étudiants ou élèves en stage disposent de données explicitant cette culture de la bientraitance

Attentes et projets

- Le projet d'accompagnement personnalisé fait partie intégrante du "prendre soin " du résident.
- Il est conçu dès la visite de préadmission et évolue au fil des étapes et du cheminement du résident.
- Ce cheminement est particulièrement nourri dans la structure par 3 étayages forts: 1. la politique d'encadrement 2. la pluridisciplinarité 3. la présence de référents des résidents.
- Chaque professionnel (médecin /soignant /psychologue/ergothérapeute/APA / psychomotricienne / animatrice / responsable restauration...) apporte sa contribution spécifique dans une logique de complémentarité efficiente.
- Le résident reste l'auteur et l'acteur dans la mesure où il est en capacité de choix.

Continuité

- La continuité des soins est assurée sur tous les secteurs.
- La présence du SSR dans l'établissement apporte la sécurité nécessaire à une prise en charge cohérente.
- Les transmissions écrites sont centralisées, informatisées et investies par tous. Des réajustements vont être opérés dans le groupement d'établissements pour faciliter la mise en lien des données et un aperçu plus holistique du résident.
- Les transmissions orales sont des temps forts de la structure, investis par des équipes le plus souvent en pluridisciplinarité.
- Les groupes de pilotage des projets ou actions responsabilisent les professionnels.
- Le suivi des résidents (évolution de la maladie / modification de traitements) pourrait leur être transmis de façon plus formelle et plus systématique.

Bonnes pratiques

- Les bonnes pratiques des soignants sont valorisées par le biais d'audits et de résultats publiés en " journée qualité" du secteur : amélioration de l'état de santé des résidents grâce au soin en humanité.
- La présence de l'équipe pluridisciplinaire notamment sur le plan de la rééducation est un atout majeur : soutien à l'autonomie et à la prévention des risques.
- Le suivi et l'accompagnement réalisé par la psychologue aide à un prendre soin de qualité sur le plan cognitif et psychique.
- La politique de l'établissement qui consiste à responsabiliser par la mise en place de correspondants et référents est particulièrement étonnante.
- La dynamique générée par les activités d'équilibre, de marche et les activités d'animation sont propices à un mieux-être sur le plan psychique comme physique.

Démarche qualité

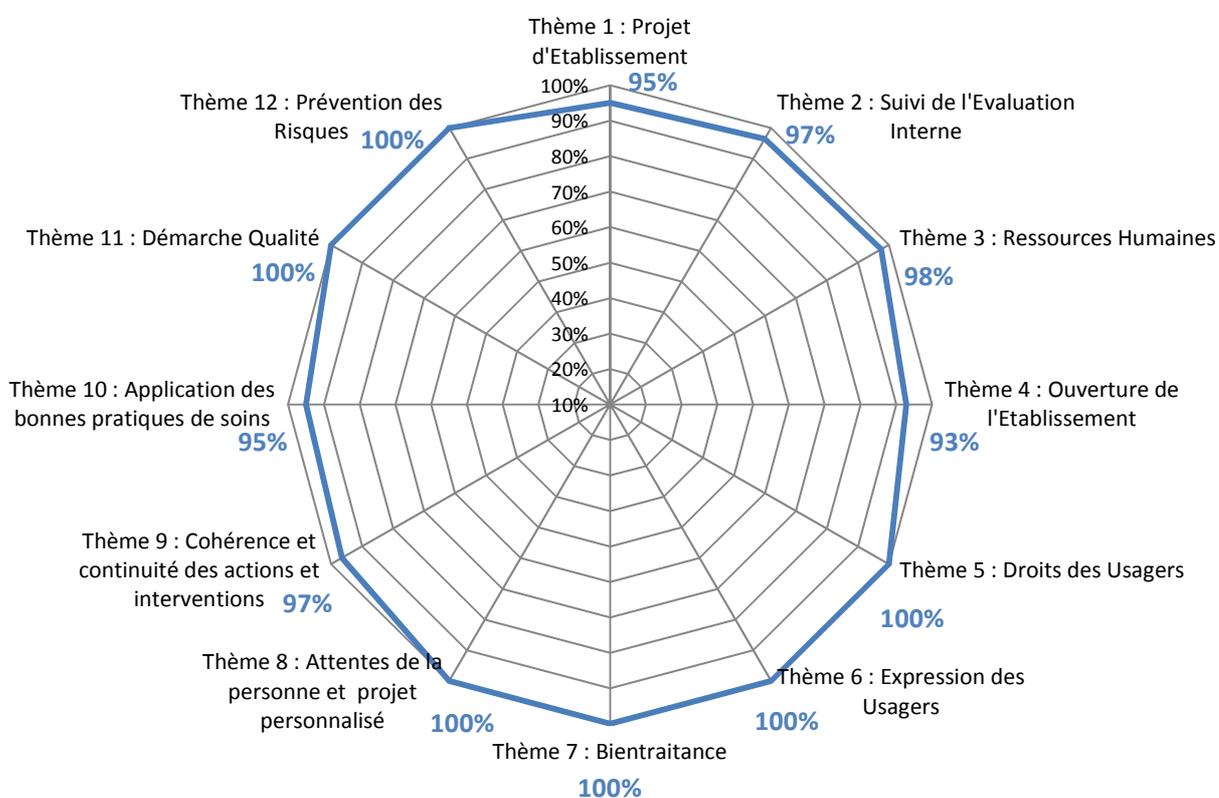
- A tous les niveaux, la structure met en œuvre des actions Qualité.
- Les professionnels sont sensibilisés à la démarche et témoignent d'innovations pertinentes et enrichissantes : les rééducateurs produisent des documents (récapitulatif illustré sur "les aides techniques"/la prévention des chutes...) / l'animation organise une semaine du goût /la psychologue et les AMP animent un groupe de musicothérapie/ Une équipe présente l'Humanité en Journée Qualité inter établissements / l'IDE hygiéniste et ses correspondants font participer résidents et familles à la "journée des mains"
- Les audits et évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont fréquents et réguliers, générant une réelle implication et mise à jour des soignants dans leurs actes.
- La diffusion des résultats par affichage (serveur) et courrier (BREVES) joue un rôle de cohésion.

Prévention des risques

- Chaque acteur est concerné par la Prévention des Risques.
- Les professionnels sont tenus informés régulièrement.
- Le circuit du médicament a fait l'objet d'une réflexion concertée pour une sécurisation optimale jusqu'au sein de l'unité de soins.
- La présence sur le site d'une Direction en charge de la qualité est un atout majeur.

PRESENTATION GRAPHIQUE :

Représentation 1



ABREGE DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

1. La démarche d'évaluation interne

Item : Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats, de participation des usagers.		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
	<ul style="list-style-type: none"> Le Projet d'établissement établi en respect de la Recommandation des Bonnes Pratiques a été rédigé par un COPIL. Il expose les stratégies de l'établissement, les projets de soins, de vie, sociale et les droits des usagers accueillis dans la structure. Les usagers, familles ont donné leur avis sur les réflexions énoncées dans ce document mais ne font pas partie des groupes de travail 	<p>Pas de préconisation, les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique et vous recommandent :</p> <ul style="list-style-type: none"> D'associer les usagers, les familles, les partenaires aux groupes de travail

2. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM relatives à l'EHPAD.

Items : Les modalités de prise en compte des recommandations des bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM.		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
	<ul style="list-style-type: none"> La culture de la Qualité est omniprésente dans cet établissement. Les Recommandations sont connues et intégrées. Leurs applications font l'objet d'audits et d'évaluations des pratiques professionnelles dont les résultats analysés sont diffusés à l'ensemble des salariés. Le recours aux correspondants et référents responsabilise les équipes Certains indicateurs et évaluations (escarres, contention, douleur...) gagneraient à une rigueur plus efficace dans la réévaluation. 	<p>Pas de préconisation, les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique et vous recommandent :</p> <ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'évaluation de certains indicateurs de prise en charge.

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

Items : L'actualisation du projet d'établissement.		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> Le projet d'établissement réalisé en 2014, avec un COPIL des différentes branches de salariés fait suite à celui de 2008-2013 bilanté pour cette occasion. Partant des caractéristiques des populations accueillies et des orientations stratégiques de l'établissement, il développe au travers des six projets les réponses proposées et les axes d'amélioration à réaliser pour mener au mieux ses missions et défendre ses valeurs. Une plus grande participation des usagers, familles, partenaires amplifierait les points de vue. 		<p>Pas de préconisation, les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique et vous recommandent :</p> <ul style="list-style-type: none"> Intégrer l'ensemble des acteurs de l'établissement aux groupes de travail.

Items : L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> Le traitement global des attentes et besoins du territoire d'intervention et de la stratégie de réponses, légitime l'efficacité de la gestion. La gestion des ressources humaines est essentielle dans la qualité des réponses apportées aux résidents. Le Plan pluriannuel de formation est ambitieux. Il donne priorité aux formations diplômantes et qualifiantes. La méthode Gineste Marescotti est appliquée avec des référents par secteur. Comme on peut le voir dans l'item suivant la mutualisation des compétences rares est aussi un axe majeur de cette gestion. 		<p>Pas de préconisation, les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique et vous recommandent :</p> <ul style="list-style-type: none"> Adapter les items des évaluations annuelles d'entretien du personnel en y intégrant des spécificités liés aux EHPAD

4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement

Items : Les partenariats mis en place.

Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a su nouer des partenariats avantageux avec de nombreuses structures. • Les compétences extérieures : professionnelles, d'animation, de bénévoles, agrandissent la palette de prise en charge adaptée au résident pour son projet personnalisé. • L'ouverture culturelle et sociale de cet établissement est remarquable. • Le score à 100% de cet item n'appelle pas de remarque de la part des évaluateurs 		Pas de préconisation, les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique

5. Personnalisation de l'accompagnement

Items : Condition d'élaboration du projet personnalisé

Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> • Le Projet personnalisé est lancé dès la visite de pré admission, il est le fondement de la prise en charge. • Sa force provient : du regard croisé de l'équipe pluridisciplinaire qui le fait évoluer au fil du temps, de l'encadrement qui assure le suivi, de la parole de l'utilisateur et/ou de son représentant qui reste auteur et acteur de son devenir • Le score à 100% de cet item n'appelle pas de remarque de la part des évaluateurs 		Pas de préconisation, les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique

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

Items : Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de la loi 2002-2 sont en place, effectifs et actualisés. • L'écoute est au cœur des préoccupations de l'équipe dans son ensemble • Les réunions mensuelles des Conseils de Maison viennent compléter de manières adéquates, les interventions du CVS. Organisées avec la psychologue et la CdS du secteur, elles favorisent la parole de tous les résidents. • La culture de la bientraitance, fondation des valeurs de cette structure mériterait d'apparaître de manière plus formelle dans les documents • Le score à 100% de cet item n'appelle pas de remarque de la part des évaluateurs 		<p>Pas de préconisation, les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique</p>

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

Items : Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> • Une majorité du personnel soignant a suivi la formation à la méthode Gineste Marescotti dite « Humanitude ». L'ensemble du personnel sera formée à la fin 2014. • Tout est mis en œuvre dans cet établissement pour que les usagers soient entendus, écoutés, respectés, leur autonomie maintenue autant que possible. • Les chambres individuelles sont toutes équipées d'une salle d'eau adaptée. • Les secteurs spacieux disposent de petits salons intimes. 		<p>Pas de préconisation, les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique</p>

Items : Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
	<ul style="list-style-type: none"> • La Direction des soins en charge de la démarche qualité est un atout essentiel à la prévention des risques de cette structure. • La réalisation d'audits, d'évaluation des pratiques, sensibilisent à la démarche qualité et stimule les innovations pertinentes dans les prises en charge spécifiques. • Les équipes sont particulièrement impliquées et volontaires dans cette démarche. 	<p>Pas de préconisation, les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique</p>

Items : Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables permettent de traiter les faits indésirables.		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
	<ul style="list-style-type: none"> • Les événements indésirables sont rédigés sur des fiches papiers, bientôt informatisées. • Ces fiches sont analysées, pour réponse immédiate, par la Directrice des soins en charge de la qualité, puis repris par le comité dédié COGEVIRISQ • Le score à 100% de cet item n'appelle pas de remarque de la part des évaluateurs 	<p>Pas de préconisation, les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique</p>

8. Appréciation globale des évaluateurs

L'EHPAD de Saint Geoire en Valdaine situé sur le site du Centre Hospitalier a fait l'objet d'une rénovation totale et « vit » dans de nouveaux locaux depuis mars 2013.

La structure est spacieuse, paisible et lumineuse permettant un accès aisé à l'extérieur quel que soit l'étage (jardins/terrasses).

Cette architecture, propice à la convivialité et à la confidentialité, et une organisation bien pensée réalisent le tour de force de créer des secteurs à taille humaine dans une structure importante de 151 lits. Les résidents rencontrés ont à l'unanimité déclaré penser vivre dans une structure plus petite et raisonnait au niveau du secteur soit 30 personnes.

Le score très important de 98% atteint dans cette évaluation est le reflet d'une démarche qualité très avancée.

La qualité de la prise en charge des usagers est la résultante d'une culture d'entreprise avec des valeurs fortes partagées par l'ensemble de personnel.

Plusieurs facteurs ont généré cette situation :

L'histoire avec la volonté du Conseil de Surveillance, des Directions successives et du personnel en place, de passer en 6 ans d'une structure architecturale obsolète, avec une réputation négative et une image très dégradée en un bâtiment accueillant, ouvert, moderne doté de personnel compétent et fiable avec une prise en charge de qualité exceptionnelle.

Le choix de la formation de l'ensemble du personnel à la bientraitance.

Les valeurs d'« Humanitude » sont fortement portées par tous, des Services logistiques aux soignants grâce à un encadrement au management participatif, particulièrement moteur. Le plan de formation assure cet axe fort choisi par l'EHPAD et le « prendre soin » prend ici réellement tout son sens. Les pratiques sont questionnées régulièrement avec rigueur et pertinence.

Une gestion remarquable, l'approche holistique du contexte, l'utilisation efficiente des moyens mis à disposition et des ressources annexes (SSR, Partenariats, Interfilière gériatrique ...) traduit dans les documents fondateurs comme le projet d'établissement, l'évaluation interne, partagé avec l'ensemble des acteurs

La présence de lits de SSR sur ce site favorise la pluridisciplinarité et le recours au corps médical, ce qui est un bénéfice en termes de sécurité et de prévention des risques sans nuire nullement à la dynamique de l'EHPAD en tant que lieu de vie.

Cette culture de la « qualité bientraitante » est perçue à tout niveau et essentiellement à celui du résident et de ses proches qui la reconnaissent

Nous remercions l'ensemble des personnes rencontrées pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité lors de notre visite.

9. Méthodologie de l'évaluation externe :

Préparation de la visite	Une rencontre avec la direction a eu lieu au sein de l'établissement le 19 mai 2014 afin de lancer la mission et de préparer la visite. Une présentation de la démarche à l'ensemble des professionnels a été réalisée le 16 septembre 2014. Entre ces dates, des documents ont été demandés et analysés ; un planning d'intervention a été proposé et validé par l'établissement.
La visite d'évaluation	La visite d'évaluation a été menée (les 4, 5, 6 novembre 2014) par 2 évaluateurs de profils professionnels différents – qualitatif et cadre de santé – ayant de l'expérience à la fois en évaluation mais également une expérience dans des établissements similaires à celui évalué. Des entretiens individuels et collectifs ont été réalisés (avec les professionnels, représentants du CVS, résidents ...). Des documents ont été consultés sur place pour approfondir le recueil d'informations et l'analyse.
Le rapport d'évaluation externe	Le rapport réalisé par les évaluateurs a été transmis à un groupe de relecture, indépendant de l'équipe d'évaluateurs. Le pré-rapport a été ensuite transmis au commanditaire pour mise en débat (procédure contradictoire), avant remise du rapport définitif.

10. Commentaires de la structure sur l'évaluation externe

Commentaires de l'EHPAD du St Geoire en Valdaine	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>Le professionnalisme des évaluateurs a permis de dédramatiser cette évaluation externe et a permis à chacune des personnes entendues, intervenant dans l'établissement de s'exprimer librement.</p> <p>Elles ont pu ainsi partager leurs pratiques quotidiennes et leur vision de l'établissement et de ses orientations stratégiques.</p>	<p>Hormis les observations formulées ci-dessus, les conclusions de l'évaluation externe confortent la dynamique d'amélioration de la qualité des prestations insufflée ces dernières années.</p> <p>L'implication et l'investissement de l'ensemble des professionnels de l'établissement est reconnu par le taux de conformité obtenu</p>

INDICATEURS

Axes d'évaluation	Thèmes	Indicateurs de suivi	Résultat
Droits	Garantie des droits individuels	Taux de contention passive	11%
	Garantie des droits collectifs	Taux de réponses apportées aux demandes du CVS	100%
Prise en charge	Prévention et prise en charge de la douleur	Taux évaluation douleur	100%
	Prévention et prise en charge des chutes	Taux de résidents ayant chuté	47%
	Prévention et prise en charge des escarres	Taux d'escarres acquises dans EHPAD	0%
	Prévention et prise en charge de la dénutrition	Taux de résidents pesés une fois par mois	100%
	Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement	Taux évaluation troubles humeur/comportement	
	Analyse et maîtrise du risque infectieux	Taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués	100%
	Continuité des soins	Taux d'hospitalisation en urgence	12 par/An SSR/EHPAD
	Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes invalides	Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre 2 évaluations	De juillet 2013 à juillet 2014 le taux de résidents pour lesquels il est utilisé un verticalisateur est passé de 3% à 30%
	Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale	Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre 2 évaluations	De juillet 2013 à juillet 2014 le taux de résidents se lavant seuls est passé de 4,9% à 9,8%
Projet et personnalisation	Le projet personnalisé	Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement	100%
	Personnalisation des activités individuelles et collectives	Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées	91%
	Possibilité du maintien des liens sociaux	Taux de résidents isolés	non recensé
Accompagnement de la fin de vie	Accompagnement de la personne Le soutien des proches et des professionnels	Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie	100%

Elaboré sur la base des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles : L'Evaluation interne, repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

VOS INTERLOCUTEURS POUR CE DOSSIER

Marie-Frédérique BRUN
Responsable régionale
Tél. 06 18 23 69 00
mf.brun@grieps.fr

Olga PINTO
Assistante régionale
Tél. 04 72 66 20 48
o.pinto@grieps.fr



www.grieps.fr

Les Berges du Rhône
64, avenue Leclerc
69007 Lyon

Tél. 04 72 66 20 30
Fax. 04 72 66 20 44

contact@grieps.fr

Société anonyme coopérative
et participative à capital variable
SIÈGE SOCIAL
58 à 60, avenue Leclerc - Bâtiment 64
69007 Lyon

SIREN 414 862 672 RCS Lyon
Centre de formation n°82 69 0577869
Code APE 8559A
TVA/CEE FR 40 414 862 672 000 48