

Rapport d'évaluation externe



Centre Hospitalier des Marches de Bretagne
EHPAD Village de La Loysance
9, rue des Fougères
35560 ANTRAIN

FINESS 350013645



SOMMAIRE

1.	ÉLÉMENTS DE CADRAGE.....	3
1.1.	PRESENTATION DE L'ORGANISME EVALUATEUR.....	3
1.2.	PRESENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT EVALUÉ.....	3
1.3.	CONTEXTE INSTITUTIONNEL.....	4
1.4.	ORGANISATION.....	5
1.5.	ÉLÉMENTS LIÉS AUX PERSONNES ACCUEILLIES.....	8
1.6.	ENVIRONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT.....	10
2.	DESCRIPTIF DE LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION EXTERNE.....	11
2.1.	OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION EXTERNE.....	11
2.2.	CADRE LEGAL DE L'ÉVALUATION.....	12
2.3.	PROCÉDURE D'ÉVALUATION, ORGANISATION ET DIFFICULTÉS.....	12
3.	CADRE EVALUATIF.....	15
3.1.	CADRE LEGAL DE RÉFÉRENCE.....	15
3.2.	RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES APPLICABLES.....	15
3.3.	SOURCES DOCUMENTAIRES.....	19
3.4.	QUESTIONNEMENT EVALUATIF.....	20
4.	ANALYSE ET PRÉCONISATION.....	20
4.1.	SYNTHÈSE DU RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION.....	21
4.2.	APPRECIATION GLOBALE DES ACTIVITÉS ET DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS (DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECTION 2).....	21
4.3.	ANALYSE DES ACTIONS RÉALISÉES SUITE À L'ÉVALUATION INTERNE (DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECTION 2).....	25
4.4.	CONSTATS, ANALYSES ET PRÉCONISATIONS SELON LE RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION.....	26
5.	CONCLUSIONS.....	57
6.	ANNEXES.....	58
6.1.	SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION EXTERNE (3.5 DE LA SECTION 3 DU CHAPITRE V DE L'ANNEXE 3- 10 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES).....	58
6.2.	ABRÉGÉ DU RAPPORT.....	65
6.3.	COMPOSITION DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION.....	71
6.4.	ENGAGEMENT DE DÉONTOLOGIE.....	73
6.5.	DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DES ÉVALUATEURS.....	74
6.6.	CALENDRIER DE RÉALISATION.....	74
6.7.	CONTRAT D'ÉVALUATION EXTERNE ET QUESTIONNAIRE EVALUATIF.....	74



1. ÉLÉMENTS DE CADRAGE.

1.1. Présentation de l'organisme évaluateur.

Nom de la société : A.D.Q. Conseils SARL
Gérant : Marc HOLZHAMMER
Coordonnées : 6, rue des Lilas
57200 Blies Ebersing
Tél : 06.77.52.31.95
Mail : mh@adq-conseils.fr
N° Anesm : **H2010-03-351**
Siret : 48019321800017
Code NAF : 7022Z

1.2. Présentation de l'établissement évalué.

Nom de l'établissement : EHPAD Village de la Loysance
35560 ANTRAIN

Référente de site : Madame Eun-Ha BEASSE
Référente pour l'évaluation
externe : Mademoiselle Michèle LE FLOCH
Coordonnées :

Organisme gestionnaire : Centre Hospitalier des Marches de Bretagne
ANTRAIN

Responsable de l'organisme : Madame Josiane BETTLER
Référente pour l'évaluation
externe : Mademoiselle Michèle LE FLOCH
Coordonnées :

Forme juridique : Établissement public médico-social
N° Siret

N° d'autorisation : Autorisation d'activité introuvable,
demandée au CG.

Date prévisionnelle de
renouvellement :

Nombre de places/lits : 145 lits d'hébergement permanent
5 lits d'accueil temporaire

1.3. Contexte institutionnel.

1.3.1. Historique de l'établissement.

L'EHPAD public La Loysance est issu d'un établissement hospitalier créé en 1908, grâce aux lois relatives aux hôpitaux et à la séparation de l'Église et de l'État.

L'hospice d'Antrain ouvre le 15 février 1909 et est inauguré le 4 avril 1909. Grâce à René Le Hérissé, maire d'Antrain, des fonds dégagés par l'État permettent d'ouvrir un nouvel hospice de 50 lits en 1911. À sa mort en 1922, l'établissement devient l'hôpital René Le Hérissé.

En 1940, l'établissement dispose de 80 lits répartis en 3 pavillons et obtient la création d'une maternité.

En 1980, les 65 lits d'hospice pour personnes âgées invalides deviennent des lits de long séjour puis l'hospice est transformé en maison de retraite, avec 35 lits supplémentaires de cure médicale.

Au 1er janvier 2012, l'hôpital local "René Le Hérissé" fusionne avec l'hôpital local "Victor Roussin" à Saint-Brice-en-Coglès. Ces établissements sont situés dans le nord de l'Ille et Vilaine, à une cinquantaine de kilomètres de Rennes, et distants l'un de l'autre de 12 kilomètres. Ces deux structures aux histoires différentes avaient jusqu'alors des modes de fonctionnement séparés et des spécialisations différentes.

La fusion est le résultat d'une démarche volontaire de la part des deux établissements, qui donne naissance au Centre Hospitalier des Marches de Bretagne (CHMB).

Cette nouvelle entité est le point d'orgue d'un processus initié depuis 2002. Pour le Directeur de l'Hôpital d'Antrain à cette période, l'objectif était de mettre en œuvre un projet novateur et singulier.

Ce premier rapprochement s'est progressivement concrétisé par la mise en commun d'un certain nombre de services comme la logistique et la pharmacie, puis par la direction commune. Un important travail a été mené en vue de fédérer les activités des deux hôpitaux dans un souci de complémentarité. La fusion des deux établissements s'inscrit dans la volonté de la loi Hôpital Patients Santé Territoires qui incite à la création de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), afin de permettre aux établissements de coordonner leurs interventions et leurs ressources. Depuis la fusion, si les sites gardent certaines spécificités, de très nombreuses activités et pratiques sont communes.

Par ailleurs, une convention de direction commune a été signée le 1^{er} avril 2012 avec l'EHPAD Résidence Les Acacias à Saint-Georges-de-Reintembault.

Et, au 1^{er} juin 2014, le CHMB a repris l'activité du SSIAD du Coglais d'une capacité de 48 places.

1.3.2. Contexte actuel.

Une nouvelle construction dénommée Village de la Loysance est lancée avec le projet d'établissement 2004-2008. Elle remplace l'ancienne maison de retraite R3, détruite en 2004. Cette construction de 9000 m² est construite en deux tranches sur quatre niveaux, dont deux d'habitation. La première tranche est livrée pour 100 résidents en février 2004, la seconde pour 50 autres en 2005. Les anciens bâtiments de la maison de retraite R1 et R2 sont désaffectés.

À ce jour, le Village de la Loysance accueille 150 résidents et dispose de 145 lits d'hébergement permanent et 5 lits d'accueil temporaire. L'ensemble est réparti sur 2 étages de 3 unités, pouvant accueillir chacune 25 personnes en chambre individuelle avec salle de bain privative. Chaque unité bénéficie d'une équipe attitrée. Les locaux de vie, dont la salle à manger, sont propres à chaque unité.

L'établissement conventionné à l'aide sociale, relève du tarif global avec une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). Il bénéficie également, en tant que service du CHMB, de la mutualisation des services transversaux, tels que les services logistiques, informatiques, administratifs et sociaux, et en particulier la qualité et la gestion des risques.

Par ailleurs, le CHMB fait de l'animation en EHPAD un point fort majeur, en proposant aux résidents de nombreuses activités individuelles et collectives, et en l'accompagnant financièrement à travers la détermination des enveloppes budgétaires, le suivi annuel et la procédure d'engagement des dépenses.

1.4. Organisation

1.4.1. L'équipe de professionnels.

Effectifs et ETP sur 2013

LOYSANCE		
	Effectifs	ETP
Medecin coordonnateur	1	0,6
Cadre de santé	2	2
Psychologue	1	0,5
Ergothérapeute	1	0,6
Masseur kinésithérapeute	1	0,28
IDE	17	13,77
AS	28	24,6
ASHQ	49	45,89
Animateur	1	1
Agent entretien	3	2,8
Contrats aidés	17	11
Total	121	103,24

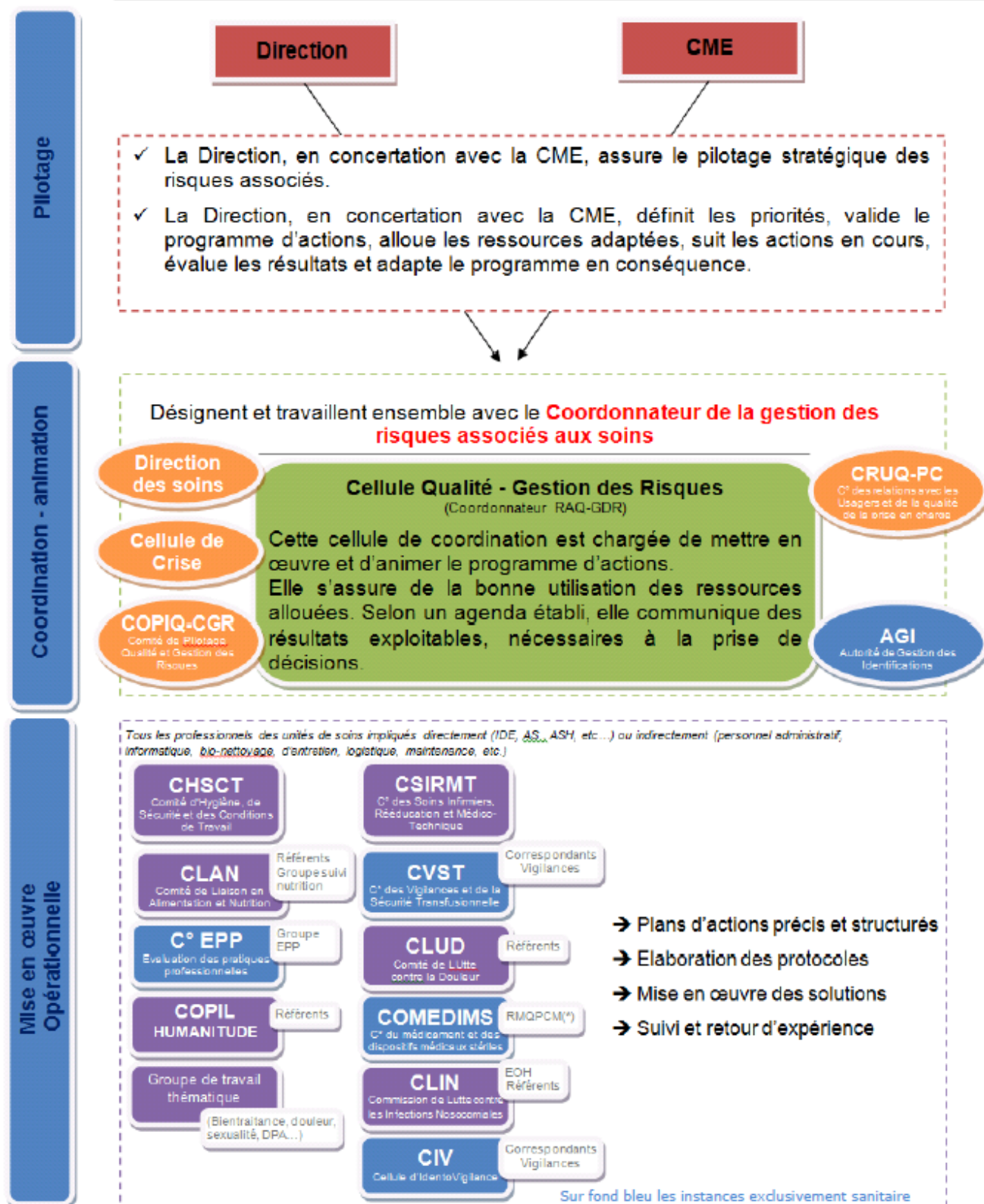
Fonctions transversales

- Mme Josiane BETTLER, Directrice Générale du CH des Marches de Bretagne, en charge des finances et du pilotage des projets,
- Mme Eun-Ha BEASSE, Directrice Adjointe, référente du site d'Antrain, responsable des ressources humaines et des affaires générales,
- Mme Erika CONSTANCY, Directrice Adjointe, référente du site de Saint-Brice-en-Coglès, responsable des services techniques, logistiques, informatiques et économiques,
- Mme Michèle LE FLOCH, Directrice Adjointe, référente du site de Saint-Georges-de-Reintembault, responsable qualité, clientèle et communication,
- Mme Jacqueline PETITPAS, Cadre supérieure de santé, responsable de l'organisation des soins,
- Médecins coordonnateurs, Pharmacien, Diététicien, Qualiticien, Informaticien, Assistante sociale...

1.4.2. Organigramme.



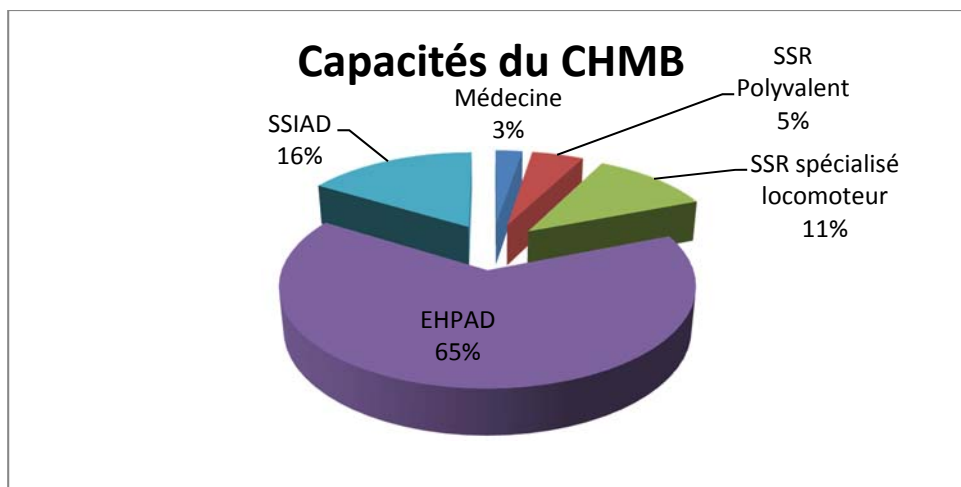
SCHÉMA FONCTIONNEL DE LA QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES



(*) : Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse

1.5. Éléments liés aux personnes accueillies.

1.5.1. Approche quantitative

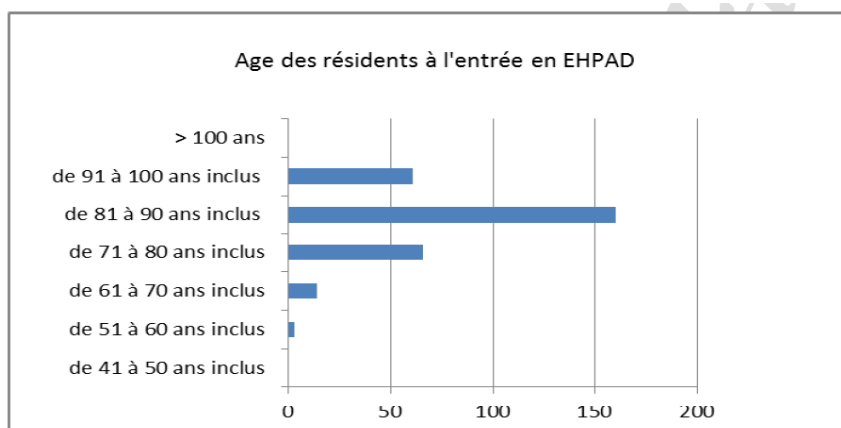


EHPAD « La Loysance »	
Accueil permanent	145 places
Accueil temporaire	5 places

1.5.2. Approche qualitative

EHPAD la Loysance	2009	2010	2011	2012
Moyenne d'âge annuelle	81 ans et 36 jours	81 ans et 255 jours	82 ans	81 ans
Moyenne d'âge à l'entrée	78 ans et 160 jours	81 ans et 352 jours	79 ans et 292 jours	82 ans et 185 jours

En 2013, la moyenne d'âge des résidents est de 84 ans.
Elle augmente chaque année.



Synthèse de la caractérisation de la population accueillie :

- ▷ Provenance des entrées : évolution sur 3 ans. À noter une baisse du pourcentage d'entrées provenant du domicile et une augmentation de la part des entrées provenant d'établissements sanitaires.
- ▷ Stabilité des départements de provenance : environ 55% proviennent du canton d'Antrain et de ses cantons limitrophes.
- ▷ La DMS a augmenté sur 3 ans : la Durée Moyenne de Séjour n'est pas très élevée du fait d'une arrivée de plus en plus tardive en établissement (3 ans et 271 jours en 2012).
- ▷ Le pourcentage des sorties vers un établissement sanitaire est en hausse constante (augmentation d'environ 16% en 3 ans).
- ▷ En 2012, $\frac{2}{5}$ des résidents sont des hommes : proportion d'hommes plus importante que dans d'autres établissements.
- ▷ 37,14% des résidents sont sous protection juridique (tutelle, curatelle ou mandat particulier).
- ▷ 60% des résidents sont veufs.
- ▷ 97,76% des résidents ont encore des contacts avec leurs proches.
- ▷ Au 30 avril 2013, 76,71% des résidents sur les 146 présents ont un diagnostic de maladie psychiatrique et/ou de maladie démentielle.
- ▷ 46,31% des résidents disposent d'une texture d'alimentation adaptée et régulièrement réévaluée.
- ▷ Quasiment 1 résident sur 2 dispose d'un fauteuil roulant (49,65%) et 93,71% des résidents disposent d'aides techniques à la marche.
- ▷ Plus de 70% des résidents nécessitent des aides dans les actes de la vie quotidienne (aide aux repas, toilettes, déplacements, etc.).
- ▷ 44,37% des résidents sont confinés au lit ou au fauteuil.
- ▷ Sur 3 ans, les décès au sein de la structure sont en baisse (- 10%), contre une hausse des décès lors des hospitalisations.

Depuis quelques années, il semble que les listes d'attente « réelles » (patients qui seraient prêts à occuper une place immédiatement) soient beaucoup moins importantes. La tendance n'est pourtant pas à la baisse des demandes d'admission en EHPAD, mais plutôt à une modification des profils à la faveur de pathologies plus lourdes, plus psychiatriques et plus perturbatrices.

Une étude approfondie des profils des personnes accueillies à la Loysance a été effectuée en 2013 pour permettre de préciser une organisation adaptée.

1.6. Environnement de l'établissement

1.6.1. Aspects architecturaux



L'établissement La Loysance à Antrain est un établissement à l'architecture moderne construit sur un terrain en déclive sur trois niveaux. L'agencement intérieur s'ordonne sur la forme d'un T. Des jardins entourent le bâtiment. Les jardiniers se donnent pour objectif de planter en fonction de la saisonnalité pour donner des repères aux résidents issus pour la majorité d'un milieu rural. Un projet d'aménagement d'un jardin des sens est en cours de réalisation, accessible par le niveau 1.

Le niveau 0 est dédié à la logistique : cuisine, pharmacie, chambre mortuaire, salle de restauration pour le personnel.

Les niveaux 1 et 2 accueillent les résidents. Une possibilité de regard est laissée aux résidents du 2^{ème} niveau par trois trouées sur l'espace inférieur.

Le niveau 3 correspond à l'entrée principale du bâtiment. L'accès se fait par l'intermédiaire d'une passerelle. Les visiteurs arrivent sur un hall d'accueil équipé d'un tableau de signalétique représentant le plan architectural de l'établissement et de ses différents niveaux. Une possibilité de localisation de l'unité recherchée et un fléchage par des points lumineux du parcours se déclenchent lorsque le visiteur appuie sur le bouton de l'unité désirée. Se situent à cet étage : le bureau d'accueil, la salle de kinésithérapie, le bureau de l'Animateur, de la Cadre supérieure de santé et du Diététicien, le salon de coiffure, la salle d'animation.

À chaque niveau, 75 résidents sont répartis en trois unités de 25 résidents, et chaque possède son propre espace de vie. La signalétique est adaptée.

A chaque niveau a été définie une thématique locale relative à la terre et l'eau. Au niveau 1, la couleur bleue a été choisie en rappel du thème de l'eau : signalétique et cadres bleus. Des noms de cours d'eau de la région qualifient les unités.

La décoration du 2^{ème} étage est basée sur la couleur verte qui représente la terre. Des noms de petits bois environnants désignent les unités. Les tableaux ornant les couloirs ont des couleurs assorties à la signalétique de l'étage.

1.6.2. Implantation et contexte local et régional

L'EHPAD La Loysance, en tant que service du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, est couvert par les contractualisations générales du CHMB.

Le personnel d'Antrain a acquis des compétences spécifiques lorsque l'établissement disposait d'un service de long séjour, ce qui lui permet encore aujourd'hui de répondre aux besoins des personnes âgées très dépendantes et nécessitant plus de soins techniques.

L'échelle territoriale de l'influence de l'hôpital d'Antrain correspond à la dimension de son bassin de vie et/ou à celle de sa communauté de communes.

Les dates clés :

- ✓ 2002 : Rapprochement des deux hôpitaux.
- ✓ 2004 : Mise en place d'une direction commune.
- ✓ 2006 : Harmonisation du système d'information et de communication (+ groupement de commandes par une politique d'achats commune).
Déploiement sur les deux établissements du logiciel de soins commun.
- ✓ 2007 : Création de l'identité visuelle.
- ✓ 2008 : Administration commune installée dans les locaux d'Antrain.
- ✓ 2009 / 2010 : Centralisation du magasin et de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) commune.
- ✓ 2010 : Répartition du personnel (administration, services techniques, pharmacien, préparateurs en pharmacie, diététiciens, ergothérapeute, psychologues, informaticien, médecin du travail, etc.) entre les deux sites et avec des établissements extérieurs.
- ✓ 2011 : Instances communes (CHSCT, CLAN, CLUD, Directoire, CTE, CS, CME, etc.).
- ✓ 2012 : Fusion au 1er janvier.
Mise en œuvre d'une démarche de certification commune.
Gestion documentaire commune.
Plan de formations commun.
- ✓ 1^{er} avril 2012 : Direction commune avec l'EHPAD Résidence Les Acacias à Saint-Georges-de-Reintembault doté de 110 lits.
- ✓ 1^{er} juin 2014 : Reprise de l'activité du SSIAD du Coglais d'une capacité de 48 places.
- ✓ A l'avenir : Les lits de SSR polyvalents de Saint-Brice-en-Coglès seront transférés sur le site d'Antrain afin de conforter un pôle sanitaire gériatrique à Antrain, et un pôle médico-social à Saint-Brice-en-Coglès conformément au Projet d'Établissement voté en 2010, et au plan Directeur en cours de validation.

2. DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE

2.1. Objectifs de l'évaluation externe

Les objectifs de l'évaluation externe sont définis par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 relatif au cahier des charges de l'évaluation externe, à savoir :

- Porter une appréciation globale sur l'établissement.
- Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne.
- Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques.
- Élaborer des propositions et/ou préconisations.

2.2. Cadre légal de l'évaluation

L'évaluation externe a été réalisée dans le respect le plus strict des textes suivants :

- Le **décret n° 2007-975 du 15 mai 2007** (fixant le contenu du cahier des charges).
- **Décision n° 2012002 du 11 mai 2012** relative à la mise en œuvre des dispositions de suivi des organismes habilités et prestataires inscrits au titre de l'article L.312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).
- **Décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012** relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- **Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011** relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Le **décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010** relatif aux calendriers des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.

2.3. Procédure d'évaluation, organisation et difficultés

Les étapes de la procédure d'évaluation sont les suivantes :



2.3.1. Les étapes de l'évaluation.

Étape 1 : Préparation de l'évaluation externe		
Contenu de l'étape	Réalisé le	Difficultés rencontrées
Transmission de la liste des documents	05/02/2014	La quantité importante de documents transmis par l'établissement a allongé sensiblement le temps d'analyse documentaire.
Préparation du cadre évaluatif et du planning d'intervention sur site	19/04/2014	
Validation du cadre évaluatif	15/05/2014	

Étape 2 : Evaluation sur site (Planning, voir en annexe)		
Contenu de l'étape	Réalisé le	Difficultés rencontrées
Réalisation de la réunion d'ouverture	19/05/2014	
Entretiens et recueil des informations	19, 20, 21/05/2014	
Présentation des conclusions	21/05/2014	



Étape 3 : Rapport		
Contenu de l'étape	Réalisé le	Difficultés rencontrées
Remise du pré-rapport	29/07/2014	Retard d'un mois et 10 jours
Remise du rapport final	31/08/2014	

2.3.2. Les sources d'information

Le personnel	
LUNDI 19 MAI 2014	
Entretiens collectifs	
Maintenance et sécurité Prévention et gestion des risques M. BIARD (Responsable services techniques) Mme CONSTANCY DA (Responsable service cuisine) Mme LAURENT (Qualificienne) COMMUN À ANTRAIN ET SB Personnalisation de l'accompagnement Projet personnalisé M. CAZIN (Cadre de Santé) N. RICHARD (IDE) - C. VAUGEOIS (AMP) Pratiques professionnelles S. PICHARD (AS) - F. BRAULT RENAULT (AS) Vie sociale Mme DESTHOMAS (Animatrice) Mme BOUCHINDIRA (AMP) Protocoles et procédures Circuit du médicament Mme LEGROS (Cadre de Santé Loysance) I. HENRI (IDE) Accompagnement de nuit AS/ASH E. BARRAUD - J.P. BRARD P. POULAIN - M.N. DUBREUIL M.P. SAMSON (IDE) - M. CAZIN (Cadre de Santé) Mme LEGROS (Cadre de Santé Loysance)	Pratiques professionnelles L. HUET (AS) - F. GOUDAL (AS) Dynamique qualité Évaluation interne Mise en œuvre du PAQ Mme LE FLOCH DA (QGR) Mme LAURENT (Qualificienne) Mme LEGROS (Cadre de Santé Loysance) Mme HUBERT (Cadre de Santé St Brice) Mme PETITPAS (Cadre supérieure de santé) COMMUN À ANTRAIN ET SB Organisation des soins Documents de liaison Modalités de transmission Mme PETITPAS (Cadre supérieure de santé) M. CAZIN (Cadre de Santé) Projet et dossier de soins - Coordination équipe Coordination gériatrique – Iatrogénie Livret thérapeutique Dr ILLES (Médecin Coordonnateur) Mme LEGROS (Cadre de Santé Loysance)
Interviews individuelles	
Circuit et achat du médicament Dr Maugin (Pharmacien)	
MARDI 20 MAI 2014	
Entretiens collectifs	
Pilotage des soins, gestion des chutes, douleur, fin de vie, sorties inopinées, symptômes dépressifs, prévention des escarres, incontinence... Dr ILLES (Médecin Coordonnateur) Mme LEGROS (Cadre de Santé Loysance) M. BOULIC (IDE) - R. BIGOT (Réfèrent nutrition) Pratiques professionnelles	Pilotage - Ouverture sur l'environnement Partenariats et réseaux - Droits et libertés du résident - Gestion des plaintes - Bienveillance Prévention de la maltraitance Mme BEASSE DA (Réfèrent Loysance) Mme LE FLOCH DA (QGR) M. CAZIN (Cadre de Santé Loysance)



Accompagnement quotidien I. FAUCONNIER (ASH) - S. DUHOO (AS) Hygiène et entretien des locaux Mme BOYAUX (Responsable équipe ménage) F. GASTEBOS (Agent d'entretien) C. MILET (Réfèrent Hygiène) Prestation hôtelière / restauration N. CHARTOIS (Agent de restauration) N. GUENARD (Agent de restauration) Pratiques professionnelles M. GARNIER (AS) I. CHESNAIS (ASH)	G. BREGAINT (Réfèrent Humanitude) Cuisine et sécurité alimentaire Mme CONSTANCY DA (Responsable service cuisine) M. PIERRE (Responsable cuisine) M. DAVID (Second) - Mme BATTY (Diététicienne) Mme LAURENT (Qualificienne) COMMUN À ANTRAIN ET SB
Interviews individuelles	
Accueil téléphonique - Dossiers administratifs Mme JULIENNE (Agent d'accueil)	
MERCREDI 21 MAI 2014	
Entretiens collectifs	
Gestion et utilisation des RBPP Stratégie / Projet d'établissement - Documents légaux Garantie des droits – Accueil temporaire Mme BETTLER (Directrice) M. CAZIN (Cadre de Santé Loysance) Mme HUBERT (Cadre de Santé St Brice) COMMUN À ANTRAIN ET SB Gestion des ressources humaines DUERP - Formations - Transmission de l'information - Réunions institutionnelles - Organisation collective Mme BEASSE DA (RH) Mme LEBARBIER (Responsable RH et formation) Mme PETITPAS (Cadre supérieure de santé) COMMUN À ANTRAIN ET SB	Circuit du médicament - Gestion des urgences Livret thérapeutique Mme LEGROS (Cadre de Santé Loysance) G. BREGAINT (IDE) Circuit du linge Mme CHARPENTIER (Lingère Antrain) Mme BRICART (Lingère SB) Mme CONSTANCY DA (Responsable lingerie) COMMUN À ANTRAIN ET SB Maintien du lien avec l'extérieur Mme CHAUVIN (Bénévole et représentante des usagers à la CRUQ-PC et au CS) Mme FAVENNEC (Aumônier)
Interviews individuelles	
Prises en soins psychologiques Mme MARTIN (Psychologue)	
Le public	
Représentants des usagers	Représentants des tutelles
Expression et participation des usagers et des familles - Appréciation sur leur projet personnalisé	
M. PIGEARD - Mme Le CHEVOIR Mme LE CAMUS - M. HEUDES Mme MOREL - M. COSSE - M. BEUZIT	Mme LEFEUVRE



Les partenaires	
Partenaires locaux	Partenaires institutionnels
	Intervenants extérieurs Mme FOUCHER (Kinésithérapeute) Dr RICONO (Médecin libéral) Mme PERRIHIN (Ergothérapeute)
RESTITUTION FINALE	

Éléments documentaires consultés sur site	
Documents cadres (convention, procédure...)	Documents opérationnels (dossiers, enregistrements, courriers...)
Rapport d'activité et délégation budgétaire 2013 Bilan du CHSCT 2013 Évaluation et suivi de la mise en œuvre 2013 du PE du CHMB Bilan social 2012 ...	Fiches de poste CR groupe suivi nutrition Procédures et protocoles Journée Nouveaux Arrivants Sensibilisation à l'Humanitude Projets individualisés Synthèse informatique récapitulative du dossier médical L'écho de tous (Journal des résidents de La Loysance) Extrait du plan alimentaire Liste des référents

3. CADRE EVALUATIF

3.1. Cadre légal de référence

3.1.1. Éléments généraux

- o Code Civil,
- o Code de l'Action Sociale et des Familles,
- o Code de la Santé Publique,
- o Code du Travail L.4121-3, R. 4121-1,
- o Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013,
- o Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
- o Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1),
- o Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 (APA),
- o Loi n°95-96 du 1er février 1995 (clauses abusives),
- o Loi n°92-614 du 6 juillet 1992 (dépôt d'objets),
- o Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions,
- o Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- o Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,
- o Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Cette loi a été complétée par deux décrets d'application : décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail ; décret n°2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail,

- o Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs vulnérables,
- o Instruction interministérielle n° DHOS/E1/DAF/DPA CI/2007/322 du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical,
- o Circulaire DGA 5/SD 2 n°2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales,
- o Circulaire DGAS/SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil,
- o Circulaire n°2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et des maltraitances notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables,
- o Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée,
- o Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement,
- o Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge,
- o Décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le Code de la Santé Publique,
- o Décret n°2006-122 du 6 février 2006, article 1, relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs,
- o Décret n°2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux,
- o Décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- o Décret n°2011-36 du 10 janvier 2011 relatif à l'installation de détecteurs de fumée dans tous les lieux d'habitation,
- o Décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif aux évaluations interne et externe des établissements sociaux et médico-sociaux,
- o Décret n°2007-551 du 13 avril 2007 relatif à la prescription par les infirmiers,
- o Décret n°2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps de présence,
- o Décret n°2007-324 du 8 mars 2007 relatif à l'évaluation,
- o Décret n°2007-221 du 19 février 2007 relatif à la qualification des directeurs,
- o Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif,
- o Décret n°2006-929 du 28 juillet 2006 (vidéosurveillance),
- o Décret n°2006-938 du 27 juillet 2006 (certificat de décès),
- o Décret n°2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements,
- o Décret n°2005-768 du 7 juillet 2005 (climatisation),
- o Arrêté du 1^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire,
- o Circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT/CT2 n° 2005-34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés,
- o Circulaire n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013 (DARI),
- o Circulaire DGAS n° 2009-170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie (DARDE),
- o Ordonnance n°2005-1477 du 1er décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- o Décret n° 2001 -1015 du 05.11.2005 et Art L.230-2 et R.230-1 Code du Travail portant sur l'évaluation des risques professionnels et plan d'actions,
- o Arrêté du 14 avril 2011 relatif à l'application de l'article R.111-1-1 du Code de la Construction et de l'Habitation,

- o Arrêté du 4 mai 2012 fixant pour 2012 les conditions d'utilisation et le montant des crédits pour le financement d'opérations d'investissement immobilier prévu à l'article L-14-10-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles,
- o Arrêté du 30 décembre 2010 sur les contrats types des professionnels de santé,
- o Arrêté du 21 décembre 2009 relatif aux règles sanitaires applicables aux activités de commerce de détail, d'entreposage et de transport de produits d'origine animale et denrées alimentaires en contenant,
- o Arrêté du 28 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour 2013,
- o Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.

3.1.2. Éléments spécifiques aux EHPAD

- o Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance,
- o Décret n° 2007-330 du 12 mars 2007 portant création d'un Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés,
- o Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'hébergement temporaire,
- o Décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles,
- o Décret n°2012-493 du 13 avril 2012 relatif au dossier de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,
- o Décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour,
- o Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer,
- o Décret 2010 1731 du 30 décembre 2010 sur les intervenants libéraux en EHPAD,
- o Décret n°2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR,
- o Décret n°2007-399 du 23 mars 2007 relatif à la tarification,
- o Décret n°2007-348 du 14 mars 2007 relatif au Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale,
- o Décret n°2006-122 du 06 février 2006 (projet de soins palliatifs),
- o Décret n°2005-1367 du 2 novembre 2005 (conseil de la vie sociale),
- o Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (médecin coordonnateur),
- o Décret n°2004-1384 du 22 décembre 2004 (solidarité pour l'autonomie),
- o Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 (contrat de séjour),
- o Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 (CVS),
- o Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'art L 311-4 du CASF,
- o Circulaire DGAS/SD 2 n° 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées,
- o Décret n° 2006-122 du 6 février 2006, article 1, relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs,
- o Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD,
- o Arrêté du 18 décembre 2012 relatif aux prix des prestations d'hébergement de certains établissements accueillant des personnes âgées,
- o Arrêté du 13 avril 2012 fixant le modèle de dossier de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévu par l'article D. 312-155-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles,
- o Arrêté du 9 mars 2012 relatif à l'accueil de jour assuré par les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles,

- o Arrêté du 5 mars 2012 portant application du I de l'article R. 314-50 du Code de l'Action Sociale et des Familles pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes autorisés à exercer une activité d'hébergement temporaire et pour lesdits établissements exerçant une activité de pôle d'activités et de soins adaptés ou d'unité d'hébergement renforcée,
- o Arrêté du 6 février 2012 portant modification de l'arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire,
- o Arrêté du 25 mai 2011 fixant les valeurs du point des tarifs plafonds applicables aux EHPAD,
- o Arrêté du 28 février 2011 pour les EHPAD exerçant une activité de pôle d'activités et de soins adaptés ou d'unité d'hébergement renforcée,
- o Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du Code de l'Action Sociale et des Familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,
- o Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Annexe 2 modifiée par l'arrêté du 5 septembre 2011.

3.2. Recommandations de bonnes pratiques applicables

3.2.1. Recommandations « tous secteurs »

- o Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux - Octobre 2010,
- o Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique - Juillet 2012,
- o Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles - Mai 2008,
- o La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles - Juillet 2009,
- o Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - Novembre 2009,
- o La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre - Juillet 2008,
- o Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - Décembre 2008,
- o Ouverture de l'établissement à et sur son environnement - Décembre 2008,
- o Les attentes de la personne et le projet personnalisé - Décembre 2008,
- o Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées - Juillet 2008,
- o Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service - Mai 2010.

3.2.2. Recommandations spécifiques

- o Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement - Février 2011,
- o Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne - Septembre 2011,
- o Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents en EHPAD - Janvier 2012,
- o Qualité de vie en EHPAD (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident - Novembre 2012,
- o L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement - Février 2009,
- o Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement - document réalisé conjointement par l'ANESM et la HAS,
- o L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Février 2012.

3.3. Sources documentaires

Les informations ont été recueillies sur la base des documents obligatoires suivants (selon annexe 3-10 CASF, Chap II, Section III 3.1).

Documents obligatoires	Documents transmis
Tout document public permettant d'identifier la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social.	- Certificat d'inscription au répertoire des entreprises et des établissements (SIRENE) du 22/09/2008.
Une copie de l'autorisation ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis, un organigramme et un document relatif aux personnels : effectifs en poste, répartition par catégorie.	- Copie de l'autorisation non transmise. - Descriptif des publics accueillis. - Effectifs des personnels par catégorie au 31/12/2013. - Organigramme CHMB 02/2014.
Le projet d'établissement et autres documents de référence utilisés : Charte, supports de démarche qualité.	- Projet d'établissement 2010 – 2014. - Chartes.
Le livret d'accueil de l'établissement remis à chaque personne accueillie.	- Livret d'accueil.
Le règlement de fonctionnement.	- Règlement de fonctionnement 2012.
Les comptes rendus du conseil de la vie sociale ou de toute autre forme de participation conformément à l'article L. 311-6.	- Les comptes rendus du CVS de 2011, 2012, 2013. - Règlement intérieur du CVS.
Les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité.	- DUERP 2012-2013. - DARI 2013. - Plan Blanc. - Carnet sanitaire. - Plan de maîtrise sanitaire.
Les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation.	- Rapport d'évaluation interne 2013.
Une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne.	- Bilan des actions réalisées en 2013.

et de nombreux documents complémentaires, dont :

- Les enquêtes de satisfaction réalisées auprès des résidents, familles, personnel.
- Le dossier de demande d'admission, les contrats de séjour.
- Le Plan de Maîtrise Sanitaire.
- Le Rapport d'Activité 2012.
- Les conventions de partenariat signées.

- Les plans de formation, fiches de poste.
- Les documents relatifs à l'hygiène et la sécurité (commission de sécurité, rapports d'inspection...).
- L'activité réalisée en 2013 et le taux d'occupation.
- Le Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016.
- Un Plan d'actions d'amélioration en cuisine 2013-2014.
- Le Compte Rendu du Groupe de Travail Bientraitance.
- La procédure d'élaboration du PAI...

3.4. Questionnement évaluatif

Le questionnaire évaluatif a été réalisé sur la base du référentiel d'évaluation interne utilisé par la structure dans le cadre de son évaluation interne.

Il se présente sous la forme d'une grille d'évaluation spécifique qui comprend :

- Les axes et thèmes d'évaluation hiérarchisés.
- Les questions évaluatives.
- Les aspects spécifiques à l'établissement sur la base de son projet d'établissement et de son évaluation interne.

(Voir en annexe : « Questionnaire évaluatif »)

4. ANALYSE ET PRECONISATIONS

Dans l'ensemble de l'analyse ci-dessous, l'échelle des graphes est la suivante :

Existence de procédures orales	Fonctionnement stable	Organisation définie planifiée	Organisation suivie et maîtrisée	Amélioration pilotée
« Les choses ne se passent pas si mal. »	« Les pratiques sont constantes dans le temps. »	« Cela se déroule comme prévu. »	« La situation est sous contrôle. »	« Les pratiques sont constamment revues et améliorées. »
1	2	3	4	5

Le niveau d'analyse – sans mention contraire – reflète une analyse consécutive aux informations collectées. Les analyses utilisant les méthodes d'interprétation des données sont mentionnées spécifiquement.

Dans le cadre des préconisations les priorités sont formulées en regard des critères suivants :



Proposition ayant pour objectif une amélioration du fonctionnement.

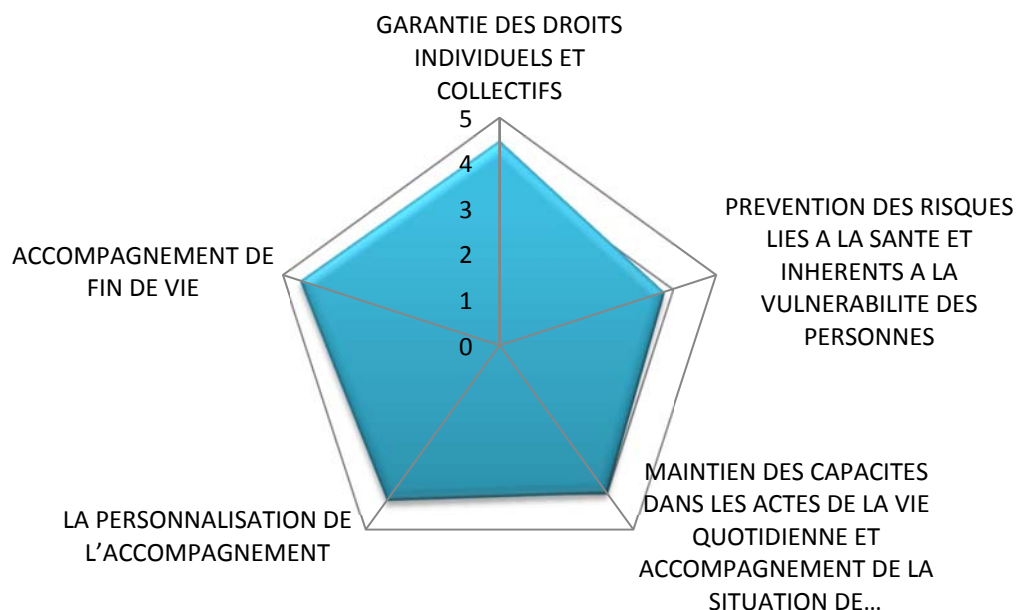


Proposition ayant une incidence sur l'accompagnement.



Préconisation prioritaire ayant une incidence forte liée soit à l'accompagnement, soit sur des facteurs risques pour l'utilisateur ou pour les professionnels, soit à la législation.

4.1. Synthèse du référentiel d'évaluation



4.2. Appréciation globale des activités et de la qualité des prestations (décret 2007-975, chapitre II, section 2)

Adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties.

L'une des deux vocations du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne est médico-sociale. Les personnes sont accueillies en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), ou prises en charge à leur domicile par le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD). Le CHMB a rédigé un projet d'établissement (PE) pour la période 2010-2014, avec l'assistance de la Société Adysta. Le COPIL chargé de l'élaboration du PE comprenait :

- le comité de direction et la Cadre supérieure de santé,
- les Président et Vice-Président de la CME,
- 6 médecins salariés, coordonnateurs, libéraux,
- le pharmacien,
- 4 cadres de santé,
- une psychologue,
- une qualitiennne,
- une animatrice,
- 3 soignants ou paramédicaux (IDE, AS, Kiné),
- 2 représentants du personnel (CTE, CHSCT).

Les résidents, les familles, le CVS ont été associés à son élaboration, notamment à travers une enquête de satisfaction.

Le PE est divisé en deux parties, d'une part l'environnement et la stratégie, et d'autre part les ateliers. La première partie de 97 pages est consacrée à l'analyse géographique, socio-démographique, hospitalière, institutionnelle et gériatrique, des territoires des hôpitaux d'Antrain et de Saint-Brice-en-Coglès.

Est exposée l'activité des établissements en termes d'offres de prises en charge et par typologie de population accueillie.

Le projet stratégique des établissements est présenté, avec la répartition des capacités et l'organisation de l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation. Ce projet est réalisé en tenant compte des attentes des piliers stratégiques de l'établissement : la rééducation-réadaptation, la médecine de proximité, la filière gériatrique et gériatrique, des considérations de gestion des ressources humaines et les contraintes architecturales et financières.

La deuxième partie de 146 pages est axée sur la filière gériatrique, dont le groupe de travail a discerné 4 axes de progression pour les prochaines années :

- L'hospitalisation des résidents d'EHPAD et la prise en charge des soins palliatifs.
- La coopération avec le C.H. Guillaume Régnier (hôpital psychiatrique de référence).
- Le travail de coopération avec les institutions du territoire : en amont avec le C.H. de Fougères (Hôpital de référence) et en aval avec les différents EHPAD.
- La diversification de l'offre de prise en soins et d'hébergement : accueil de jour, de nuit, temporaire au regard de l'offre sur le territoire, relais de prise en soins post unité Alzheimer (l'Ancre).

Un projet médico-social de vie et de soins a été structuré autour de :

- Un objectif stratégique : s'organiser autour de la démarche Humanitude.
- L'organisation du temps de travail et des équipes / L'architecture au service de l'accompagnement.
- Développer l'évaluation et la démarche qualité.
- Des objectifs opérationnels (L'accueil et la création d'un pré-accueil / La personnalisation et l'évaluation de l'accueil / Mesurer la satisfaction des résidents et des familles / Favoriser la vie sociale et la restauration, temps forts de la vie des résidents / L'IDE, garante et au service de l'intégration du projet de soins-projet de vie).

Cohérence des différents objectifs entre eux.

Le CHMB est en recherche permanente de cohérence avec son projet d'établissement.

Le CHMB a signé en 2013 un CPOM 2012-2017, pacte territorial pour un meilleur positionnement sur le territoire. L'auto-diagnostic du CPOM a dégagé 4 orientations stratégiques en lien avec le PRS :

- o Orientation n°1 : Ancrer et promouvoir le CH des Marches de Bretagne dans son rôle de 1er recours, dans le cadre de son offre médicale et médico-sociale, et dans ses missions de santé publique.
- o Orientation n°2 : Répondre aux besoins de la population vieillissante et s'inscrire dans la filière gériatrique du territoire.
- o Orientation n°3 : Promouvoir et organiser une rééducation de qualité et s'inscrire dans les filières médicalisées AVC et locomoteur du territoire.
- o Orientation n°4 : Favoriser la coordination des acteurs pour améliorer le parcours du patient.

Un avenant « Développement Durable » a été annexé au projet d'établissement 2010 - 2014. Les 8 objectifs définis s'inscrivent dans le cadre des missions de soins, de prévention et d'éducation.

Ils sont déclinés en 56 actions concrètes.

Un avenant « Politique de maîtrise du risque infectieux » a également été annexé au PE.

Adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place.

La convention tripartite fixe les effectifs autorisés. Le nombre d'agents présents dans l'établissement correspond aux effectifs autorisés.

Le recrutement est tourné vers le service à la personne âgée et anticipe les évolutions.

Une liste de fiches de poste et de tâches est rédigée, mais sans date d'élaboration ou d'actualisation.

Une vingtaine de fonctions n'ont pas de fiches de poste.

La gestion administrative du personnel est organisée. Un entretien annuel d'évaluation a lieu pour chaque salarié, au cours duquel les souhaits de formations sont recueillis. Une évaluation chiffrée est établie pour les connaissances, les pratiques, les comportements professionnels, l'organisation, l'implication, l'animation, le travail en équipe, la communication, la présentation. Des objectifs sont fixés pour l'année à venir.

Pour les cadres, un document préparatoire est complété avec leurs objectifs déclinés en plans d'actions et indicateurs, notamment pour les objectifs en lien direct avec le projet d'établissement.

L'accueil des nouveaux agents est formalisé. Deux jours par an sont consacrés à des journées d'information pour les nouveaux arrivants et les saisonniers, avec une présentation et une sensibilisation entre autres à l'hygiène et l'Humanitude. Un livret Humanitude, un livret hygiène et la Charte informatique sont remis aux participants.

Des panneaux d'affichage, des permanences RH et l'écoute des cadres complètent le dispositif.

L'EHPAD La Loysance est un établissement public. Son budget est inclus dans le budget du CHMB, dont la règle budgétaire suit l'instruction budgétaire et comptable M 22.

Existence et pertinence de dispositifs de gestion et de suivi.

Le PE fait l'objet en chaque début d'année d'une présentation de ses avancées et objectifs.

Le CHMB s'est doté d'un groupe de travail spécifique, le GESPE (Groupe d'Évaluation et de Suivi du Projet d'Établissement), composé de la directrice, des directrices adjointes et du cadre supérieur de santé, qui assure le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PE, la mesure de l'atteinte des objectifs et l'adaptation des objectifs à la situation.

Les axes de travail en lien avec le secteur médico-social ont progressé :

- Réussir le pôle sanitaire gérontologique / taux 2013 = 58% (2012 = 32%).
- Diversifier et spécialiser une offre médico-sociale de qualité / taux 2013 = 64% (2012 = 52%).
- Promouvoir la qualité de vie au travail / taux 2013 = 72% (2012 = 67%).
- Le pilotage de l'établissement / taux 2013 = 61% (2012 = 23%).
- La logistique au service du travail / taux 2013 = 73% (2012 = 68%).

Cependant, le projet d'établissement n'est pas reconnu comme un document de travail de la part des agents : soit ils ne le connaissent pas, soit ils n'en connaissent pas les différents axes.

La Directrice adjointe en charge des affaires générales assure une veille réglementaire.

Appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs.

Les médecins généralistes du canton suivent la plupart des résidents en tant que médecins traitants, tandis qu'un médecin salarié se charge des résidents hors canton. Et, un médecin coordonnateur est

présent à 60%.

Les médecins libéraux sont très impliqués dans le fonctionnement de l'établissement. Ils ont établi un planning de passage réparti sur la semaine. Le dossier médical est entièrement informatisé. Les médecins ont la possibilité d'accéder au logiciel Osiris depuis leur cabinet libéral. L'un des médecins qui intervient à titre libéral sur l'EHPAD est aussi salarié sur la partie sanitaire. Il est président de la CME, membre du CLAN et du CLUD. Il est aussi référent OSIRIS pour les médecins.

La commission de coordination gériatrique n'existe pas, le médecin coordonnateur étant arrivée en novembre 2012. La direction a proposé d'intégrer cette instance dans la CME, afin de ne pas imposer aux mêmes intervenants libéraux et salariés un temps de réunion supplémentaire.

Une commission de formations se réunit 2 fois par an. Un plan de formations concerté, axé sur des pratiques professionnelles partagées et sur « la Bientraitance », a permis d'ouvrir les champs de compétences, de favoriser les relations sociales, et d'impulser une dynamique commune et pluri professionnelle.

Des demandes de formation peuvent être formulées par l'agent ou proposées par le cadre, au cours de l'entretien annuel d'évaluation. Les demandes antérieures de l'agent et les suites données sont examinées.

Le plan de formations 2014 correspond aux directives ministérielles et aux thèmes définis par la direction. Il comprend entre autres : des présentations « Humanitude » d'une heure (10 x 10 agents), prévention des chutes (50 agents), « Gestes de 1er secours / Urgences vitales » (150 agents), manutention et gestes et postures (112 agents), hygiène (17 agents), troubles psychotiques (48 agents), la dépression (48 agents), la personne de confiance, échelle de la douleur, directives anticipées (48 agents), HACCP et sécurité alimentaire, prendre en charge la douleur, la nutrition, etc.

Les agents sont sensibilisés à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Lors de la réunion du 31 mars 2014, la commission de formations a approuvé à l'unanimité que le décompte du CHMB ne soit pas réalisé au regard de l'ampleur du plan de formations.

L'établissement mène une politique de formation par les pairs, grâce à la nomination de référents dans plusieurs domaines de compétences.

Appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés.

Le projet d'établissement fait l'objet d'une évaluation annuelle avec l'aide du cabinet de conseils extérieur ADYSTA.

Le Groupe d'Evaluation et de Suivi du Projet d'Etablissement (GESPE) assure la coordination et la synthèse des évaluations, axe par axe et action par action.

La synthèse fait l'objet d'une présentation annuelle en réunion d'encadrement, restituée ensuite aux instances de gouvernance.

Des enquêtes de satisfaction sont organisées une fois par an pour apprécier l'impact des changements des pratiques sur le niveau de satisfaction des résidents et des professionnels.

Les usagers et les familles ne sont pas consultés sur l'élaboration des questionnaires et ne participent pas à leur dépouillement, mais les résultats leurs sont restitués en Conseil de la Vie Sociale.

Les réponses apportées sont prises en compte dans la synthèse des résultats.

Conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation.

Le projet d'établissement du CHMB a pour ambition de piloter par la qualité. C'est un engagement fort de la direction, de la cellule qualité et de l'ensemble du personnel.

Cependant, il ne s'appuie pas sur les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) et n'y fait pas référence. Les synthèses des 4 Recommandations sur la qualité de vie en EHPAD sont mises à disposition des agents en salle de soins. Une diffusion est faite, mais sans explication particulière. Les autres RBPP ne sont pas mises à disposition et les agents ne les connaissent pas, mais

les pratiques professionnelles sont en adéquation avec les orientations données par lesdites Recommandations puisque le médecin coordonnateur s'y réfère lors des formations et des staffs.

En mars 2014, l'ensemble des GIR, NPI et des évaluations PATHOS des résidents ont été réévalués par le médecin coordonnateur, les cadres de santé, la psychologue et des soignants, dans la perspective de la renégociation de la convention tripartite.

4.3 Analyse des actions réalisées suite à l'évaluation interne (décret 2007-975, chapitre II, section 2)

Appréciation sur les priorités et modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne.

La démarche d'évaluation interne s'est déroulée d'octobre 2012 à novembre 2013. Un comité de pilotage d'une quinzaine de personnes a été constitué. Lors d'une première étape, le cadre évaluatif a été défini. Une deuxième étape reposant sur 5 groupes de travail a abouti à la fusion du cadre évaluatif défini avec l'outil Aqualie 35 2^{ème} version pour en faire le référentiel d'évaluation interne. Une restructuration du PAQ s'est néanmoins avérée nécessaire pour en faire un outil opérationnel. La directrice adjointe responsable de la qualité a mis en œuvre à son arrivée, en janvier 2014, une refonte de la démarche et la mise en forme du plan d'actions a été finalisé en avril 2014.

Le rapport d'évaluation interne est adossé aux Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles. 129 actions d'amélioration ont été définies. 1 est clôturée, 23 sont en cours, 48 s'appliquent en continu, 57 sont non réalisées.

Des audits internes ont été programmés, notamment dans les domaines de l'hygiène, du circuit du médicament, de la gestion du dossier informatisé, de la prévention de la maltraitance, etc.

La parole des résidents a été recueillie au moyen d'une enquête de satisfaction effectuée en 2013 par les groupes de travail (taux de retour 27%). La cellule qualité a traité les réponses collectées.

Le rapport et le PAQ ont été envoyés aux autorités fin 2013.

Un comité de réflexion éthique est en cours d'élaboration.

Appréciation sur la communication et la diffusion des propositions d'améliorations et l'implication des acteurs.

Le rapport d'évaluation interne est présent dans chaque salle de soins.

Le médecin coordonnateur et les cadres ont participé à l'évaluation interne, tout au long des 5 axes.

Une dynamique qualité a été mise en place avec une réunion du COPIL chaque trimestre, pour le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions.

Une nouvelle enquête de satisfaction à destination du personnel a été diligentée en 2013. Les questions ont été élaborées et validées avec les membres du CHSCT. La démarche a été très appréciée, les 53,8% de taux de retour en sont la preuve. Les résultats de l'enquête ont été restitués devant le CHSCT.

En avril 2014, 10 demi-journées de 3h chacune sur le thème de la qualité, communes aux 2 sites, ont été animées par la cellule qualité, les cadres et la référente en hygiène. Au total plus de 150 agents, toutes catégories professionnelles confondues, ont été formés. Lors de ces journées la démarche qualité, les instances en place, les points forts et les points faibles issus de l'évaluation interne ont été présentés. Une sensibilisation aux FSEI et à l'hygiène a été effectuée.

Les documents présentés ont été remis aux participants et mis à disposition pour consultation dans les services. Les équipes se souviennent de la réunion de restitution et parfois des axes d'amélioration à mettre en œuvre.



Mise en œuvre des mesures d'amélioration et de l'échéancier de cette mise en œuvre.

La cellule qualité comprend une directrice adjointe en charge de la qualité et de la gestion des risques, une qualitiennne, une assistante qualité, une IDE référente qualité et gestion des risques (0.40 ETP), et une IDE hygiéniste (0.50 ETP).

La réalisation d'un manuel qualité débutera en septembre 2014.

Dans chaque salle de soins, on trouve un classeur « Qualité » vert, un classeur « Humanitude » violet, et un classeur « Hygiène » jaune. Dans chaque office, il y a un classeur blanc « Nutrition ».

Les risques psychosociaux sont repérés.

En lien avec le CHSCT, une procédure d'actualisation du DUERP est rédigée et prévoit l'identification et l'analyse des risques, la hiérarchisation (cotation) des risques par une cartographie, l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'actions, ainsi que leur suivi et leur évaluation.

En prévention de l'épuisement professionnel, la direction répartit les actions d'amélioration entre les personnels concernés. Une évaluation régulière des agents est mise en place, l'organisation d'un soutien aux professionnels par un psychologue extérieur peut être proposé en cas de situation exceptionnelle.

Présentation des modalités de suivi et bilan périodique

En cinq mois, 54% des actions d'amélioration issues de l'évaluation interne ont été réalisées et 19% sont en cours.

Les axes classés prioritaires par l'établissement sont définis par le Comité de Pilotage Qualité et Gestion des Risques (COPIQ-GDR), qui détermine la Politique Qualité et Gestion des Risques. Il regroupe les personnels des secteurs sanitaire et médico-social.

Une procédure « Pilotage de la Qualité et de la Gestion des Risques » a été élaborée en mars 2013. Elle définit l'objet et le domaine d'application, les références, le pilotage de la qualité et de la gestion des risques, les indicateurs de qualité et de sécurité de la prise en charge.

À l'appui de la démarche qualité, le concept du projet « Humanitude » s'inscrit dans le déploiement du projet global d'établissement 2010-2014. Il est basé sur le concept de Bienveillance et déployé de manière adaptée dans l'institution. Avec plus de 99% du personnel formé, ce projet permet depuis 2007 de donner du sens à l'action de chacun et de réinterroger régulièrement les pratiques.

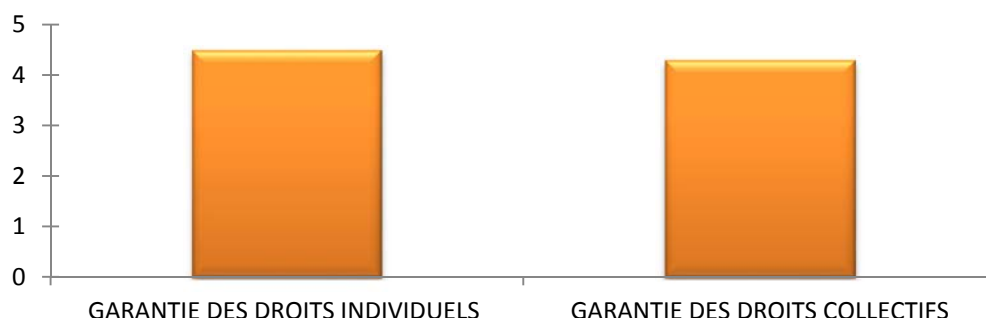
4.4. Constats, analyses et préconisations selon le référentiel d'évaluation.

Plan 1 : GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)

1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.
2. Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet.
4. Effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits.
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.
7. Capacité de l'établissement ou du service à observer les changements et à adapter son organisation.
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.
9. Prise en compte des facteurs de risque.
10. Capacité de l'établissement ou du service à assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
12. Formes de mobilisation des professionnels.
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.

Synthèse graphique du plan



Sous plan 1.1 : GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS

Analyse

Le CHMB s'attache à diffuser ses valeurs auprès des résidents et de leur famille autour notamment des objectifs suivants :

- ↳ écouter l'utilisateur, dont les besoins et les attentes sont recueillis à travers les enquêtes de satisfaction, le recensement des événements indésirables analysés par la cellule qualité et restitués dans les instances dédiées ;
- ↳ respecter l'individualité (identité, sommeil, projets de soins et/ou de vie) ;
- ↳ maintenir la citoyenneté.

Les cas de maltraitance éventuels sont discutés en équipe avec la cadre, la psychologue. Une fiche d'événement indésirable est complétée (ce document existe dans chaque service), puis transmise au service qualité pour analyse et retour à l'émetteur. Une Charte de la Bienveillance a été élaborée en février 2014.

L'établissement est joignable 24h sur 24, avec un transfert sur le poste de l'IDE aux heures de fermeture de l'accueil.

L'accueil est ouvert de 8h30 à 17h30. Les horaires sont notés dans le livret d'accueil et affichés.

La liste d'attente compte environ 15 personnes, et est réévaluée à chaque fois qu'une place se libère.

L'établissement n'a pas de problème d'activité, notamment en raison de la présence infirmière la nuit.

Une procédure d'admission est en cours de finalisation.

Le dossier d'admission est remis à la famille ou au résident par l'agent d'accueil, ou est expédié au demandeur. Au retour du dossier, les cadres complètent les informations. Le dossier passe ensuite en commission d'admission. Les cadres participent à la Commission Médicale d'Accueil et d'Orientation du Territoire regroupant les 4 établissements d'Antrain, Saint-Brice-en-Coglès, Saint-Georges-de-Reintembault et Tremblay. L'un des médecins coordonnateurs de ces 4 établissements est systématiquement présent à tour de rôle. Suite à cette commission, un courrier est envoyé pour notifier la décision (positive, négative, ou pour une demande d'information médicale complémentaire).

La visite de pré admission se fait dans un premier temps sur rendez-vous avec le cadre de santé qui propose de faire visiter l'établissement puis la chambre, il recueille les habitudes de vie et les attentes du futur résident, et remet le livret d'accueil. Le futur résident se déplace dans 99% des cas.

Il recherche alors le consentement éclairé de la personne. Une campagne de sensibilisation des professionnels à l'appréciation du consentement a été mise en oeuvre. L'évaluation du consentement par le cadre de santé est à cocher sur le document CERFA et le document du CG relatif au pré accueil via la plateforme Aqualie. La personne de confiance, les directives anticipées et la désignation d'un référent familial sont évoquées. Le choix du médecin traitant est requis.

Dans un deuxième temps, la famille et le résident sont réorientés vers le bureau des entrées.

Les documents de la loi de 2002, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour sont remis et expliqués. Le contrat de séjour précise que « *Le présent contrat fait l'objet d'une lecture commune réalisée lors de la visite de pré-accueil* ».

Ces documents participent à l'information du résident sur les conditions de vie dans l'établissement.

Les Chartes de la personne accueillie et de la personne âgée dépendante sont annexées au règlement de fonctionnement. La Charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans l'établissement, le règlement de fonctionnement ne l'est pas.

Les fiches suivantes sont complétées :

- Choix de la personne de confiance.
- Autorisation du droit à l'image.
- Formulaire des derniers souhaits.
- Directives anticipées.

La liste nominative des personnes qualifiées, ainsi que les modalités de contact, sont détaillées dans le règlement de fonctionnement.

Une note d'information sur le traitement du linge est remise.

Le registre des entrées et sorties et le registre des décès sont à jour. Une procédure définit l'accessibilité pour le résident à son dossier et un suivi des demandes en application de la réglementation.

La protection juridique des majeurs est respectée. Le règlement de fonctionnement précise que « *le juge des tutelles saisi par le médecin ou la famille peut décider des mesures de protection* ».

Les biens de valeurs peuvent être remis à l'établissement qui les transmet ensuite à la Trésorerie, contre réception d'un reçu et après inventaire.

Il est demandé à la personne accueillie de souscrire une assurance responsabilité civile individuelle pour les dommages dont elle pourrait être la cause, et de fournir chaque année une attestation à l'établissement.

L'établissement n'a pas mis en place de modes de communication spécifiques adaptés aux capacités des personnes accueillies.

Les informations relatives aux mouvements des résidents sont disponibles sur le logiciel Osiris, mais la mise en place d'un document de liaison avec les services transversaux est à étudier.

Le cadre communique à l'équipe les informations recueillies lors de l'entretien de pré-accueil. L'accueil se fait de préférence en début d'après-midi, une AMP est détachée pour cela. L'AMP avec un soignant du service procèdent à l'inventaire des vêtements du résident.

Le projet d'accompagnement individualisé est mis en place dans les 3 mois suivant l'arrivée.

Les résidents et les familles sont satisfaits dans l'ensemble de la qualité des soins, de l'hygiène et de l'entretien du linge et des locaux ; et sont très satisfaits des animations et activités proposées. Ils ont la liberté d'aller et venir, hors unité sécurisée, leur dignité est respectée (les agents frappent à la porte avant d'entrer), de même que leur intimité (la toilette est faite porte fermée, les agents affichent une petite pancarte avec leur prénom sur la porte de la chambre pour que personne n'entre pendant les soins), ils peuvent voter et se sentent globalement en sécurité.

Le village de la Loysance dispose exclusivement de chambres individuelles, ainsi que de 9 chambres communicantes facilitant l'accueil des couples.

L'architecture la Loysance assure une grande accessibilité aux différents lieux, mais la présence de pentes diminue l'accessibilité au parc autour de l'établissement pour les résidents à mobilité réduite ou en fauteuil roulant.

La signalétique interne et externe est à revoir, tant sur la qualité des informations que sur la taille des caractères. Les résidents (96%) et les familles (97%) apprécient le cadre de vie.

Les résidents sont libres de circuler dans les parties communes de l'établissement et ont accès à tout moment à leur chambre. Les résidents et les familles sont satisfaits, voire très satisfaits (100%), de la possibilité d'aller et venir au sein de l'établissement. L'aménagement des espaces satisfait 97% des familles et 93% des résidents. Un digicode a été mis en place à l'entrée principale fin 2013 suite à plusieurs sorties inopinées. Il n'y a pas de clés pour les chambres en raison du classement en type U de l'établissement, car toutes les portes doivent rester accessibles. Un espace Snoezelen est installé depuis 2009.

Les agents sont identifiables par leurs noms, prénoms, et fonctions, sur leurs tenues de travail. Cependant, ces indications sont souvent délavées et difficiles à lire. Les familles sont 19% à ne pas être satisfaites de l'identification des professionnels.

La vie affective et sexuelle des résidents est respectée. Des groupes de travail ont été constitués avec des réflexions éthiques : Bientraitance en 2013, sexualité des personnes âgées en 2011 et 2012 avec l'intervention d'une personne ressource extérieure fin 2012.

Les membres du personnel sont informés de l'obligation de secret professionnel.

Les résidents peuvent décorer et personnaliser leur logement (en lien avec le règlement de fonctionnement), apporter un petit réfrigérateur ou du mobilier.

Les dossiers administratifs et médicaux des résidents sont sécurisés.

Les résidents disposent de la liberté de recevoir un représentant du culte de leur choix.

L'établissement dispose d'un matériel adapté évitant le recours à la contention (lits Alzheimer). Les contentions sont évaluées mensuellement par l'IDE avec le reste de l'équipe, puis lors de chaque staff hebdomadaire et à chaque fois que les soignants le souhaitent selon l'évolution de l'état de santé du résident, de ses souhaits ou ceux de sa famille. Tous les professionnels (soignants, personnel de ménage, kinésithérapeute, ergothérapeute, animatrice, AMP, IDE, AS/ASH de jour et de nuit, cadres)

ont été formés à la contention par le médecin coordonnateur, soit au total 80 personnes environ. La formation a inclus la prévention des chutes, la conduite à tenir en cas de chutes, la contention et les alternatives à la contention.

La direction encourage toute personne à dénoncer des faits de maltraitance dont elle pourrait avoir connaissance, être témoin ou dont elle s'estime être victime.

Les sorties inopinées des résidents font l'objet d'un protocole. Les soignants présents recherchent la personne dans l'établissement à partir d'une check-list des pièces à vérifier. En cas de recherche infructueuse, l'infirmière appelle l'administrateur de garde, la gendarmerie, et fournit une fiche descriptive du résident avec sa photo en six exemplaires.

La participation financière est clairement expliquée sur les documents remis à l'admission.

Les médicaments sont pris en charge au titre de la dotation globale.

L'établissement est habilité à l'Aide sociale.

Il y a toutefois lieu de veiller à ce que les factures soient envoyées avant le prélèvement sur le compte bancaire, plutôt que l'inverse.

Sous plan 1.2 : GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS

Analyse

La mise en œuvre des objectifs du projet d'établissement fait l'objet d'une évaluation annuelle par un groupe représentatif des personnels, mais pas par les résidents.

Le Conseil de la Vie Sociale

Le CVS est effectif et se réunit 3 à 4 fois par an. Les résidents et les familles qui le souhaitent peuvent participer au CVS et à la réunion préparatoire du CVS. Lors de la préparation des CVS, l'animatrice et les AMP sollicitent les résidents sur leurs attentes.

Le président du CVS est un résident. Parmi les membres élus, il y a 4 représentants des résidents, 3 représentants des familles, 6 représentants des professionnels. Les CR des réunions sont affichés, mais en taille de police normale.

Le recueil et la gestion des plaintes et réclamations

La gestion des plaintes est encadrée. Suite à l'envoi d'un courrier, une réponse est adressée sous 8 jours. La cellule qualité en assure le suivi. La plainte est classée après avoir été traitée.

Une sensibilisation des professionnels a été réalisée lors des journées qualité. Une Charte du signalement responsable validée par les instances est affichée dans les services.

Une réunion a lieu tous les mois pour analyser les FSEI par thème et un tableau de bord annuel est élaboré. Chaque événement ayant fait l'objet d'une fiche de signalement donne lieu à une analyse et un traitement adéquats.

La CRUQ-PC, instance obligatoire du secteur sanitaire, a été élargie à l'ensemble du secteur médico-social et permet le suivi du traitement des plaintes et réclamations. La prise en compte des droits collectifs est assurée par la participation des représentants des usagers et des représentants des familles.

Des réunions de la CRUQ-PC sont régulièrement organisées.

Si un signalement est fait au CORSSI (Comité d'Orientation Stratégique du Système d'information), cela est restitué au CVS.

Les autres instances de participation

Trois réunions de la commission des menus et 4 réunions de la commission des animations sont organisées chaque année. Une « réunion des familles » est organisée une fois par an.

Le droit à l'information est respecté par les panneaux d'affichage, avec les Chartes des droits et libertés, le dernier compte rendu du CVS, le numéro « Allo maltraitance », les tarifs des prestations annexes, la liste des personnes qualifiées, la politique qualité et de gestion des risques avec une lettre d'engagement de la direction.

Des espaces non dédiés à une fonction précise sont laissés à la libre utilisation des résidents pour permettre la convivialité. L'établissement met à disposition des usagers et des familles des lieux de détente et des salons offrant plus d'intimité.

La Bientraitance et la prévention de la maltraitance

Une Charte validée en juin a été élaborée par le groupe Bientraitance.

Les formations Humanitude dispensées depuis 2007 ont permis de toucher 99% des équipes. Il y a deux référentes par site, un COPIL et une cellule opérationnelle sont mises en place.

Les référentes interviennent 2 journées par semaine sur l'EHPAD. Elles revoient et recadrent les pratiques si besoin.

Un atelier Humanité est organisé mensuellement avec un thème proposé par le COPIL suivant les besoins. Un audit est pratiqué tous les 2 ans pour vérifier l'application des pratiques.

Les équipes sont informées de la marche à suivre en cas de constat de maltraitance.

La fiche de signalement n'est toutefois pas mise à disposition des résidents, familles et autres intervenants. *Note de l'établissement : Projet en cours lors de la visite, les documents sont prêts et la diffusion est programmée en septembre.*

Le recueil de la satisfaction des résidents

L'établissement met en œuvre des enquêtes et audits concernant la satisfaction des résidents : audit Bientraitance, Humanitude, restauration. Les résultats sont dépouillés par la cellule qualité.

Une enquête de satisfaction globale sera à mettre en œuvre chaque année à destination des résidents et des familles.

Pour préserver la tranquillité des résidents en salle à manger, certaines des personnes les plus dépendantes prennent leurs repas dans la bibliothèque.

Points remarquables du plan

-  Le projet médico-social de vie et de soins est structuré.
-  La gestion administrative du personnel est organisée. L'accueil des nouveaux agents est formalisé. Un entretien annuel d'évaluation et de formation a lieu pour chaque salarié.
-  Le rapport d'évaluation interne est adossé aux Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles.
-  Il existe une procédure définissant l'accessibilité pour le résident à son dossier et un suivi des demandes en application de la réglementation.
-  Le numéro vert Allo Maltraitance est affiché. Une Charte « Bientraitance » a été élaborée par l'établissement. Des référents institutionnels « Humanitude » sont désignés.
-  Les agents sont sensibilisés à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.
-  Le consentement éclairé du résident est recherché. La désignation de la personne de confiance est proposée. La liste nominative des personnes qualifiées est détaillée dans le règlement de fonctionnement. La Charte des droits et libertés est affichée. Un espace est dédié aux soins esthétiques. Un espace Snoezelen est installé depuis 2009.
-  Des commissions menus et des commissions animations sont organisées régulièrement.
-  Des enquêtes thématiques sont pratiquées régulièrement pour évaluer le niveau de satisfaction des résidents.
-  Chaque événement indésirable faisant fait l'objet d'une fiche de signalement donne lieu à une analyse et un traitement adéquats.

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

-  Réfléchir à un mode d'identification des professionnels plus aisé pour les usagers et les familles.
[RBPP « Qualité de vie en EHPAD Volet 2 » « Organisation du cadre de vie et de la vie](#)
-  Lors de la réécriture du PE, associer les résidents, les familles, le CVS, les professionnels, et les partenaires extérieurs à son élaboration. *Note de l'établissement : en cours.*
[RBPP « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » ANESM - Décembre 2009 - Chap. 4, p. 21](#)
-  Lors de la réécriture du PE, s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernées.
[RBPP Les 4 volets de la « Qualité de vie en EHPAD »](#)
[RBPP « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service »](#)
[RBPP « La Bientraitance, définitions et repères pour la mise en œuvre »](#)
[RBPP « L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »](#)
[RBPP « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » ...](#)



→ Aménager les espaces extérieurs pour les rendre accessibles aux résidents à mobilité réduite ou en fauteuil roulant.

RBPP « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en EHPAD » ANESM - Février 2009 - Chap. II, art. 3.1

→ Communiquer sur les Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles auprès du personnel afin qu'il se les approprie.

→ Rédiger les fiches de poste manquantes et vérifier l'actualisation de celles qui sont élaborées.

→ Rédiger une procédure globale de préadmission, d'accueil et d'admission. *Note de l'établissement : Procédure en cours de finalisation.*

→ Mettre en œuvre des moyens de communication non verbaux adaptés aux capacités des personnes accueillies.

→ Garder dans le dossier du résident un exemplaire du contrat de séjour, du règlement de fonctionnement et de tous les avenants signés par le résident ou son représentant légal. *Note de l'établissement : Réalisé depuis la visite.*

→ Élaborer un tableau de bord de suivi des désignations de personnes de confiance et directives anticipées recueillies auprès des résidents afin de procéder à leur actualisation tous les 3 ans. *Note de l'établissement : Attention l'établissement a pour obligation d'informer le résident sur ces dispositifs, en revanche le recueil systématique de ces données n'est pas obligatoire.*

→ Mettre la fiche de signalement à disposition des résidents, familles et autres intervenants, et procéder à une information sur le sujet. *Note de l'établissement : Projet en cours lors de la visite, les documents sont prêts et la diffusion est programmée en septembre.*

→ Mettre en place une enquête de satisfaction globale à destination des résidents et des familles à périodicité définie.

→ Afficher les CR de CVS et autres réunions de commissions dans une police agrandie pour en faciliter la lecture aux résidents.

→ Mettre en œuvre un plan d'actions suite à l'audit « prévention de la maltraitance ».



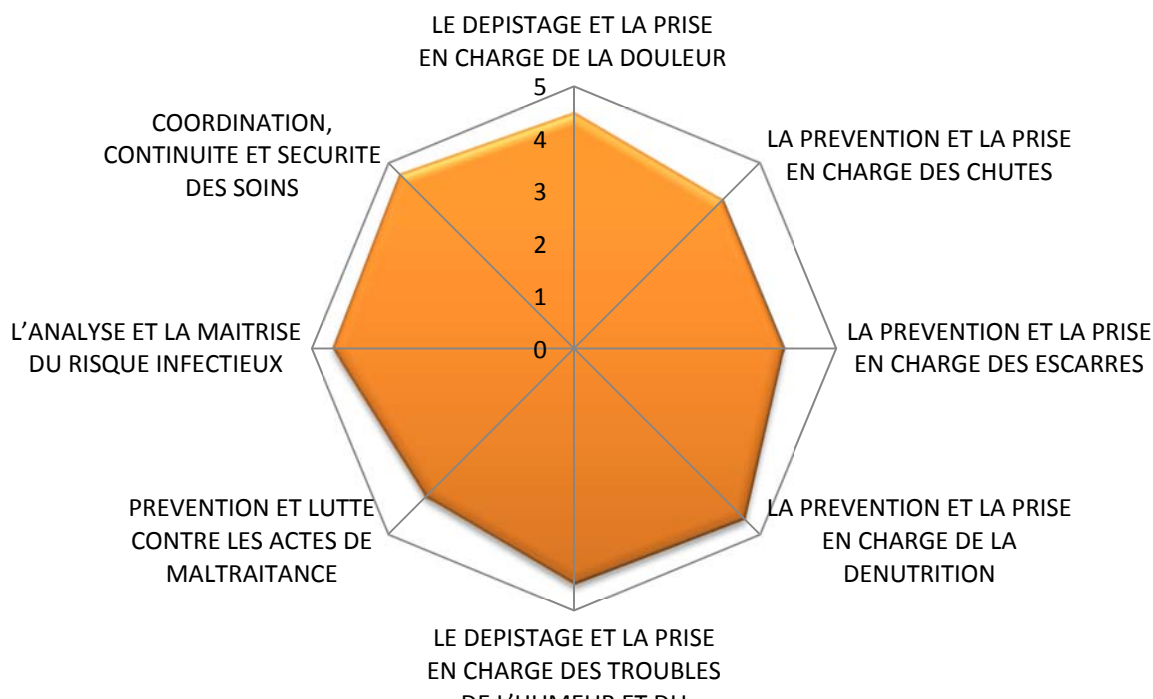
Indicateurs	<u>Taux de résidents dont le consentement a été évalué</u> $\frac{\text{Nombre d'usagers déclarant que leur consentement a été recueilli}}{\text{Nombre de résidents ayant été questionnés sur ce sujet}} \times 100$
	<u>Taux de signalements</u> $\frac{\text{Nombre de signalements de maltraitance effectués par le service (au procureur, aux travailleurs sociaux) sur les 12 derniers mois}}{\text{Nombre total de suspicions de maltraitance sur les 12 derniers mois}} \times 100$
	<u>Taux de satisfaction relatif au respect des droits</u> $\frac{\text{Nombre d'usagers estimant que leurs droits sont respectés au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre d'usagers ayant répondu à la dernière enquête de satisfaction}} \times 100$
	<u>Taux de questionnaires de satisfaction retournés ou renseignés</u> $\frac{\text{Nombre de questionnaires renseignés lors de la dernière enquête de satisfaction}}{\text{Nombre de questionnaires envoyés lors de la dernière enquête de satisfaction}} \times 100$
	<u>Taux de réclamations analysées traitées</u> $\frac{\text{Nombre de réclamations analysées et traitées sur les 12 derniers mois}}{\text{Nombre de réclamations enregistrées sur les 12 derniers mois}} \times 100$
	<u>Taux de réponses apportées aux demandes du CVS</u> $\frac{\text{Nombre de réponses positives ou négatives apportées au CVS sur une période d'un an}}{\text{Nombre de demandes ou remarques notées dans les comptes rendus du CVS sur une période d'un an}} \times 100$

Plan 2 : PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE ET INHERENTS A LA VULNERABILITE DES PERSONNES

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)

1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.
2. Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet.
4. Effectivité du projet de l'établissement ou du service sur l'accès et le recours aux droits.
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.
7. Capacité de l'établissement ou du service à observer les changements et à adapter son organisation.
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponses apportées aux usagers.
9. Prise en compte des facteurs de risque.
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
12. Formes de mobilisation des professionnels.
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.

Synthèse graphique du plan





Sous plan 2.1 : LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
Analyse
Le CHMB dispose d'un CLUD qui se réunit trois fois par an composé notamment du médecin coordonnateur, de médecins libéraux, d'IDE, d'AS et d'un psychologue. Tous les comptes rendus sont disponibles sur l'intranet de l'établissement. Le CLUD est très actif et pluridisciplinaire. Ses méthodes et outils sont adaptés à l'EHPAD. Il a élaboré une Charte sur « <i>Les 10 commandements dans la prise en charge de la douleur intense</i> ». Une formation sur la douleur a lieu tous les ans. Des formations pluri professionnelles sont proposées (participation du personnel du sanitaire, des EHPAD et du SSIAD). Une formation est programmée sur le second semestre 2014 pour assurer une bonne utilisation des échelles. Les formations sont assurées par un médecin, une IDE, une psychologue. Différents protocoles concernant la prise en charge de la douleur sont disponibles via le logiciel Osiris : protocole en cas d'absence du médecin, protocole si le résident est déjà sous antalgiques, protocole si le résident ne peut pas avaler de médicament. L'appel au 15 est également utilisé. La douleur est réévaluée régulièrement. À l'entrée du résident et en lien avec son traitement, une évaluation à la douleur est en projet et sera faite systématiquement. La dimension douleur est systématiquement recherchée en cas de survenue de troubles du comportement. Des échelles d'évaluation (ECPA, Algoplus, EVA) sont utilisées. L'équipe est formée à l'utilisation de ces outils. Une analyse du traitement est faite avant que l'infirmière ne donne un antalgique. Une traçabilité sur Osiris est effectuée. Il n'existe pas de référent douleur, mais des IDE font parties du CLUD. Une IDE sera formée au DU douleur en 2015.

Sous plan 2.2 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES
Analyse
Le risque de chute est évalué à l'arrivée du résident au regard de son dossier. Les habitudes de vie du résident sont répertoriées (lumière la nuit, chaussage). Un repérage sur l'iatrogénie est réalisé entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur. Il n'existe pas de protocole de prévention et de prise en charge des chutes. Une formation est dispensée par le médecin coordonnateur. Un écran bilan mesure (EBM) permet de tracer les chutes dans le DPI. Chaque chute est donc répertoriée via le logiciel Osiris depuis la mise en place de l'EBM chutes en septembre 2012. Il n'existe pas d'analyse globale des chutes. La présence d'un ergothérapeute tous les vendredis pour des ateliers de gym douce ainsi que la présence d'un kiné salarié contribuent à la prise en charge et à la prévention des chutes. Suite au bilan kiné, un aide-soignant est dédié à la mobilisation des résidents. Pour tous les risques (chute, fugue, douleur, décès...), la prise en charge est effectuée par l'IDE. Des lits Alzheimer peuvent être fournis pour éviter de nouvelles chutes. Les contentions font l'objet de prescriptions médicales et sont encadrées par un protocole. Les contentions sont réévaluées mensuellement par l'IDE avec le reste de l'équipe, puis lors des staffs hebdomadaires et à chaque fois que les soignants le souhaitent selon l'évolution de l'état de santé du résident, de ses souhaits ou ceux de sa famille. En cas d'urgence, l'infirmière peut mettre en place une contention, une traçabilité renforcée sur Osiris est alors mise en place. Chaque contention fait l'objet d'une information à la famille. Les moyens de contention de l'établissement sont des gilets de maintien au fauteuil, des sangles pelviennes, des barrières de lit, des sécuridraps. Les contentions sont réévaluées tous les mois par l'infirmière avec l'équipe et une demande de renouvellement de prescription est faite aux médecins. Le sujet des contentions est évoqué lors du staff.



Sous plan 2.3 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES ESCARRES
Analyse
A l'entrée du résident, une évaluation de l'état cutané est réalisée au moyen de l'échelle de Norton. La prévention des escarres se fait au quotidien par l'équipe de soins avec des effleurages au Sanyrène. Des changements de position sont effectués. La mise en place de matériels adaptés tels que des matelas curatifs, à mémoire de forme, positionnement par coussin, est réalisée. La position « Canoë » issue de la formation Humanitude est utilisée. Un protocole existe, mais il est à compléter. Une série d'actions est mise en place en cas de risque (effleurage au Sanyrène, changements de position, location de matelas à air). La kinésithérapeute et l'ergothérapeute ont à leur disposition du matériel spécifique afin de mobiliser les résidents. L'ergothérapeute participe au bon positionnement du résident par une installation adaptée. Les infirmières bénéficient d'une formation complémentaire et régulière à la prise en charge des plaies et escarres. Elles peuvent prendre des photos pour pouvoir suivre l'évolution de la plaie. Une information est transmise à la diététicienne. Il y a peu d'escarres acquises sur site. Elles sont surtout constatées lors des retours d'hospitalisation. Pour des plaies artéritiques, l'hospitalisation à domicile peut prendre le relais. Le personnel a été formé par un organisme extérieur sur les pansements et les plaies d'escarres. Une formation « plaies et cicatrisations » est dispensée de manière annuelle. Un ergothérapeute et un diététicien sont très impliqués dans l'organisation quotidienne. Une procédure de prévention des escarres est à formaliser. Le CHMB s'est engagé dans un projet de télémédecine avec le Centre Hospitalier de Saint Hélier sur la thématique des plaies et cicatrisations, une salle spécifique a été aménagée et une IDE bénéficiera d'un DU spécialisé.

Sous plan 2.4 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION
Analyse
La personnalisation de l'alimentation Un recueil des goûts est fait à l'admission par une AS et noté dans le tableau des habitudes du résident. Le rythme du résident est recherché pour le petit déjeuner et pour la toilette. L'équilibre alimentaire est respecté sur la base des menus établis par la diététicienne. Un plan alimentaire est mis en place avec des cycles saisonniers sur 6 semaines été / hiver. Une enquête relative à la satisfaction « prestation repas » est réalisée de façon annuelle dans le cadre du recueil des indicateurs requis par le référentiel AQUALIE 35. Un menu de substitution est proposé à la carte tous les jours, midi et soir. Les menus sont choisis pour la semaine en tenant compte du plat à la carte et transmis en cuisine par une AS. Les professionnels sont à l'écoute des demandes et des souhaits des résidents. Un travail sur l'environnement agréable au repas est réalisé. Les personnes nécessitant une aide importante sont regroupées dans une pièce au calme. La prévention et la gestion de la dénutrition À l'entrée du résident, le poids et la taille sont mesurés. Un bilan biologique est réalisé avec une albuminémie. Il n'existe pas encore de protocole de prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire et de l'entretien des prothèses dentaires, mais le projet est en cours suite à la réalisation d'un audit sur l'hygiène bucco-dentaire par l'IDE hygiéniste. Une surveillance sur trois jours est mise en place aboutissant à la mise en place de compléments alimentaires. La cuisine fournit aussi une nourriture enrichie. Les poids sont réévalués tous les mois et plus si nécessaire.



Il existe un référent nutrition par unité, qui est un élément moteur pour la formation.
Une orthophoniste est présente à 0,20 ETP dans l'EHPAD pour la prise en charge des troubles de la déglutition et de la dénutrition. Une réunion a lieu trois fois par an avec la diététicienne et l'orthophoniste.
Un groupe de suivi nutrition avec 2 AS référentes par service se réunit 3 fois par an. Le CLAN se réunit 2 à 4 fois dans l'année.
Le groupe de suivi nutrition a préparé une vingtaine de questions adaptées et simplifiées pour réaliser une enquête de satisfaction sur la restauration en début d'année, soumise par le groupe aux résidents et à quelques familles, avec une récolte de 45 réponses non encore analysées.

La restauration

Le personnel en restauration est composé de 6 cuisiniers, 1 agent d'entretien, 2 personnes en plonge chaque jour pour 500 repas (EHPAD, sanitaire, crèche, portage repas, IME).
Les anniversaires sont fêtés 1 fois par mois en salle d'animation avec un goûter. Des repas à thèmes sont organisés 4 fois par an.
La commission des menus se réunit 3 fois par an. Quatre résidents y participent.
Les formations HACCP des cuisiniers sont à jour.
Les textures modifiées sont préparées sur place à partir du plat du jour la plupart du temps, ainsi que les potages et les desserts enrichis pour les résidents dénutris.
Un atelier culinaire regroupe une douzaine de résidents 1 fois par mois avec l'animatrice, et un cuisinier pour la préparation d'un repas complet dégusté ensuite par le groupe.
Un atelier pâtisserie est animé le mardi matin par l'ergothérapeute.
Un contrôle de la DDCSPP en février 2014 a relevé quelques non-conformités mineures, comme l'absence d'un prélèvement sur un plat d'un menu, des attestations de formation HACCP manquantes en cuisine, ainsi que des certificats d'aptitudes suite aux visites médicales. Un plan d'actions et des mesures correctives ont été mis en place.

Le service hôtelier

Une formation de l'équipe hôtelière sur les troubles cognitifs, régimes, et textures modifiées, plaisir alimentaire, a été dispensée en 2013.
Une référente provisions et produits diététiques est nommée.
Trois agents hôteliers, recrutés en contrats aidés, sont en renfort sur l'EHPAD depuis 2 ans, sur un horaire de 11h30-13h30 et 14h30-20h, ou de 13h à 20h. Ils travaillent un week-end sur 2 et sur 2 services. Ils participent au dressage de la table, aident aux repas, assurent le rangement et le ménage de la salle de restauration et de l'office. Ils accompagnent les résidents dans leurs chambres après les repas.

Sous plan 2.5 : LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT

Analyse

La coordination des soins, outre la présence d'un médecin coordonnateur, est renforcée par la convention établie avec la consultation mémoire du Centre Hospitalier de Fougères, comprenant l'intervention possible d'une neuropsychologue.

Un travail sur l'étude du Pathos a été réalisé et est à affiner pour la renégociation de la convention tripartite. Le questionnement pour l'établissement est de savoir comment, dans les cinq ans à venir, définir la prise en charge des futurs résidents, notamment ceux à profil psychiatrique, avec un GMP augmenté à 800 et un PMP global pour les deux EHPAD du CHMB à 244 (dont le PMP de la



Loysance validé à 259). La deuxième question sera de savoir comment organiser les flux dans les services avec une réflexion sur les différentes prises en charge.

À l'examen du dossier d'admission, s'il y a un doute sur d'éventuels troubles du comportement, une demande d'évaluation gériatrique standardisée est demandée afin de mieux orienter le résident à son admission.

Une psychiatre salariée a apporté son expérience et sa compétence de mai 2013 à juin 2014. Elle a permis de débiter un travail autour de la prise en charge au quotidien des résidents psychiatriques et de la compréhension des troubles du comportement. Lors des staffs les projets individualisés sont adaptés aux troubles du comportement des résidents concernés puis, selon les objectifs fixés, l'ensemble de l'équipe s'investit au quotidien pour essayer de réduire ces troubles et accompagner les familles. Le médecin coordonnateur est titulaire d'un DU « maladies d'Alzheimer et démences apparentées », et est en cours de formation sur deux ans en DU de psychogériatrie.

Le GIR et le NPIES sont faits à l'entrée par le médecin coordonnateur et le cadre. Il n'existe pas d'unité spécifique Alzheimer sur le site.

Les sorties inopinées des résidents relèvent de la procédure "disparition inquiétante". Ces sorties sont bien limitées grâce à l'installation de digicodes aux niveaux trois et zéro. Pour les personnes à risque d'errance extérieure, un repérage est réalisé par des photos dans les autres services, au secrétariat et en cuisine. Après avoir recherché la personne dans les locaux, une alerte à l'administrateur d'astreinte et à la gendarmerie est lancée. La mobilisation de toute l'équipe dans tous les lieux de l'établissement est mise en œuvre. Une réflexion sur le risque de déambulation et sur la limitation de la liberté d'aller et venir est réalisée et travaillée avec les familles, les représentants légaux et les référents.

Un espace Snoezelen est installé dans l'établissement. L'ergothérapeute a en charge la coordination des référents qui ont été formés. Un référent est présent par service. Une fois par mois, ils sont détachés de leurs plannings pour réaliser des séances. Ce dispositif contribue à apaiser les troubles du comportement et à diminuer le nombre de médicaments. Il est utilisé aussi en début de nuit pour gérer les angoisses. Des bains de détente sont proposés. Une discussion en équipe permet d'arrêter la liste des résidents dont le profil correspond à cette prise en charge.

Il n'existe pas de protocole de prévention et de gestion de l'agitation et de l'agressivité, ni de protocole de prise en charge de l'insomnie. Il n'y a pas de convention ni de partenariat établi avec un centre hospitalier spécialisé. 65 résidents présentent des troubles psycho-comportementaux.

Sous plan 2.6 : L'ANALYSE ET LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX

Analyse

La cellule hygiène

Une équipe hygiène composée d'un praticien hygiéniste, deux IDE hygiénistes et des référents hygiène est en place. Cette équipe en hygiène hospitalière est un renfort pour l'établissement sur des épisodes d'épidémie de grippe ou de gastro entérite. Dans ces circonstances, elle visite tous les jours les équipes. Un kit a été mis en place pour assurer la prise en charge d'une épidémie sur le week-end. Une déclaration à l'ARS est faite s'il y a plus de 3 cas. Une surveillance en interne est mise en place par des prélèvements bactériologiques analysés par le laboratoire d'Antrain.

Une formation est organisée à raison de quatre sessions par an pour le secteur sanitaire et médico-social, animée par le médecin et l'infirmière hygiéniste.

Un avenant « Politique de maîtrise du risque infectieux » a été annexé au projet d'établissement.

L'infirmière hygiéniste actualise le DARI tous les ans. Mis à jour en 2014, le taux d'objectifs atteints



du DARI est de 76,5 %, ce qui traduit une politique forte de gestion du risque infectieux. Les principaux axes de travail pour améliorer ce score sont les vaccinations contre les infections respiratoires (18,8%) et la gestion du matériel (50%). Le pharmacien, Président du CLIN, constate une augmentation de l'utilisation des solutions hydro alcooliques pour le lavage des mains. Un travail avec le CLIN de Rennes est en place pour le rapport sur les infections. Il existe une procédure pour les épidémies de grippe, et une autre pour les épidémies de gastro-entérites aiguës, pour lesquelles un stock tampon est prévu. La vaccination anti grippe se fait sous prescription nominative. Un des cadres de santé participe au CLIN. L'établissement s'est doté d'un référent hygiène par unité. Celui-ci est chargé de former les nouveaux agents aux différents protocoles. Un audit sur les bonnes pratiques en hygiène aura lieu en 2014. Le carnet sanitaire est en cours de réactualisation, tout comme le plan de maîtrise sanitaire. Une sensibilisation est planifiée deux fois par an pour les nouveaux arrivants, et les CAE.

L'hygiène alimentaire

Des analyses sont faites par un laboratoire de contrôle une fois par mois. Le plan de maîtrise sanitaire est en cours de révision. Dans chaque office, la température des réfrigérateurs est contrôlée. La température des plats est contrôlée sur un plat froid, et sur un plat chaud. Suite à la visite de la DDPP tous les deux ans, un plan d'actions pour la levée des réserves est mis en place. Les formations HACCP des cuisiniers sont à jour. Un plan de nettoyage est affiché avec des illustrations pour malentendants. Tout le personnel est formé à la méthode et une réactualisation est faite tous les ans par un groupe de formation inter sites.

L'hygiène des soins

Le protocole relatif au lavage des mains est réévalué auprès des professionnels de jour et de nuit. Des actions de sensibilisation au lavage des mains sont réalisées par les référents hygiène, auprès des professionnels, des résidents et de leur famille. L'hygiène bucco-dentaire reste à mettre en place sur le dernier trimestre 2014. L'infirmière hygiéniste, dans le cadre de son mémoire de fin d'études, a réalisé un audit des pratiques, aidée par les documents du GREPHH. Les résultats de toutes les analyses biologiques arrivent sur l'adresse e-mail de la cellule hygiène. Les DASRI sont récoltés au moyen de matériel réglementaire. Un ramassage régulier est organisé. Il n'existe pas de protocole de prévention et prise en charge de l'incontinence

La lingerie

Un poste de lingère est prévu sur un temps plein du lundi au vendredi de 8h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h00. La marche en avant du circuit du linge est en place. Le linge est trié et pesé en arrivant à la lingerie. L'établissement n'entretient que le linge délicat des résidents (lainage, ceinture de contention, bas de contention, chaussons, chaussures, sécuridraps, etc.). La lingère assure aussi le lavage des dessus de lit, des rideaux, des tenues de l'atelier et des jardiniers. Elle repasse le linge lavé par ses soins. Elle fait quelques travaux de couture et le marquage du linge de tous les résidents. Les services d'un prestataire extérieur sont requis concernant l'entretien du linge plat, et de tout le linge des résidents. La blanchisserie inter-hospitalière de Taden assure la prise du linge sale le matin et le retour du linge propre l'après-midi les lundis, mercredis, vendredis. En 2013, ont été lavées sur le site d'Antrain 10 tonnes de linge, dont 7,5 tonnes pour l'EHPAD La Loysance. Le volume de linge traité à l'extérieur s'élève à 103 tonnes. Au retour du linge propre, la lingère trie et remet le linge dans les chariots à casier individualisé au

nom du résident.

En cas de dysfonctionnement, la gestion des plaintes est assurée téléphoniquement en lien direct avec la lingerie. La fiche d'événement indésirable n'est pas utilisée.

Il n'existe pas de conduite systématique pour le linge abîmé, entre la lingère d'Antrain et la lingère de Saint-Brice-en-Coglès. La procédure pour le linge contaminé est appliquée.

Sous plan 2.7 : COORDINATION, CONTINUITE ET SECURITE DES SOINS

Analyse

La coordination avec les partenaires dans le cadre de l'accompagnement

L'EHPAD La Loysance est couvert par les contractualisations générales du CHMB, et notamment par :

- la Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens 2012-2017 dont le contrat socle a été signé le 5 mars 2013 ;
- la Convention générale avec le Centre Hospitalier de Fougères ;
- la Convention de direction commune avec la Résidence les Acacias de Saint-Georges-de-Reintembault ;
- la Convention constitutive USSIVA (groupement de commandes) ;
- la Coopération inter-hospitalière - Réseau Opérationnel des Liaisons Alimentation Nutrition Diététique, ROLAND ;
- l'INTERCLAN Bretagne ;
- la Convention EMJI 35 dans le cadre de la création d'une équipe de gestion de tutelle inter établissements ;
- la Convention de partenariat avec l'association CLIC en Marches avec pour objectif, l'organisation de l'accueil des personnes âgées vivant à domicile ;
- la Convention avec la Blanchisserie Inter-Hospitalière de Taden ;
- les Conventions de mise à disposition de personnels avec les établissements suivants : Clinique Saint Joseph de Combourg (informaticien), Résidence les Acacias (médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, attaché aux finances, responsable des services économiques), CH de Fougères (médecin du travail), CH de Vitré (praticien hygiéniste), réseau ROLAND (diététicien), CHU de Rennes (infectiologue) ;
- la Convention avec le cabinet de radiologie de Combourg ;
- la Convention avec le laboratoire d'analyses de biologie médicale d'Antrain ;
- la Convention Bientraitance avec l'ARS ;
- la Convention avec le multi accueil d'Antrain pour une place réservée aux agents du CHMB ;
- la Convention pour une astreinte administrative commune entre le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne et la Résidence Les Acacias.

Restent à formaliser un partenariat avec un centre hospitalier spécialisé, ainsi que des conventions dans le cadre des animations et activités avec les établissements scolaires...

L'établissement n'a pas évalué le niveau de satisfaction des partenaires, ni leur niveau de connaissances quant au rôle et aux missions de l'établissement.

Les intervenants libéraux n'ont pas signé de convention de coordination avec l'établissement.

La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place. La Directrice du CHMB invite les professionnels médicaux et paramédicaux à rejoindre la CME pour ne pas multiplier les réunions du corps médical.

La transmission de l'information

Dans le hall d'entrée à chaque étage, un téléphone est à la disposition des familles ou des visiteurs pour joindre l'infirmière.

Un temps de transmissions hebdomadaire est prévu par unité avec IDE / cadre / AS.



Aucun temps de chevauchement n'est prévu sur le planning le soir pour les transmissions.
Un temps de réunion par demi-unité a lieu chaque semaine, en rotation sur 12 semaines pour toute l'équipe. Les autres outils de transmissions sont le logiciel Osiris et un agenda.
Les protocoles sont régulièrement mis à jour, et sont accessibles dans un classeur en salle des soins ou dans la gestion documentaire informatisée. Les protocoles actualisés sont signés par l'ensemble des professionnels. Certaines fiches de poste sont à rédiger.
Un cahier de liaison tenu par les IDE est dédié aux 10 médecins extérieurs.

La gestion des situations d'urgence

La présence d'une infirmière de jour est effective de 6h45 à 20h15, une infirmière de nuit partagée entre l'EHPAD la Loysance et le service de SSR est présente de 20h15 à 00h00. Après minuit, c'est l'IDE du service de Médecine qui prend le relai pour les urgences jusqu'à 7 heures du matin. Pour une hospitalisation, ou la nuit et le weekend, l'infirmière appelle le 15, et édite un dossier de liaison d'urgence à partir du logiciel Osiris.

En cas de situation d'urgence, un chariot d'urgence situé dans la salle de soins au premier étage est utilisé. Pour une consultation spécialisée en urgence, un transfert vers sur le Centre Hospitalier de Fougères est organisé.

Une liste des administrateurs d'astreinte est disponible dans chaque unité ainsi qu'à la salle de soins centrale.

La mise en œuvre des soins

90% des résidents et 91% des familles considèrent la prise en charge médicale satisfaisante. Les résidents et les familles sont satisfaits à plus de 90 % de la prise en charge soins assurée par les soignants.

Un médecin coordonnateur, présente 3 journées par semaine, est chargée :

- du projet de soins : le médecin coordonnateur est responsable de son élaboration et de sa mise en œuvre. Elle assure la coordination avec les prestataires de santé externes qui interviennent dans l'établissement : professionnels de santé libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique ;
- de l'organisation de la permanence des soins ;
- des admissions : il donne son avis sur la possibilité d'admettre un nouveau résident en tenant compte des possibilités offertes par l'établissement ;
- de l'évaluation des soins.

Le médecin coordonnateur participe à la formation et à la sensibilisation des professionnels.

Une psychologue est présente à 0.50 ETP. Elle intervient auprès des résidents, des familles et des équipes. Elle pratique des entretiens cliniques de soutien, participe au projet d'accompagnement individualisé, accompagne les résidents en fin de vie et les familles.

Elle travaille en équipe pluridisciplinaire, réunions institutionnelles, équipes, transmissions, synthèses, temps informels. Elle aide à la prise de distance des équipes concernant les situations professionnelles problématiques.

Une orthophoniste intervient à 20%.

Parmi les outils de continuité des soins, figurent le dossier patient informatisé, les transmissions quotidiennes et hebdomadaires, la réunion d'équipe pluri-professionnelle hebdomadaire.

Un administrateur de garde peut-être joint 7j/7 et 24h/24 selon une planification et un protocole établis. Celui-ci mobilise, si besoin, l'astreinte technique.

Le signalement des événements indésirables et de la maltraitance

Les professionnels ont à disposition des fiches de signalement des événements indésirables grâce auxquelles ils peuvent déclarer tout problème. Les fiches de signalement sont déployées, analysées et suivies trimestriellement par le Comité de Pilotage de la Qualité et de la Gestion des Risques, COPIQ-

CGR et mensuellement par la direction et la cellule qualité.

Maltraitance : 1 cas en 2013 avec signalement pour un comportement déplacé d'un résident vis-à-vis d'une résidente. Les équipes sont informées de la marche à suivre.

La sécurité, la prévention et la gestion des risques

L'entretien technique des locaux et la maintenance sont réalisés sous la responsabilité d'un responsable entretien. Il encadre une équipe de huit personnes pour les deux sites d'Antrain et de Saint-Brice-en-Coglès. Chaque professionnel de cette équipe se voit attribuer un domaine de compétence spécifique : jardinage, magasin, menuiserie, électricité, transports, gestion des véhicules. Cinq personnes assurent les astreintes techniques.

Des plannings d'entretien à date fixe existent. Un bilan régulier des installations techniques et des organisations des contrôles réglementaires périodiques a lieu.

Le registre de sécurité est tenu à jour.

Les entreprises sont accueillies conformément à la réglementation en vigueur. L'établissement demande à être prévenu dès l'arrivée de l'entreprise. Un trousseau de clés leur est réservé, une traçabilité sur classeur est mise en place.

Une procédure d'entretien du groupe électrogène est en place. Celui-ci sera changé dans le courant de l'année.

Le carnet sanitaire est en cours de réactualisation et les contrôles y afférents sont en place. Les températures sont relevées sur les lieux stratégiques.

La sécurité incendie est assurée par des contrats de désenfumage, un contrôle triennal, et par la réparation des problèmes mécaniques. L'ensemble du personnel est formé tous les ans avec des thèmes différents d'une année sur l'autre. La procédure incendie est assimilée par les équipes, l'équipe de nuit est convoquée à 2 formations incendie par an.

En cas de travaux importants dans l'établissement, un plan de prévention est mis en place avec un permis feu et une traçabilité des entrées et sorties.

L'établissement est en cours de réflexion sur l'acquisition d'un logiciel de gestion matérielle assistée par ordinateur.

Le responsable technique intervient aussi sur le respect des règles de sécurité et des consignes, et veille à l'application des règles en matière de prévention. C'est ainsi qu'il est sollicité en cas de spectacle et de manifestations (montage des chapiteaux, disposition des tables, emplacement des fauteuils roulants).

La réglementation en matière de sécurité du travail dans le bâtiment, le chauffage, l'électricité, la sécurité, est disponible dans un classeur.

L'établissement possède 39 véhicules dont 1 minibus spécifiquement alloué à la Loysance. Un contrat avec un garagiste est signé. L'entretien courant est réalisé en interne avec une traçabilité.

La prévention des risques professionnels et psychosociaux

Le Document Unique des Risques Professionnels est révisé tous les ans lors d'entretiens avec différentes unités de travail.

Les professionnels disposent de matériels techniques pour la mobilisation des résidents : lèves-personnes, verticalisateurs, chariots douche, douches au lit, etc.

Pour le travail en hauteur, un agrément est nécessaire pour conduire la nacelle. Des fiches techniques sont regroupées concernant l'utilisation des peintures et des solvants.

Une formation manutention d'une heure est dispensée aux nouveaux arrivants.

Des séances d'analyse professionnelle avec un psychologue extérieur peuvent être proposées en cas d'évènement exceptionnel.

L'organisation de l'accueil temporaire

Jusqu'à un mois de présence, il n'y a pas de passage en commission d'admission. C'est une décision unilatérale du médecin qui examine l'adéquation de la prise en charge et l'état du patient qui a pu évoluer entre-temps.

Les demandes sont parfois faites en urgence si l'aidant est empêché.

Une dérogation est possible auprès du CG en cas d'attente d'une place en hébergement permanent.

Les résidents sont encouragés à faire plusieurs demandes.

L'accompagnement de nuit

Les locaux sont fermés de 21H30 à 6h30.

Il existe une procédure de gestion des codes d'accès des portes.

3 ou 4 rondes sont organisées dans la nuit, et des rondes régulières pour des surveillances ont lieu.

Depuis la formation « Humanitude », le sommeil est privilégié par rapport aux changes. La prise en soins du personnel de nuit satisfait 95% des résidents.

Sous plan 2.8 : LE CIRCUIT DU MEDICAMENT

Analyse

La pharmacie à usage intérieur est ouverte de 9 heures à 16h30 du lundi au vendredi. En cas d'urgence, une dotation de réserve existe à chaque étage.

Le pharmacien travaille à temps complet. Il est secondé par 1,60 ETP de préparateur en pharmacie.

À l'admission, l'autonomie du résident est évaluée pour connaître sa capacité à prendre en charge son traitement. Actuellement deux personnes gèrent directement leurs piluliers.

Le dossier patient est informatisé avec le logiciel OSIRIS. Une prescription informatique nominative est faite par tous les médecins traitants, qui peuvent intervenir depuis leur cabinet sur le logiciel Osiris et modifier un traitement. La transversalité est assurée par le logiciel OSIRIS. Toutes les prescriptions sont validées par le pharmacien, ce qui représente un double contrôle.

Les infirmières et le pharmacien sont alertés d'un nouveau traitement par le logiciel Osiris. Le document est imprimé en double pour l'infirmière et pour le pharmacien. Le réapprovisionnement se fait tous les mois selon un planning établi. Pour la délivrance des médicaments, chaque patient a un casier avec son nom et prénom, dans lequel un stock de médicaments est délivré pour 28 jours. Le niveau de sécurité pour la préparation des traitements est lié à la dotation par résident. Les chariots descendent à la pharmacie et les tiroirs individualisés au nom du résident sont remplis pour 28 jours. En cas de modification de traitement, le retour de la pharmacie se fait en fin d'après-midi.

Il n'existe pas de protocole de distribution des médicaments.

La préparation des piluliers se fait à l'étage par les IDE dans une pièce à l'écart qui ferme à clé. Elle est réalisée sans déblistérisation des comprimés. Les gouttes de psychotropes sont préparées juste avant la distribution et concernent 21 résidents. La distribution est effectuée par les aides-soignantes ou par les ASH.

L'infirmière prend en charge la distribution du midi et du soir sur 2 unités.

Les résidents sous AVK ont une programmation de leur bilan biologique. Les résultats sont réceptionnés par l'infirmière qui téléphone au médecin traitant pour un réajustement éventuel du traitement. Les traitements anticoagulants sont distribués par les aides-soignantes.

Une procédure de médicaments écrasables est disponible sur Osiris. Elle a été travaillée en interne. Le non prise de traitement est tracée sur Osiris.

Les toxiques sont délivrés sur prescription médicale sécurisée. L'infirmière vient les chercher directement à la pharmacie. Un dispositif de transport pour Saint-Brice-en-Coglès est en place avec une mallette sécurisée et des documents de traçabilité. La gestion des toxiques se fait en salle de soins. Ils sont stockés dans un coffre fermé. C'est l'infirmière qui les distribue. S'il y a nécessité de distribution la nuit, l'infirmière présente sur le secteur sanitaire se déplace.

Les stocks non utilisés sont récupérés par le pharmacien.

L'équipe de nuit couche certains résidents, ensuite elle distribue les médicaments pour la nuit à une vingtaine de résidents. L'infirmière distribue ceux du premier étage.

Des fiches d'événements indésirables sont faites pour signaler les erreurs médicamenteuses. Elles sont envoyées au service qualité qui les adresse au pharmacien. Dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients, la cellule qualité a travaillé sur la sensibilisation à la déclaration de tous types de dysfonctionnements susceptible d'intervenir.

Il existe une procédure de rangement des médicaments pour les personnes extérieures à la pharmacie. Il n'existe pas d'évaluation du risque médicamenteux.

Un travail sur la modification des formes galéniques est réalisé pour les patients ayant des troubles de la déglutition.

Malgré l'informatisation, le pharmacien ne fait pas de statistiques pour connaître le taux de résidents sous psychotropes et somnifères, dans l'objectif de réduire l'utilisation de ces médicaments. En revanche ce travail a été réalisé par le médecin coordonnateur en 2013.

Toutes les chambres sont équipées d'une alimentation en oxygène.

Le pharmacien ne fait pas de formation au personnel, mais plutôt de l'information et des conseils à la demande. Un travail avec le médecin de la CME est réalisé pour l'aide à la rédaction des prescriptions. Le pharmacien fait partie de différents comités (CLIN, CLUD, CLAN) avec pour particularité une indépendance de ces commissions par rapport à la CME.

Il existe un groupement d'achat pour les médicaments et pour les dispositifs médicaux.

Un livret thérapeutique a été travaillé et suit l'évolution thérapeutique. Il comprend les rubriques suivantes :

- Médicaments, protocoles thérapeutiques et bonnes pratiques, dispositifs médicaux et pansements.
- Circuit du médicament, réserves de médicaments, pharmacie à usage intérieur.
- Chariot d'urgence, pharmacovigilance, matériovigilance, divers.

Tous les numéros de lots sont tracés pour chaque laboratoire.

Points remarquables du plan



Toutes les prescriptions sont validées par le pharmacien. Un livret thérapeutique a été élaboré.



Depuis la formation « Humanitude », le sommeil est privilégié par rapport aux changes la nuit.



La douleur est évaluée au moyen de différentes échelles et réévaluée régulièrement. Une analyse du traitement est faite avant que l'infirmière ne donne un antalgique.



Il y a peu d'escarres développées sur site.



Un recueil des goûts est fait à l'admission. Un plan alimentaire est mis en place avec des cycles saisonniers. Il existe un référent nutrition par unité. Un travail sur l'environnement agréable au repas est réalisé. La commission des menus se réunit 3 fois par an. Un menu de substitution est proposé à la carte tous les jours, midi et soir.



Un temps de transmission hebdomadaire est prévu par unité.

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).



Élaborer un plan annuel d'amélioration de la qualité de la sécurité avec des indicateurs.



Inciter les médecins traitants à prescrire les modifications de traitement d'AVK soit par l'utilisation à distance du logiciel Osiris, soit par l'envoi d'un fax.



Mettre le chariot de linge propre sous housse en plus du filmage pour le transport vers les services afin de le maintenir à l'abri de toute contamination. *Note de l'établissement : A étudier car l'humidité du linge crée de la condensation qui augmente les risques de développement de germes et de contamination.*



Utiliser les fiches d'événements indésirables pour tout dysfonctionnement avec la blanchisserie.



Communiquer sur les procédures et protocoles pour que les professionnels se les approprient.



Formaliser une procédure d'évaluation du bénéfice de l'espace Snoezelen pour mieux cibler les résidents et instaurer une régularité dans la prise en charge.



Revoir l'organisation du travail pour revenir progressivement au respect du rôle propre des AS et des ASH et mettre un terme au glissement des tâches. *Note de l'établissement : Il ne s'agit pas d'une question d'organisation mais de moyens financiers.*



Rédiger une procédure d'évaluation du risque médicamenteux en cas d'erreur d'administration de médicament.

[RBPP Qualité de vie en EHPAD \(Volet 4\) "L'accompagnement personnalisé de la santé du résident"](#)
[ANESM Septembre 2012 Chap. 3.2.3. La mesure 15 : Amélioration du bon usage du médicament \(Plan Alzheimer 2008/2012\).](#)



Prévoir un temps de chevauchement de 10 à 15 min sur le planning à chaque relève d'équipe pour les transmissions.



Organiser un entretien périodique annuel des prothèses dentaires



Se mettre en quête d'un dentiste qui accepte de réparer les prothèses dentaires cassées à un tarif acceptable.



Élaborer des rituels de lavage des mains des résidents avant les repas.



Élaborer un protocole de prévention et de gestion de l'agitation et de l'agressivité, ainsi qu'un protocole de prise en charge de l'insomnie.

[RBPP Qualité de vie en EHPAD \(Volet 4\) "L'accompagnement personnalisé de la santé du résident"](#)
[ANESM Septembre 2012](#)



Élaborer un protocole de prévention et prise en charge des chutes.



Élaborer un protocole de prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire et de l'entretien des prothèses dentaires.

[RBPP Qualité de vie en EHPAD \(Volet 4\) "L'accompagnement personnalisé de la santé du résident"](#)
[ANESM Septembre 2012](#)



Élaborer un protocole de distribution des médicaments.



Élaborer un protocole de prévention et de prise en charge de l'incontinence.



Mettre en œuvre une analyse globale annuelle des chutes.



Formaliser une procédure de prévention des escarres.

RBPP Qualité de vie en EHPAD (Volet 4) "L'accompagnement personnalisé de la santé du résident"

ANESM Septembre 2012



Doter le personnel hôtelier d'une tenue dédiée au service des repas en salle à manger.



Conformément à la préconisation de la loi HPST, paramétrer la prescription médicale de manière à inclure la mention stipulant que « le traitement peut être considéré comme un acte de la vie courante ».



Formaliser une convention de partenariat avec un centre hospitalier spécialisé pour y adosser la prise en charge des résidents présentant des troubles du comportement et/ou de l'humeur.

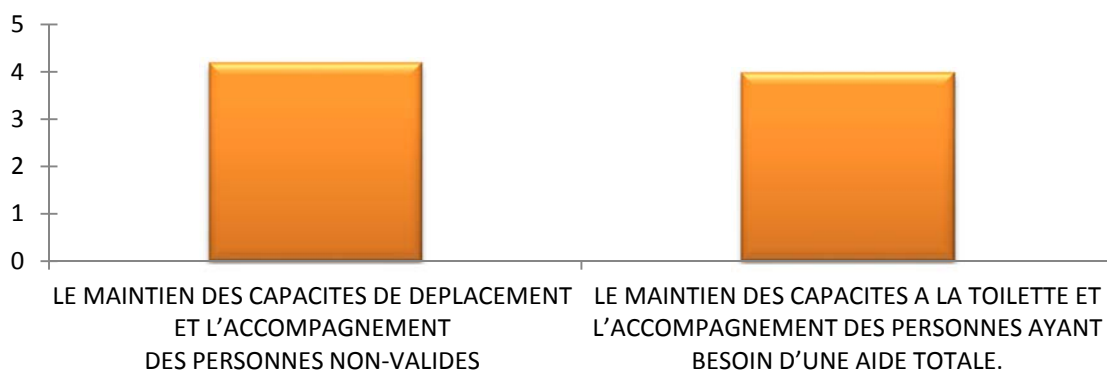
Indicateurs	<u>Taux d'évaluation de la douleur</u> <i>Nombre de résidents pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du résident non douloureux ou au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du résident douloureux</i> <i>Nombre total de résidents inclus dans l'enquête</i> x 100 <u>Taux de résidents ayant chuté</u> <i>Nombre de résidents ayant chuté au moins une fois en 12 mois</i> <i>Nombre total de résidents</i> x 100 <u>Taux d'escarres</u> <i>Nombre d'usagers ayant acquis une escarre au cours des 12 derniers mois</i> <i>Nombre d'usagers inclus dans l'enquête</i> x 100 <u>Taux d'évaluation des troubles de l'humeur et du comportement</u> <i>Nombre d'usagers pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure des troubles du comportement ou de l'humeur avec une échelle dans le dossier du résident ne présentant pas de trouble de ce type ou au moins deux résultats de mesure des troubles de l'humeur ou du comportement avec une échelle dans le dossier du résident présentant ce type de troubles</i> <i>Nombre de résidents ayant répondu à la dernière enquête de satisfaction</i> x 100 <u>Taux de réclamations relatives aux relations avec les professionnels</u> <i>Nombre de plaintes et de réclamations formulées par les usagers</i> <i>et</i> <i>ou</i> <i>leur entourage concernant leur relation</i> <i>avec les professionnels au cours des 12 derniers mois</i> <i>Nombre de réclamations et de plaintes au cours des 12 derniers mois</i> x 100
-------------	---

Plan 3 : MAINTIEN DES CAPACITES DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION DE DEPENDANCE

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)

1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.
2. Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence.
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet.
4. Effectivité du projet de l'établissement ou de service sur l'accès et le recours aux droits.
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.
7. Capacité de l'établissement ou du service à observer les changements et à adapter son organisation.
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.
9. Prise en compte des facteurs de risque.
10. Capacité de l'établissement ou du service à assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
12. Formes de mobilisation des professionnels.
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.

Synthèse graphique du plan



Sous plan 3.1 : LE MAINTIEN DES CAPACITES DE DEPLACEMENT ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES NON-VALIDES

Analyse

Parmi les valeurs que le CHMB s'attache à diffuser auprès des résidents et de leurs familles, figure le maintien de l'autonomie physique et la capacité à faire ses propres choix (ne pas « faire » à la place du résident, accepter le refus de soins, accepter le droit au risque).

Une toilette évaluative est effectuée à l'entrée du résident, en présence de l'ergothérapeute ou de l'IDE, pour évaluer les capacités restantes en termes d'autonomie à la toilette.

Plus de 70% des résidents nécessitent des aides dans les gestes de la vie quotidienne.

Une kinésithérapeute salarié est présente 3 après-midis par semaine. Il ne travaille que sur prescription médicale. Il réalise un bilan kiné à la première séance. Suite à sa prise en charge, la possibilité de continuer les exercices est offerte par un aide-kiné qui a été formé pendant 6 mois en immersion complète par le médecin rééducateur de l'hôpital. L'aide-kiné accompagne environ 20 résidents par jour pour une aide à la marche et des exercices de groupe en salle, selon les principes de l'« Humanitude » pour maintenir la verticalité. Le kiné prend en charge environ 50 patients par semaine, soit en atelier, soit de façon individuelle (mobilisations, massages, exercices respiratoires). Une traçabilité de ses interventions est réalisée sur le logiciel Osiris.

L'ergothérapeute intervient aussi à la demande des soignants qui rencontrent des difficultés pour transférer les résidents. Une évaluation des capacités est alors réalisée et du matériel adapté est mis en place.

Lors des réunions du mardi, l'équipe soignante est renforcée, ce qui permet d'organiser un atelier pâtisserie avec l'ergothérapeute pour améliorer les praxies.

Du fait d'un plus grand nombre de résidents en fauteuil roulant, la taille des salles à manger ne permet plus une mobilité suffisante des résidents qui doivent être accompagnés jusqu'à leur place par un soignant. Les besoins en accompagnement des personnes non valides augmentent du fait de l'accroissement de la dépendance physique et psychique.

Sous plan 3.2 : LE MAINTIEN DES CAPACITES A LA TOILETTE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AYANT BESOIN D'UNE AIDE TOTALE.

Analyse

Les données sont recueillies à partir du dossier d'inscription et de l'entretien de pré-accueil. Le matériel est prévu afin d'accueillir au mieux le résident. Sa pertinence est revue à chaque réunion d'équipe.

L'évaluation du maintien des capacités à la toilette est réalisée dans les jours suivants l'arrivée du résident par l'AMP. Les évaluations font l'objet d'une traçabilité sur Osiris. Cette évaluation est renouvelée en cours de séjour dès que l'état du résident le nécessite.

Sur 143 résidents, la moitié dispose de fauteuils roulants et 93,71% d'une aide technique.

44,37% des résidents sont confinés au lit ou au fauteuil.

L'ergothérapeute intervient 3 jours par semaine les mardis, jeudis, vendredis (0,60 ETP). Elle pratique des activités de gymnastique en groupe, selon 2 niveaux de difficulté. Le premier atelier est plus axé sur l'équilibre et la prévention des chutes avec l'aide-kiné et concerne 13 résidents. Le 2ème est plus destiné aux personnes à mobilité réduite, l'atelier est réalisé dans un service avec la collaboration d'une auxiliaire médico-psychologique ou de l'animatrice, 10 résidents sont concernés.

Points remarquables du plan



Une toilette évaluative est effectuée à l'entrée du résident.



Un atelier pâtisserie est organisé avec l'ergothérapeute pour améliorer les praxies.



Toutes les chambres sont équipées de lits électriques.

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).



Revoir l'agencement des salles à manger pour une circulation optimale des résidents en fauteuil roulant.



L'augmentation de la dépendance des résidents pose le problème de l'insuffisance des moyens humains pour le maintien de la qualité de la prise en charge.



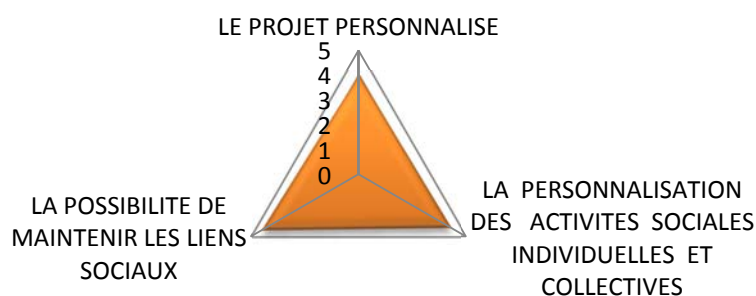
Indicateur	<u>Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations</u> <i>Nombre de résidents entrés depuis 12 mois dont l'item déplacement à l'intérieur sur la grille AGGIR s'est aggravé entre deux évaluations depuis son arrivée</i> <i>Nombre de résidents inclus dans l'enquête ayant eu deux évaluations sur la grille AGGIR depuis son arrivée</i> x 100
------------	--

Plan 4 : LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)

1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.
2. Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence.
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet.
4. Effectivité du projet de l'établissement ou de service sur l'accès et le recours aux droits.
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.
7. Capacité de l'établissement ou du service à observer les changements et à adapter son organisation.
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.
9. Prise en compte des facteurs de risque.
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
12. Formes de mobilisation des professionnels.
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.

Synthèse graphique du plan



Sous plan 4.1 : LE PROJET PERSONNALISE

Analyse

La personnalisation de l'accompagnement se retrouve dans deux volets du projet d'établissement : le projet de soins et le projet de vie sociale.

L'objectif du projet personnalisé consiste à faire en sorte que l'organisation des soins, de l'hébergement, de l'animation et de l'accompagnement en général, se rapproche le plus possible des attentes des résidents et évite le double écueil de la sur stimulation ou de l'abandon.

Le projet d'accompagnement individualisé est mis en place au CHMB, son contenu est disponible notamment par un EBM (écran bilan mesure) spécifique sur OSIRIS. Un EBM concerne «les habitudes de vie » et un autre « l'histoire de vie ». Les projets d'accompagnement personnalisés ont été mis en place depuis octobre 2012. Ils sont revus à chaque entrée.

La formalisation de l'utilisation du PAI n'est pas faite et nécessite une harmonisation, pour savoir qui met quoi, où, et à quel rythme.

L'AMP fait le bilan des goûts et des aversions du résident à son entrée, le rythme du résident est recherché pour le petit déjeuner et pour la toilette.

Un recueil de l'histoire de vie et des habitudes de vie du résident est réalisé dès l'entrée sur le logiciel Osiris. Le projet personnalisé est construit en équipe pluridisciplinaire appelée staff, lors duquel les projets personnalisés de 2 ou 3 résidents sont créés ou réévalués. La démarche de recueil d'informations en amont est très complète. L'animation du projet d'accompagnement individualisé est faite par le médecin coordonnateur et la prise de parole de chaque membre de l'équipe est recherchée. Chaque problème est analysé et des actions concrètes sont portées. La co construction avec le résident et sa famille reste à faire. L'avenant au contrat de séjour du projet d'accompagnement individualisé n'existe pas.

Un bilan post accueil entre 1 et 3 mois est effectué en présence du résident et/ou sa famille. Les AMP, systématiquement détachées pour l'accueil d'un nouveau résident, rédigent le premier projet avec l'IDE présente le jour de l'accueil. Cette IDE devient référente du premier projet.

Aujourd'hui, ni la famille, ni le résident ne sont au courant de la synthèse et des objectifs du premier PAI complet. Il n'y a pas de formalisation de la transmission de la synthèse et des objectifs du PAI au résident et/ou à sa famille.

Le staff en EHPAD est hebdomadaire et consacré aux PAI. Le PAI est revu lors de situations aiguës qui nécessitent des réajustements immédiats du projet, ou au bout de 3 mois.

L'espace Snoezelen est utilisé dans le cadre du projet d'accompagnement individualisé par les soignants, selon une planification d'utilisation de la salle.

Un membre du personnel est détaché 1 jour par mois et par unité (6 unités) sur le dispositif Snoezelen, une journée annuelle est consacrée au bilan Snoezelen, encadrée par un formateur externe.

Pendant sa présence dans la chambre du résident, le soignant appose une affichette sur la porte précisant « Je suis en soins avec ...(prénom du soignant) » pour éviter les intrusions pendant les soins.

A table, une place est attribuée par résident.

Sous plan 4.2 : LA PERSONNALISATION DES ACTIVITES SOCIALES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

Analyse

Une animatrice est présente à temps complet. Elle participe aux staffs hebdomadaires, aux CVS, aux comités de restauration (centré sur les résidents qui le préparent), aux réunions d'encadrement du CHMB avec l'ensemble des cadres soignants et administratifs, et la direction.

Toutes les 3 semaines, une réunion d'élaboration du planning d'animation a lieu entre l'animatrice et les AMP. Selon les projets, l'animatrice rencontre les partenaires extérieurs et/ou les bénévoles.

3 AMP participent aux soins le matin, aux différents ateliers et aux animations l'après-midi. Les bénévoles sont associés en amont des animations.

Pour les ASH en poste hôtelier le weekend, des fiches de tâches dédiées aux activités ont été élaborées.

Sur chaque niveau devant les chambres, des petits cadres indiquent le nom du résident et le numéro de sa chambre, des tablettes permettent de poser des petits objets et ainsi personnaliser l'entrée de la chambre. Un vaste espace dédié aux animations est investi par les résidents à l'étage 1, sur le mail. Une pièce d'atelier cuisine permet aux résidents de réaliser des préparations culinaires.

Le vendredi matin, l'animatrice passe dans toutes les unités avec le chariot de "La petite Marchande". Les résidents peuvent acheter des gâteaux, bonbons, ou des produits d'hygiène de base.

Une fois par mois, une soignante est détachée de son poste pour participer aux animations avec les résidents. Les soignantes aiment ce temps consacré aux résidents qui leur permet de porter un autre regard sur les capacités résiduelles des personnes qu'elles accompagnent au quotidien. Cette action contribue aussi à lutter contre l'usure professionnelle.

L'aumônier est présent 3 journées et demie par semaine sur l'ensemble du site d'Antrain. La messe est célébrée en salle d'animation à la Loysance le vendredi.

Une après-midi est réservée aux messes, en alternance avec un temps de prière la semaine suivante. L'équipe de l'aumônerie est constituée de 8 bénévoles, dont 7 sont formés pour les temps de célébration. Le mardi après-midi, l'aumônier est accompagné d'une bénévole pour des visites en chambre individuelle. Ces visites sont décidées en accord avec le cadre qui cible les personnes isolées. Elles voient environ 12 personnes par semaine. Elles rendent visite à chaque nouvel entrant. À la demande, elles peuvent se mettre en contact avec un ministre d'un autre culte. Une sortie spirituelle est organisée annuellement (Lisieux, Sainte Anne d'Auray).

Une bénévole assure un renfort d'aide sur les animations en accompagnant les résidents aux animations internes ou aux sorties extérieures, puis en remettant en ordre la salle après l'animation.

Les réseaux sanitaires gérontologiques, tel que « Gêront'Emeraude », ont été financés pour faire le lien entre les différents acteurs, villes et institutions sur le territoire.

Une autre bénévole assure un atelier pastel depuis quelques années. Elle prend un groupe de 6 à 7 résidents. En 2013, une exposition de 105 pastels a eu lieu. Cette personne est représentante des usagers au sein de la CRUQ-PC, qui se réunit tous les 3 mois.

Les familles et les proches sont invités à assister ou participer aux activités de loisirs et d'animations.

64% des personnes accueillies bénéficient au moins une fois par semaine d'une activité personnalisée.

Un bilan d'animation global annuel est réalisé en fin d'année, et intégré au rapport d'activité. Un programme mensuel est en place, le programme hebdomadaire est affiché dans chaque unité et remis à chaque résident.

Sous plan 4.3 : LA POSSIBILITE DE MAINTENIR LES LIENS SOCIAUX

Analyse

Le projet d'établissement affiche la volonté de maintenir le lien social.

Des panneaux d'affichage sont à disposition dans les halls d'accueil, dans les espaces de circulation et dans les unités. Les résidents et les familles sont aussi informés par courriers, ainsi que par le journal interne « L'écho de tous ».

Le résident peut demander un accès Internet privatif au bureau des entrées. Une procédure permettant la configuration de son ordinateur lui est délivrée contre un engagement à appliquer la Charte informatique à usage des résidents.

Le résident peut inviter à déjeuner ou dîner ses parents ou amis. L'établissement dispose de nombreuses places de parking.

Un agent de l'établissement peut assurer les prestations de coiffure.

Toutes les chambres sont équipées d'un système d'appel malade et d'une ligne téléphonique. Un espace est dédié aux soins esthétiques.

Le droit de vote est organisé pour les résidents qui votent à Antrain.
 L'intimité du résident est respectée. Il peut recevoir son courrier.
 Le résident a droit aux visites selon des horaires libres.
 L'établissement prête gracieusement un véhicule adapté pour que les familles puissent sortir avec leurs proches.
 Des messes sont organisées sur site le vendredi en début d'après-midi.
 La vie affective et sexuelle des résidents est respectée.
 Des espaces non dédiés à une fonction précise sont laissés à la libre utilisation des résidents pour offrir plus de convivialité. L'établissement met à disposition des usagers et des familles des lieux de détente.
 Les résidents sont informés par le biais de l'affichage des prestations d'animation et de repas.
 Des lotos intergénérationnels sont organisés, notamment avec les enfants des professionnels et les centres de loisirs. Deux grandes manifestations sont organisées dans l'année, le pique-nique des familles et le repas de Noël.

Points remarquables du plan

-  L'espace Snoezelen est utilisé dans le cadre du projet d'accompagnement individualisé.
-  Une animatrice est présente à temps complet. Un vaste espace dédié aux animations est investi par les résidents à l'étage 1.
-  Un recueil de l'histoire de vie ainsi que des goûts et des habitudes de vie du résident est réalisé dès l'entrée. Le projet personnalisé est construit en équipe pluridisciplinaire.
-  Les bénévoles, peu nombreux, sont très impliqués dans l'établissement.

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

-  Formaliser un document de type Charte du bénévolat avec tous les bénévoles.
-  Co-construire le projet d'accompagnement individualisé du résident avec sa présence ou celle de sa famille ou de son représentant légal.
[RBPP "Les attentes de la personne et le projet personnalisé" Chap. I, p. 15 - ANESM Décembre 2008](#)
[RBPP Qualité de vie en EHPAD \(Volet 1\) " De l'accueil de la personne à son accompagnement" Chap. 5, p. 53 - ANESM Décembre 2010](#)
-  Formuler le projet personnalisé en objectifs et opérer la déclinaison en actions.
-  Mettre en place dans les 6 mois suivant l'entrée du résident un avenant au contrat de séjour listant les objectifs d'accompagnement et prévoir un nouvel avenant une fois par an.
[Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles Art. 1 Paragraphe V Alinéa 5](#)
[Code de l'action sociale et des familles Article D311](#)



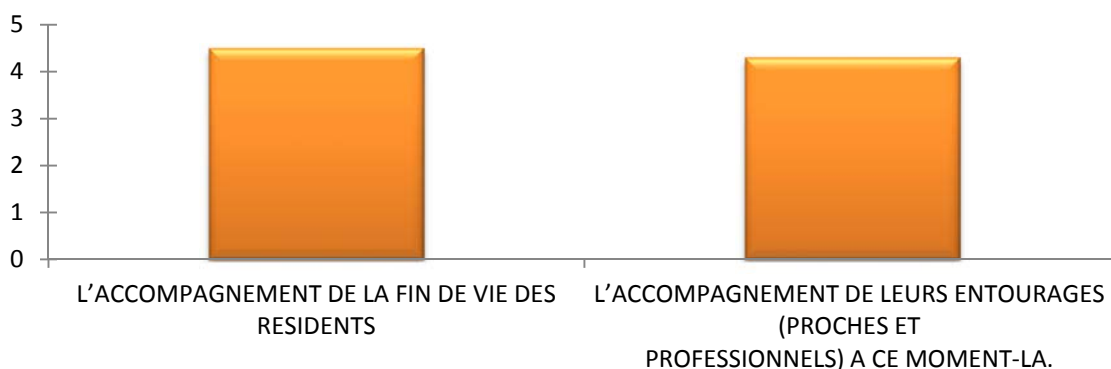
Indicateurs	<u>Taux de participation au projet</u> $\frac{\text{Nombre d'usagers ayant participé à l'élaboration de leur projet personnalisé au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre d'usagers accompagnés par le service dont le projet personnalisé a été élaboré durant les 12 derniers mois}} \times 100$
	<u>Taux de satisfaction relatif aux activités et animations proposées</u> $\frac{\text{Nombre d'usagers satisfaits des activités et animations proposées}}{\text{Nombre de résidents dont on a recueilli l'avis}} \times 100$
	<u>Taux de satisfaction relatif au respect des habitudes de vie</u> $\frac{\text{Nombre de résidents déclarant leurs habitudes de vie respectées}}{\text{Nombre de résidents ayant répondu à la dernière enquête de satisfaction}} \times 100$

Plan 5 : ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)

1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.
2. Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence.
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet.
4. Effectivité du projet de l'établissement ou de service sur l'accès et le recours aux droits.
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.
7. Capacité de l'établissement ou du service à observer les changements et à adapter son organisation.
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponses apportées aux usagers.
9. Prise en compte des facteurs de risque.
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
12. Formes de mobilisation des professionnels.
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.

Synthèse graphique du plan





Sous plan 5.1 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE DES RESIDENTS

Analyse

En cas de dégradation de l'état de santé, les dernières volontés sont recueillies et inscrites sur le logiciel Osiris. Toutefois, la fiche des souhaits de fin de vie est remplie avec difficulté et les directives anticipées sont rarement données.

L'établissement s'est donné pour mission de garder les personnes jusqu'au bout de leur vie. L'équipe mobile de soins palliatifs de secteur, relevant du Centre Hospitalier de Fougères, intervient sur demande et l'équipe interne de soins palliatifs du service de médecine du CHMB peut être sollicitée pour des conseils. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD est titulaire d'un DU de soins palliatifs. L'inscription dans le dossier médical de l'état de soins palliatifs est faite par le médecin. C'est une décision commune qui relève d'un temps de transmission pluridisciplinaire.

Tout le personnel (AS-ASH-AMP-IDE-psychologue) est formé à l'accompagnement en fin de vie.

Des soins infirmiers et de nursing spécifiques sont systématiquement mis en place.

Pour améliorer l'accompagnement, la psychologue intervient ainsi que l'unité mobile de soins palliatifs. Il n'y a pas de référent fin de vie. Le médecin coordonnateur participe à une enquête nationale sur la fin de vie organisée par l'Office National sur la fin de vie en EHPAD.

Une reconnaissance des profils plus fragiles est réalisée par l'équipe pour ceux qui partent, autant que pour ceux qui restent.

Pour des décès difficiles, le personnel est soutenu par le cadre de santé et la psychologue en groupes de parole.

Après le décès, la chambre est libérée par la famille.

Un comité de réflexion éthique est en place depuis peu, 3 réunions ont eu lieu. Il comprend un philosophe de Rennes, membre du comité éthique du CHU de Rennes.

Il n'existe pas de protocole d'accompagnement de fin de vie.

L'aumônier apporte son soutien aux résidents en fin de vie qu'il suit régulièrement ou qui en font la demande. Son rôle est très discret et si la personne est isolée elle bénéficiera de plus de passages. En cas d'hospitalisation du résident sur une structure hospitalière, il travaille en collaboration avec ses collègues de Rennes ou de Fougères pour continuer le lien.

Sous plan 5.2 : L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ENTOURAGE (PROCHES ET PROFESSIONNELS) À CE MOMENT-LÀ

Analyse

L'accompagnement de la famille est réalisé par le cadre de santé, le médecin coordonnateur, l'infirmière, l'aide-soignante et / ou la psychologue.

Un aumônier salarié est présent sur le site, il partage son temps entre l'hôpital et l'EHPAD. Il apporte un soutien aux patients de façon discrète. Si la personne est isolée, il effectue des passages plus réguliers. Il est formé à la pratique de la célébration religieuse et à la demande des familles il peut donner les derniers sacrements.

La famille a la possibilité de dormir dans la chambre pour accompagner son parent.
le lien.

Pour accompagner la famille, une proposition de visite dans la chambre mortuaire de l'établissement et une assistance aux obsèques sont proposées.

Points remarquables du plan

- L'équipe mobile de soins palliatifs de secteur relevant du Centre Hospitalier de Fougère intervient sur demande. L'établissement dispose d'un espace mortuaire. Un aumônier salarié est présent sur le site. Une assistance aux obsèques est proposée.
- L'établissement s'est donné pour mission de garder les personnes jusqu'au bout de leur vie.
- La famille a la possibilité de dormir dans la chambre pour accompagner son parent.
- Le personnel est pris en charge par le cadre de santé et la psychologue en groupes de parole.

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

- Mettre en place un affichage institutionnel des décès.
RBPP Qualité de vie en EHPAD Volet 4 « L'accompagnement personnalisé de la santé du résident » ANESM Chap. V « L'accompagnement de la fin de vie » p. 79 à 90 + Annexe 4 p.99
- Élaborer un protocole d'accompagnement en fin de vie incluant la prise en charge de la toilette, l'évaluation de la douleur, l'accompagnement global du résident et de ses proches.
- Désigner un référent fin de vie.
- Organiser un recueil systématique des consignes de fin de vie. *Note de l'établissement : Le tout « systématique » n'est pas réellement envisageable, particulièrement dans ce type de situation.*
- Réfléchir aux modalités d'une proposition aux résidents proches de les accompagner aux obsèques s'ils le souhaitent.
- Programmer une formation de l'ensemble des soignants à la loi Léonetti. *Note de l'établissement : Formation aux directives anticipées et à la personne de confiance programmée en septembre 2014.*
- Formaliser une convention de partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs du secteur.
- Formaliser le protocole LATA (Limitation ou Arrêt de Thérapeutiques Actives).

Indicateurs

Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie

Nombre de résidents entrés dans l'EHPAD au cours des 12 derniers mois et présents depuis 3 mois ou plus pour lesquels on retrouve un recueil de leurs souhaits en matière de fin de vie dans leur dossier

$$\frac{\text{Nombre de résidents entrés dans l'EHPAD au cours des 12 derniers mois et présents depuis 3 mois ou plus}}{\text{Nombre de résidents entrés dans l'EHPAD au cours des 12 derniers mois et présents depuis 3 mois ou plus}} \times 100$$

Taux de décès dans l'établissement

Nombre de résidents décédés dans l'établissement au cours des 12 derniers mois

$$\frac{\text{Nombre de résidents décédés dans l'établissement au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre total de résidents décédés au cours des 12 derniers mois}} \times 100$$



5. CONCLUSIONS

Favorable - Atout		Défavorable - Handicap	
Interne	Forces. - En tant que partie intégrante du CHMB, l'établissement bénéficie de l'infrastructure soignante, logistique, hospitalière, et partenariale du Centre Hospitalier.	Faiblesses. - L'augmentation très importante du GMP et du Pathos met en péril la qualité de la prise en charge au regard de l'adéquation entre les effectifs autorisés et les besoins des résidents.	
	Opportunités. - L'abondance de l'offre d'hébergement en EHPAD sur le secteur favorise le développement de projets de réseaux et filières gériatriques, et une dynamique de coopération avec l'environnement. - La renégociation prochaine de la convention tripartite sera l'occasion de faire valoir les besoins supplémentaires en effectifs pour maintenir la qualité de la prise en charge.		
Externe		Menaces. - Le territoire dans lequel se situe l'EHPAD La Loysance est marqué par une forte densité d'établissements pour personnes âgées (plus de 1600 places).	



6. ANNEXES

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

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

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

Introduction

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

La démarche d'évaluation interne s'est déroulée d'octobre 2012 à novembre 2013 avec un comité de pilotage pluridisciplinaire d'une quinzaine de personnes.

Une procédure « Pilotage de la Qualité et de la Gestion des Risques » a été élaborée en mars 2013.

Le cadre évaluatif défini a été fusionné avec l'outil Aqualie 35 2^{ème} version pour en faire le référentiel d'évaluation interne.

La parole des résidents et de leur famille a été recueillie au moyen d'enquêtes de satisfaction.

Le rapport d'évaluation interne est disponible dans chaque salle de soins.

Le plan d'actions a été refondu en avril 2014.

Des audits internes sont programmés.

Une formation qualité a été organisée.

Les documents présentés lors de cette formation ont été remis aux participants et mis à disposition pour consultation dans les services.

Un plan d'amélioration de la qualité a été défini avec 142 actions, dont 54% sont réalisées à la fin du 1^{er} semestre 2014.

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS

Le rapport d'évaluation interne est adossé aux Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles.

Le projet d'établissement ne fait pas référence aux RBPP.

Le personnel ne connaît pas les RBPP publiées par l'Anesm, mais leurs pratiques sont en adéquation avec les orientations données par ces documents.

3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions ;

Le projet d'établissement du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne a pour ambition un pilotage par la qualité.

Les besoins spécifiques de la population accompagnée sont repérés et le projet d'établissement décline les réponses appropriées.

Le CHMB a signé en 2013 un CPOM, pacte territorial pour un meilleur positionnement sur le territoire.

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PE, la mesure de l'atteinte des objectifs, l'adaptation des objectifs à la situation, sont assurés par le GESPE (Groupe d'Évaluation et de Suivi du Projet d'Établissement), qui est composé de la directrice, des directrices adjointes, et du cadre supérieur de santé.

Le projet médico-social de vie et de soins est structuré.

Les axes de travail en lien avec le secteur médico-social ont progressé.

Les résidents, les familles, le CVS, ont été associés à l'élaboration du PE.

Les professionnels ne connaissent pas le projet d'établissement. *Faux, une large et couteuse campagne de communication avait été engagée, mais cela remonte déjà à 2010.*

4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention ;

Le CHMB est en recherche permanente de cohérence avec son projet d'établissement.

Le recrutement est tourné vers le service à la personne âgée et anticipe les évolutions.

L'accueil des nouveaux agents est formalisé.

La convention tripartite fixe les effectifs autorisés. Le nombre d'agents présents dans l'établissement correspond aux effectifs autorisés.

La gestion administrative du personnel est organisée.

L'EHPAD La Loysance est un établissement public dont le budget est inclus dans celui du CHMB.

Le projet d'établissement n'est pas reconnu comme document de travail de la part des professionnels.

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

Les compétences des professionnels sont en adéquation avec les besoins des résidents.

Une vingtaine de fonctions n'a pas de fiche de poste.

Deux jours par an sont consacrés à des journées d'information aux nouveaux arrivants et saisonniers, incluant entre autres une présentation et une sensibilisation à l'hygiène et à l'Humanitude. Un livret Humanitude, un livret hygiène et la Charte informatique sont remis.

Des panneaux d'affichage, des permanences RH et l'écoute des cadres, complètent le dispositif.

Les agents sont sensibilisés à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.



6. Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formations, réunions d'échanges pluridisciplinaires, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences ;

Un entretien annuel d'évaluation et de formation a lieu pour chaque salarié. Une évaluation chiffrée est établie pour les connaissances, les pratiques, les comportements professionnels, l'organisation, l'implication, l'animation, le travail en équipe, la communication, la présentation.

Des demandes de formations peuvent être formulées par l'agent ou proposées par le cadre.

Une commission de formations se réunit deux fois par an.

Le plan de formations 2014 correspond aux directives ministérielles et aux thèmes définis par la direction.

Le choix de la philosophie d'accompagnement par l'« Humanitude » se traduit par la formation de 99 % du personnel à la démarche.

L'établissement mène une politique de formation par les pairs, grâce à la nomination de référents dans plusieurs domaines de compétences.

7. Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines ;

Les risques psychosociaux sont repérés.

Une procédure d'actualisation du DUERP est rédigée en lien avec le CHSCT. Elle prévoit l'identification et l'analyse des risques.

Des formations sont programmées : gestes de 1er secours/urgences vitales (150 agents), manutention/gestes et postures (112 agents), troubles psychotiques (48 agents), la dépression (48 agents).

Une évaluation régulière des agents et l'organisation d'un soutien aux professionnels par un psychologue extérieur, en cas d'évènement exceptionnel, sont mises en place.

8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers ;

Un avenant « Développement Durable » et un avenant « Politique de maîtrise du risque infectieux » ont été annexés au PE.

Des enquêtes de satisfaction sont organisées une fois par an.

Le projet d'établissement fait l'objet d'une évaluation annuelle, dont la synthèse est restituée annuellement.

La caractérisation de la population accompagnée est analysée chaque année par le Comité de Pilotage, afin d'adapter la prise en charge à l'évolution de l'état de santé des résidents.

9. La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS ;

La personnalisation de l'accompagnement se retrouve dans deux volets du projet d'établissement : le projet de soins et le projet de vie sociale.

Un EBM concerne les « habitudes de vie » et un autre « l'histoire de vie ».



L'AMP fait le bilan des goûts et des aversions du résident à son entrée.
Le projet personnalisé est construit en équipe pluridisciplinaire.
Un bilan post accueil entre 1 et 3 mois est effectué.
La transmission de la synthèse et des objectifs du PAI au résident et/ou à sa famille n'est pas formalisée.
La co construction avec le résident et sa famille reste à faire.
L'avenant au contrat de séjour du projet d'accompagnement individualisé n'est pas fait.
L'espace Snoezelen est utilisé dans le cadre du projet d'accompagnement individualisé par les soignants.

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

10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement ;

L'EHPAD La Loysance est couvert par les contractualisations générales du CHMB.
Les médecins libéraux sont très impliqués dans le fonctionnement de l'établissement.
Ils ont la possibilité d'accéder au logiciel Osiris depuis leur cabinet libéral.
La commission de coordination gériatrique n'existe pas. La direction propose d'intégrer cette instance dans la CME pour ne pas imposer un temps de réunion supplémentaire aux mêmes intervenants libéraux et salariés.

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS ;

Restent à formaliser un partenariat avec un centre hospitalier spécialisé, ainsi que des conventions dans le cadre des animations et activités, avec les établissements scolaires...
L'établissement n'a pas évalué le niveau de satisfaction des partenaires, ni le niveau de connaissance des partenaires sur le rôle et les missions de l'établissement.
Les intervenants libéraux n'ont pas signé de convention de coordination avec l'établissement.

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions ;

Un temps de transmission hebdomadaire est prévu par unité avec la présence de l'ergothérapeute.
Un temps de staff par demi-unité a lieu chaque semaine avec le médecin coordonnateur et l'équipe pluridisciplinaire.
Les autres outils de transmissions sont le logiciel Osiris et un agenda.
Les protocoles sont régulièrement mis à jour.
Un cahier de liaison tenu par les IDE est dédié aux médecins extérieurs.

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

Le résident peut demander un accès Internet privatif.

Le droit de vote est organisé.

Il peut recevoir son courrier, inviter à déjeuner ou dîner ses parents ou amis.

Il a droit aux visites selon des horaires libres.

L'établissement prête gracieusement un véhicule adapté.

L'établissement met à disposition des lieux de détente.

Les résidents sont informés par le biais de l'affichage.

C/ Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

14. Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire ;

L'AMP fait le bilan des goûts et des aversions. Le rythme du résident est recherché pour le petit déjeuner et pour la toilette. La démarche de recueil d'informations en amont est très complète.

La prise de parole de chaque membre de l'équipe est recherchée lors des staffs PAI.

La co construction avec le résident et sa famille reste à faire.

15. Les modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal) à l'élaboration de leur projet personnalisé et à son actualisation ; modes de prise en compte des besoins et attentes, des capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication ; le mode de consultation pour toute décision les concernant.

Une pièce dédiée à l'atelier cuisine permet aux résidents de réaliser des préparations culinaires.

Le vendredi matin, l'animatrice passe dans toutes les unités avec le chariot de "La petite Marchande". Les résidents peuvent acheter des gâteaux, bonbons, ou des produits d'hygiène de base.

Une bénévole assure un atelier pastels.

64% des personnes accueillies bénéficient au moins une fois par semaine d'une activité personnalisée.

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

Un bilan post accueil entre 1 et 3 mois est effectué en présence du résident et/ou sa famille.

Les AMP, systématiquement détachées pour l'accueil d'un nouveau résident, rédigent le premier projet avec l'IDE présente le jour de l'accueil. Cette IDE devient référente du premier projet.

Le staff EHPAD est hebdomadaire, consacré au PAI. Le PAI est revu lors de situations aiguës qui nécessitent des réajustements immédiats du projet, ou au bout de 3 mois.

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

Il existe une procédure définissant l'accès pour le résident à son dossier.

Les Chartes des droits et libertés sont affichées.

Les dossiers administratifs et médicaux des résidents sont sécurisés.

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

Des enquêtes thématiques sont organisées chaque année pour évaluer le niveau de satisfaction des résidents.

Le CVS est effectif et se réunit 3 à 4 fois par an.

Le président est un résident.

Parmi les membres élus, il y a 4 représentants des résidents, 3 représentants des familles, 6 représentants des professionnels.

Les CR des réunions sont affichés.

Afficher les CR de CVS et autres réunions de commissions dans une police agrandie pour en faciliter la lecture aux résidents.

D/ La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

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

Le consentement éclairé du résident est recherché.

Les documents de la loi de 2002, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour sont remis et expliqués.

Les Chartes de la personne accueillie et de la personne âgée dépendante sont annexées au règlement de fonctionnement.

La vie affective et sexuelle des résidents est respectée.

Le résident ne peut pas fermer à clé la porte de sa chambre, en raison du classement en type U de l'établissement.

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

Mettre la fiche de signalement à disposition des résidents, familles et autres intervenants et procéder à une information sur le sujet. *Projet en cours lors de la visite, la fiche spécifiquement dédiée aux résidents et aux familles est prête et sera mise en service au mois de septembre.*

Mettre en œuvre un plan d'actions suite à l'audit « prévention de la maltraitance ».

Chaque événement indésirable ayant fait l'objet d'une fiche de signalement donne lieu à une analyse et un traitement adéquats.



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

La fiche des souhaits de fin de vie est remise à l'entrée mais rarement retournée. Les directives anticipées sont rarement données. Il n'existe pas de protocole de prévention et de gestion de l'agitation et de l'agressivité, ni de protocole de prise en charge de l'insomnie.

Le protocole douleur existe via le logiciel Osiris. Le personnel trace les chutes dans le DPI.

Il y a peu d'escarres développées sur site. Il existe un référent nutrition par unité.

Les sorties inopinées des résidents font l'objet d'une procédure "disparition inquiétante".

Une procédure concernant la prise en charge d'une épidémie de grippe, et une autre pour les « épidémies de gastro-entérites aiguës », sont en place.

6.2. Abrégé du rapport

La démarche d'évaluation interne

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	<u>Force</u> → La démarche d'évaluation interne s'est déroulée d'octobre 2012 à novembre 2013 avec un comité de pilotage pluridisciplinaire d'une quinzaine de personnes.		→ Rédiger les fiches de poste manquantes. → Rédiger une procédure globale de préadmission, d'accueil et d'admission. <i>En cours de finalisation.</i>
Modalités de participation des usagers	<u>Force</u> → La parole des résidents et de leur famille a été recueillie au moyen d'une enquête de satisfaction.		
Modalités d'élaboration du plan d'amélioration de la qualité	<u>Forces</u> → Une dynamique qualité a été mise en place avec une réunion du COPIL tous les trimestres pour le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions. → Le cadre évaluatif a été fusionné avec l'outil Aqualie 35. → Une procédure « Pilotage de la Qualité et de la Gestion des Risques » a été élaborée en mars 2013. → Le plan d'actions a été refondu en avril 2014.		

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de prise en compte des Recommandations	<u>Force</u> → Le rapport d'évaluation interne est adossé aux RBPP.		→ Mettre à disposition et communiquer sur les Recommandations de Bonnes Pratiques.
Gestion et connaissance des RBPP par les professionnels	<u>Faiblesses</u> → Les RBPP ne sont pas mises à disposition dans leur globalité. → Les professionnels ne connaissent pas les RBPP, mais leurs pratiques sont en adéquation avec ces documents.		

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Actualisation du projet d'établissement	<u>Forces</u> → Un avenant « Développement Durable » et un avenant « Politique de maîtrise du risque infectieux » ont été annexés au PE. → Le projet d'établissement fait l'objet d'une évaluation annuelle. → La synthèse fait l'objet d'une présentation annuelle.		↪ Lors de la réécriture du PE, s'appuyer sur les Recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernées. ↪ Élaborer un tableau de bord de suivi des désignations de personnes de confiance et des directives anticipées recueillies auprès des résidents afin de procéder à leur actualisation tous les 3 ans, dans la mesure du possible. ↪ Mettre la fiche de signalement à disposition des résidents, familles et autres intervenants, et procéder à une information sur le sujet. <i>Note de l'établissement : Projet en cours lors de la visite, la fiche est prête et sera diffusée en septembre.</i>
Évaluation de l'atteinte des objectifs du projet d'établissement	<u>Faiblesses</u> → Les professionnels ne connaissent pas le PE. <i>Faux, une large et couteuse campagne de communication avait été engagée, mais cela remonte déjà à 2010.</i> → Les effectifs ne sont plus adaptés à l'augmentation de la dépendance des résidents.		
La démarche de projet	<u>Forces</u> → Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PE, la mesure de l'atteinte des objectifs, l'adaptation des objectifs à la situation, sont assurés par le GESPE (Groupe d'Évaluation et de Suivi du Projet d'Établissement).		
La démarche qualité	→ Le CHMB a signé en 2013 un CPOM 2012-2017, pacte territorial pour un meilleur positionnement sur le territoire. → Un plan de formations concerté a permis d'ouvrir les champs de compétences.		

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Formalisation des partenariats	<u>Force</u> → L'EHPAD La Loysance est couvert par les contractualisations générales du CHMB.		↪ Formaliser une convention de partenariat avec un centre hospitalier spécialisé pour adosser la prise en charge des résidents présentant des troubles du comportement et/ou de l'humeur.
Modalités d'intervention des intervenants libéraux	→ La coordination des soins est renforcée par la convention établie avec la consultation mémoire du Centre Hospitalier de Fougères.		

	<u>Faiblesses</u> → Il n'existe pas de protocole de prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire et de l'entretien des prothèses dentaires.	→ Organiser un entretien périodique des prothèses dentaires. → Se mettre en quête d'un dentiste qui accepte de réparer les prothèses dentaires cassées à un tarif acceptable.
--	--	--

Personnalisation de l'accompagnement

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités d'élaboration du projet personnalisé	<u>Forces</u> → Les projets d'accompagnements personnalisés ont été mis en place depuis octobre 2012. → Le projet personnalisé est construit en équipe pluridisciplinaire.		
Conformité à la réglementation	<u>Faiblesses</u> → La co construction avec le résident et sa famille reste à faire. → Il n'y a pas de formalisation de la transmission de la synthèse et des objectifs du PAI au résident et/ou à sa famille. → L'avenant au contrat de séjour du projet d'accompagnement individualisé n'est pas fait.		→ Co-construire le projet d'accompagnement individualisé du résident en sa présence ou celle de sa famille ou de son représentant légal → Formuler le projet personnalisé en objectifs et opérer la déclinaison en actions → Mettre en place, dans les 6 mois suivant l'entrée du résident, un avenant au contrat de séjour listant les objectifs d'accompagnement et prévoir un nouvel avenant une fois par an.
Modalités de maintien de l'autonomie	<u>Forces</u> Toutes les chambres ont des lits électriques. Une toilette évaluative est effectuée à l'entrée du résident en présence de l'ergothérapeute ou de l'IDE pour évaluer les capacités restantes en termes d'autonomie de la toilette. <u>Faiblesse</u> L'augmentation de la dépendance des résidents pose le problème de l'insuffisance des moyens humains pour le maintien de la qualité de la prise en charge.		→ Revoir l'agencement des salles à manger pour une circulation optimale des résidents en fauteuil roulant.

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
L'animation	Forces → Toutes les 3 semaines, une réunion d'élaboration du planning d'animation a lieu entre l'animatrice et les AMP. → Un vaste espace dédié aux animations est investi par les résidents à l'étage 1. → Les familles et proches sont invités à assister ou participer aux activités de loisirs et aux animations. → Le vendredi matin, l'animatrice passe dans toutes les unités avec le chariot de "La petite Marchande". Les résidents peuvent acheter des gâteaux, bonbons ou des produits d'hygiène de base. → Une bénévole assure un renfort d'aide sur les animations. → Une autre bénévole assure un atelier pastel depuis quelques années.		→ Formaliser un document de type Charte du bénévolat avec tous les bénévoles.
Le Conseil de la Vie Sociale	Forces Le CVS est effectif et se réunit 3 à 4 fois par an. Les CR des réunions sont affichés.		→ Afficher les CR de CVS et autres réunions de commissions dans une police agrandie pour en faciliter la lecture aux résidents.
Le recueil de la satisfaction du résident	Faiblesse Des enquêtes thématiques sont menées auprès des résidents et des familles, mais sans périodicité définie.		→ Mettre en place une enquête de satisfaction globale à destination des résidents et des familles à périodicité définie.

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Respect des droits	Forces → Il existe une procédure définissant l'accès pour le résident à son dossier. → Les Chartes des droits et libertés sont affichées. → Le consentement éclairé du résident est recherché. → Les documents de la loi de 2002, le livret		→ Élaborer des rituels de lavage des mains des résidents avant les repas. → Mettre en œuvre une évaluation de la douleur dès l'entrée du résident. → Mettre en œuvre un plan d'actions suite à l'audit



Capacité de l'établissement pour permettre la prévention de la vulnérabilité des résidents	d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour sont remis et expliqués. → Les Chartes de la personne accueillie et de la personne âgée dépendante sont annexées au règlement de fonctionnement. → La vie affective et sexuelle des résidents est respectée.	«prévention de la maltraitance ». → Mettre en place un affichage institutionnel des décès. → Élaborer un protocole d'accompagnement de fin de vie. → Organiser un recueil systématique des consignes de fin de vie. <i>Note de l'établissement : Un recueil systématique n'est pas envisageable, ni souhaitable en ce qui concerne les résidents qui ne sont pas cohérents. En revanche les informations nécessaires sont toujours données.</i>
Fiche de signalement d'un événement indésirable	<u>Force</u> → Chaque événement indésirable ayant fait l'objet d'une fiche de signalement donne lieu à une analyse et un traitement adéquats.	
Prévention de la maltraitance	<u>Force</u> La formation « Humanitude » a été dispensée à 99% des professionnels.	→ Programmer une formation de l'ensemble des professionnels à la loi Léonetti. <i>Note de l'établissement : Formation aux directives anticipées et à la personne de confiance programmée en septembre 2014.</i>
Accompagnement de fin de vie	<u>Faiblesses</u> → La fiche des souhaits de fin de vie est remplie avec difficulté. Les directives anticipées sont rarement données. <u>Ni force ni faiblesse</u> → Les professionnels s'interrogent sur les modalités de respect des souhaits de fin de vie.	→ Formaliser une convention de partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs du secteur. → Formaliser le protocole LATA (Limitation ou Arrêt de Thérapeutiques Actives).

Appréciation globale de l'évaluateur externe

Les actions développées dans le cadre de la démarche qualité aboutissent à des améliorations régulières de la qualité des prestations fournies aux usagers et à une appropriation croissante des enjeux qualité par l'ensemble du personnel.

Les relations sociales et l'amélioration de la gestion des ressources humaines, basées en partie sur un plan de formations concerté axé sur les pratiques professionnelles et sur la « Bienveillance », ont permis d'améliorer la compétence globale des professionnels et des organisations, et de mener des actions d'amélioration des conditions de travail.

Méthodologie de l'évaluation externe

Items (5 maximum)	
Outils utilisés	Entretiens individuels et collectifs. Analyse de documents. Suivi dans les services. Observation des pratiques (temps des repas, temps de transmissions, temps d'animation...).
Nombre d'entretiens conduits	26 entretiens
Durée de l'évaluation externe sur le terrain	3 jours Du 19 au 21 mai 2014

Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSMS	
L'évaluation externe sur site s'est déroulée sur trois jours. Lors de cette visite des difficultés se sont posées dans les relations avec les évaluatrices, notamment en raison d'un manque de professionnalisme (retards répétés, attitude, concentration). Dans la continuité de ces constatations, le retard dans la remise du pré rapport est à déplorer. Mais, en dehors de toute considération à l'égard de ces personnes, l'organisme prestataire a su faire preuve d'écoute et de disponibilité tant en amont qu'en aval de la visite	Certaines recommandations sont pertinentes. En revanche, certaines sont inappropriées en raison de conclusions inexactes qui témoignent d'un décalage entre les constats relevés lors de la visite sur site et le rapport. Par ailleurs la qualité rédactionnelle n'est pas entièrement satisfaisante.

6.3 Composition de l'équipe d'évaluation

Identité	Sylviane MOUSSET
Place dans l'équipe d'évaluation	- Évaluatrice - Professionnel spécialiste « Personne âgée »
Formation	2011 : Certification AFNOR pour la fonction d'Évaluateur Interne et Externe Expert des Organisations de l'Économie Sociale, Espace SENTEIN à Montpellier 2003 : C.A.F.D.E.S. Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement Social, I.R.T.S. Talence Gironde 1992 : D.U.T. d'Ergonomie et D.U.T. de Préparation aux Actions de Santé dans l'Entreprise Université de Bordeaux 2 1975 : Diplôme d'État d'Infirmière - École d'Infirmières du Centre Hospitalier Régional de Haguenau (Bas-Rhin)
Expérience	2013 : Consultant pour l'évaluation externe de 22 établissements - Membre du Jury AAPAPD (Agent d'Accompagnement auprès des Personnes Âgées et des Personnes Dépendantes) - Depuis 2011 : Bénévole à l'Association caritative St Vincent de Paul 2008-2009 : Directrice des deux EHPAD pour le Groupe AUVENCE 2005 : Acquisition et direction de l'EHPAD Burgundia à Arcachon (18 lits) 2002 : Acquisition et direction de l'EHPAD La Savane à Gujan Mestras (40 lits) 1988–2002 : Responsable du Service Médico-social, Société Cofinoga 1986–1988 : Responsable du Service Médico-social, Société C.E.E.T. (Compagnie Européenne Électro-Thermique), à Orléans 1983–1986 : Responsable du Service Médico-social, Société MARS Alimentaire à Haguenau (Bas-Rhin) 1975-1983 : Infirmière en Traumatologie et Réanimation au Centre Hospitalier Régional de Haguenau (Bas-Rhin)



Identité	• Patricia MANDARON
Place dans l'équipe d'évaluation	• Évaluatrice • Professionnel spécialiste « Personne âgée »
Formation	• 2013 : Certification formatrice « aux bonnes pratiques professionnelles », AFNOR • 2013 : Certification évaluateur externe expert, AFNOR • 2008 : Diplôme universitaire de Gestion des Etablissements Sanitaires et Sociaux, Lyon 1, Niveau 1 • 2001 : Licence de management des petites et moyennes structures sanitaires et sociales Université Lyon 1 • 1980 : DE infirmière
Expérience	• 2011-2012 : Directrice adjointe, ouverture d'EHPAD 84 résidents, accueil de jour de 10 places, foyer logement à Jassans Riottiers , résidence La Rose des Vents, ACPPA. • 2009-2011 : Directrice EHPAD, résidence Blanqui, ACPPA. • 2002-2009 : Cadre de santé, responsable pôle soin, EHPAD Les Amandines, ACPPA. • 1982-2002 : Infirmière libérale Lyon 3^{ème} • 1980-1982 : Infirmière en neurochirurgie infantile, hôpital Wertheimer à Lyon. • Mars à juillet 1980 : Infirmière en soins à domicile dans une structure sociale à Villeurbanne. • <u>Formations</u> ○ Formations internes au poste de directeur 2009 à 2011: approches commerciales, management des risques et communication, gestion des relations familiales, formation au tact dans les soins. ○ Formations courtes orientées en gériatrie de 2003 à 2006 : ○ Formation démence, maltraitance, gestion des violences, cohésion d'équipe, nutrition de la personne âgée, prise en charge des plaies et cicatrisation.

6.4. Engagement de déontologie

Je m'engage à réaliser une évaluation basée sur une approche factuelle et un diagnostic partagé par le responsable de l'établissement évalué.

Je m'engage au respect de l'ensemble de mes interlocuteurs, à mener mes interventions avec pédagogie et courtoisie et à utiliser un vocabulaire adapté.

Je m'engage à refuser tout cadeau ou avantage de la part de la structure évaluée.

Je m'engage à respecter une confidentialité totale des informations fournies par le client ou relatives à l'évaluation (documents, informations orales, conclusion de l'évaluation,...) en dehors des cas spécifiquement requis par la loi.

Dans ce cadre je m'engage à ne transmettre le rapport final qu'à l'établissement évalué.

Je m'engage à ne réaliser aucune copie et à détruire l'ensemble des documents collectés dans la structure ou transmis par la structure à l'issue de la validation du rapport final.

Je m'engage à ne réaliser aucune évaluation externe dans une structure dans laquelle j'interviens ou suis intervenu dans un délai de trois ans au regard des actions d'évaluation interne et dans un délai d'un an au regard de toute autre activité. De la même manière, je m'engage à n'exercer aucune activité de conseil ou de formation auprès des structures évaluées dans un délai d'une année.

Je m'engage à refuser de réaliser toute mission en cas de conflits d'intérêts (relations commerciales ou financières avec l'entité évaluée, relations professionnelles en cours ou par le passé, relations privées avec des personnes de la structure évaluée,...).

Je m'engage à réaliser uniquement les évaluations pour lesquelles je dispose des connaissances, du savoir-faire et de l'expérience nécessaires.

Je m'engage à déclarer sans délai et par écrit tout évènement ne me permettant pas de réaliser la mission d'évaluation externe à laquelle je me suis engagé dans les conditions d'indépendance, d'objectivité et de déontologie attendue par le décret du 15 mai 2007.

Je m'engage à maintenir à jour ma connaissance des recommandations de l'Anesm et de la réglementation en vigueur. »

À Blies Ebersing, le 15 juillet 2014

Mme Mousset

Mme Mandaron

 **A.D.Q. CONSEILS**
6 rue des Lilas
57200 BLIES EBERSING
Tél. 06 77 52 31 95
Email : mh@adq-conseils.fr 



6.5. Déclaration sur l'honneur des évaluateurs

Je soussignée, atteste sur l'honneur remplir les conditions nécessaires à l'évaluation de l'organisme « EHPAD La Loysance » selon les conditions du décret n°2007-975 du 15 mai 2007 ainsi que selon les conditions d'habilitation de la société « A.D.Q. Conseils ».

À Blies Ebersing, le 15 juillet 2014

Mme Mousset

Mme Mandaron

 **A.D.Q. CONSEILS**
6 rue des Lilas
57200 BLIES EBERSING
Tél. 06 77 52 31 95
Email : mh@adq-conseils.fr 

6.6. Calendrier de réalisation

(Annexes non paginées)

6.7. Contrat d'évaluation externe et questionnaire évaluatif

(Annexes non paginées)

MERCREDI 21 MAI 2014/ SITE : ANTRAIN LOYSANCE								
	Evaluateur : Mme MOUSSET				Evaluateur : Mme MANDARON			
Horaires	Interlocuteurs dont la présence est OBLIGATOIRE pour entretien	Interlocuteurs devant être disponible en cas de besoin	Thèmes	Lieux	Interlocuteurs dont la présence est OBLIGATOIRE pour entretien	Interlocuteurs devant être disponible en cas de besoin	Thèmes	Lieux
9h00-10h00	Mme BETTLER Directrice M CAZIN Cadre de santé Antrain Mme HUBERT Cadre de santé SB COMMUN A ANTRAIN ET SB	∅	Gestion/utilisation des RBPP Stratégie / Projet d'établissement Documents légaux Garantie des droits Accueil temporaire	Salle d'animation Loysance	Mme FOUCHER Kinésithérapeute Dr RICONO ou DESILLES Médecin libéral Mme PERRIHIN Ergothérapeute A CONFIRMER	∅	Intervenant extérieur	Salon des familles Gastines
10h00 - 11h00	Mme BEASSE DA RH Mme LEBARBIER Responsable RH et formation Mme PETITPAS Cadre sup COMMUN A ANTRAIN ET SB	∅	Gestion des ressources humaines - DUERP - Formations Transmission de l'information Réunions institutionnelles Organisation collective	Salle d'animation Loysance	Mme LEGROS Cadre de santé G. BREGAINT IDE	∅	Circuit du médicament Gestion des urgences Livret thérapeutique	Salon des familles Gastines
11h00 - 12h00	Membres du CVS : M PIGEARD, Mme LE CHEVOIR, Mme LE CAMUS, M HEUDES Représentants des familles et des résidents hors CVS, qui ? A préciser	∅	Expression et participation des usagers et des familles Appréciation sur leur Projet personnalisé	Salle d'animation Loysance	Mme CHARPENTIER Lingère Mme CONSTANCY DA responsable lingerie COMMUN A ANTRAIN ET SB	∅	Circuit du linge	Salon des familles Gastines
12h00 - 13h00	REPAS = Evaluateurs + Mme LEGROS et M CAZIN Cadres de santé (4) SALLE D'ANIMATION LOYSANCE							
13h00-14h00	Mme MARTIN Psychologue	∅	Prise en soins psychologique	?	Mme CHAUVIN Bénévole et représentante des usagers à la CRUQ-PC et au CS Mme DERENNE Bénévole Mme FAVENNEC Aumônier A CONFIRMER	∅	Maintien du lien avec l'extérieur	Salle d'animation Loysance
14h00 - 16h00	Échanges entre les évaluateurs/Préparation de la restitution							
16h00 - 17h00	Interlocuteurs : Comité de direction RESTITUTION FINALE SALLE DES VALVINS							

VENDREDI 23 MAI 2014/ SITE : St BRICE								
	Evalueateur : Mme MOUSSET				Evalueateur : Mme MANDARON			
Horaires	Interlocuteurs dont la présence est OBLIGATOIRE pour entretien	Interlocuteurs devant être disponible en cas de besoin	Thèmes	Lieux	Interlocuteurs dont la présence est OBLIGATOIRE pour entretien	Interlocuteurs devant être disponible en cas de besoin	Thèmes	Lieux
9h00-10h00	Mme CONSTANCY DA référente HDC Mme LAURENT Qualificienne Mme HUBERT Cadre de santé Mme LAURENT IDE Référente Humanitude	Mme PETITPAS Cadre sup	Ouverture sur l'environnement Partenariats et réseaux Droits et libertés du résident Gestion des plaintes Bienveillance Prévention de la maltraitance	Salle "Les petits papiers"	Mme COLLIN Agent accueil Mme LE FLOCH DA responsable BDE	Ø	Accueil téléphonique Dossiers administratifs	Bureau secrétariat médical
10h00 - 11h00	Mme BERTEL Cadre de santé Ancré Mme DUDOIT Psychologue	Ø	Unité Alzheimer	Salle "Les petits papiers"	Mme HUBERT Cadre de santé L. COLIN MOREL IDE C.DUHAMEL Référente nutrition (la Bretonnière)	Ø	Pilotage des soins Gestion chutes, douleur, fin de vie, sorties inopinées, symptômes dépressifs, prévention des escarres, incontinence...	Salle de réunion proche accueil (en face de l'ex bureau des cadres)
11h00 - 12h00	Mme LAIZE Présidente du CVS Mme LOYSANCE Représentante des usagers au CVS M Gobi et Mme GILBERT Représentants des familles A CONFIRMER	Ø	Expression et participation des usagers et des familles Appréciation sur leur Projet personnalisé	Salle "Les petits papiers"	Mme COMMUNAL responsable équipe ménage Fabrezia LIGER Agent d'entretien Mme BERTEL Cadre de santé Référente Hygiène	Ø	Hygiène et entretien des locaux	Salle de réunion proche accueil (en face de l'ex bureau des cadres)
12h00 - 13h00	REPAS = Evalueateurs + Cadres (5) SALLE DE RESTAURANT							
13h00 - 14h00	Analyse de documents							
14h00 - 15h00	Mme PETITPAS, Cadre sup Mme HUBERT Cadre de santé	Ø	Projet et dossier de soins Coordination équipe soignante Coordination Gériatrique Iatrogénie, Livret thérapeutique	Bureau secrétariat médical	Mme ROUANET IDE Hygiéniste Mme BERTEL Référente Hygiène Mme LAURENT Qualificienne COMMUN A ANTRAIN ET SB	Ø	Maîtrise du risque infectieux	Salle "Les petits papiers"
15h00 - 16h00	Mme DELEURME Cadre de santé N. CAHU IDE	Ø	Circuit du médicament Répartition des tâches Gestion des urgences	Bureau secrétariat médical	Mme BAZIN AS Ancré Mme GUILLARD AS Ancré	Mme LAURENT ou Mme TUMOINE IDE	Pratiques professionnelles	Salle "Les petits papiers"
16h00 - 17h00	Manuella VIEL AS le Rocher PORTAIL Natacha LEBLANC ASHQ la Bretonnière	Mme CAHU IDE	Pratiques professionnelles Accompagnement quotidien	Bureau secrétariat médical	Bénévoles, qui ? Aumônier	Ø	Maintien du lien avec l'extérieur	Salle "Les petits papiers"
17h00-17h30	Thèmes : Analyse documentaire/Préparation de la réunion intermédiaire							
17h30 - 18h	Interlocuteur : Comité de direction / Thème : Restitution intermédiaire SALLE GUY TAZARTEZ							

LUNDI 26 MAI 2014/ SITE : St BRICE								
	Evalueateur : Mme MOUSSET				Evalueateur : Mme MANDARON			
Horaires	Interlocuteurs dont la présence est OBLIGATOIRE pour entretien	Interlocuteurs devant être disponible en cas de besoin	Thèmes	Lieux	Interlocuteurs dont la présence est OBLIGATOIRE pour entretien	Interlocuteurs devant être disponible en cas de besoin	Thèmes	Lieux
9h00-	Mme ZWILLER Chargée des services éco	Ø	Achats et matériel	Bureau secrétariat médical	M FEON Kinésithérapeute	Ø	Intervenant extérieur	Salle "les petits papiers"
10h00					Dr VEILLARD			
					Mme PERRIHIN Ergothérapeute			
					Mme JAMIN Orthophoniste A CONFIRMER			
10h00 - 11h00	Mme DELEURME Cadre Accueil temporaire Dr VEILLARD	Ø	Accueil temporaire	Bureau secrétariat médical	F.MONTEBAULT AS Accueil temporaire Pampille A.LHONORE AS accueil temporaire Pampille	Céline MOREL ou Isabelle De Jesus AMARO IDE	Pratiques professionnelles	Salle "les petits papiers"
11h00 - 12h00	Analyse documentaire							
12h00 - 13h30	REPAS = Evalueateurs + Cadres (?) SALLE DE RESTAURANT							
13h30- 14h00	Analyse documentaire							
14h00- 15h30 !!	Interlocuteurs : Equipe soignante + Cadres + Animatrice + Psychologue Thème : Participation staff pluridisciplinaire QUARTIER ST EUSTACHE							
15h30 - 16h00	Échanges entre les évaluateurs/ Préparation de la restitution							
16h00 - 17h00	Intervenants : Comité de direction/ Thèmes : RESTITUTION SALLE GUY TAZARTEZ							

Référentiel évaluatif				
Plan	Sous-plan	Thématique évaluée	Aspect spécifique à l'établissement	
1.	GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS	1.1. GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS	Garantir le droit à l'information, le droit au respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité, le droit à la participation de la personne (et/ou de son représentant légal) à la conception et la mise en œuvre du projet qui la concerne	Comment est organisée la réponse à une demande d'information ? Dans quel délai ? Y compris en situation d'urgence ? Les documents de la loi 2002 sont-ils mis en place ? Ces documents informent-ils le résident des conditions de vie dans l'établissement ? Ces documents précisent-ils : - les tarifs en vigueur dans l'établissement ? - les différentes prestations offertes par l'établissement ? Existe-t-il une procédure d'admission intégrant la pré admission ? Comment l'établissement prend t-il en compte la recherche systématique du consentement éclairé de la personne ? Une commission d'admission est-elle mise en place dans la structure ? Quel est son fonctionnement ? Existe-t-il un registre des entrées et des sorties ? Est-il actualisé à chaque entrée ou sortie ? Les résidents sont-ils informés de l'utilisation du recueil des données les concernant ? Comment les référents institutionnels des résidents et des familles sont-ils identifiés ? Une personne de confiance est-elles désignée par le résident ? Ses coordonnées sont-elles tenues à jour ? Comment les résidents et familles peuvent-ils identifier les professionnels ? Comment l'établissement permet-il au (futur) résident de participer aux diverses activités et accompagnements proposés ? De quelle manière l'établissement permet-il l'appropriation du lieu de vie ? Quel confort de vie l'établissement propose-t-il aux résidents (lieux privés, équipements...) ? La protection juridique des majeurs est-elle respectée ? Comment est-elle articulée ? Les résidents bénéficient-ils d'assurance responsabilité civile au sein de l'établissement ? Comment la protection des biens est-elle organisée durant le séjour ? après le décès ? Comment l'établissement recueille t-il l'avis des résidents sur leur sentiment de sécurité ? - au sein de l'établissement - dans leur espace privé Existe-t-il un système d'appel pour les résidents ? Quel est le délai de réponse ? Les résidents ont-ils accès librement à tout moment de la journée à leur chambre ? aux lieux collectifs ? Comment l'établissement gère-t-il les paradoxes entre le respect des normes de sécurité, les nouvelles
		1.2. GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS	Favoriser l'information et faciliter l'expression des différents acteurs tout en préservant la parole du résident ; encourager le maintien du lien social	Les principes de la « Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante » sont-ils connus ? appliqués ? affichés ? diffusés ? Par quel moyen est organisé le recueil de la satisfaction et des réclamations ou plaintes des résidents et des familles ? Comment s'organisent les modalités d'expression et de participation des résidents et/ou familles ? Comment est diffusée l'information ? Quelle est la dynamique de réflexion relative à la bientraitance au sein de l'établissement ? Comment sont organisées la prise en charge et la signalisation en cas de situation de maltraitance ? Un référent institutionnel de la Bientraitance dans l'établissement est-il désigné ? Comment les thèmes nécessitant une réflexion éthique sont-ils identifiés et traités ? Le concept de bientraitance est-il intégré au projet d'établissement ou de service ?
	2.1. LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	Dépister et soulager la douleur		Le personnel est-il formé à l'évaluation et au traitement de la douleur ? Comment l'établissement organise t-il la prise en charge, l'évaluation et le suivi du traitement de la douleur ? Les protocoles et procédures relatifs aux risques du grand âge sont-ils formalisés ? Les antidouleurs administrés font-ils systématiquement l'objet d'une prescription médicale ? Y a-t-il une évaluation de la douleur à l'entrée du résident ?

2.	PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE ET INHERENTS A LA VULNERABILITE DES PERSONNES	2.2.	LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES	Prévenir et prendre en charge les chutes	Les chutes font-elles l'objet : - d'une politique de prévention formalisée ? - d'un signalement écrit systématique ? - d'un protocole de prise en charge clairement défini ? - d'une analyse des causes ? Y a-t-il une évaluation du risque de chute à l'entrée du résident ? Comment est organisée la prévention des risques de chutes ? Existe-t-il un plan d'action destiné à la prévention des accidents ? Les chutes font-elles l'objet d'une analyse des causes et d'actions préventives ?
		2.3.	LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES ESCARRES	Prévenir et prendre en charge les escarres	Les escarres font-ils l'objet d'un suivi institutionnel ? Le personnel est-il formé à l'évaluation et à la prévention des risques d'escarres ? Existe-t-il un protocole de prévention et de traitement des escarres ? Existe-t-il un suivi et une évaluation de son application ?
		2.4.	LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION	Prévenir et prendre en charge la dénutrition	Comment l'établissement organise-t-il la prévention, détection et le suivi des personnes à risque de dénutrition et/ou de déshydratation ? Le personnel est-il formé à la détection et à l'évaluation des personnes présentant un risque de dénutrition ? Le résident est-il pesé et mesuré au moment de son admission ? Comment est organisé le suivi de sa courbe de poids ? A quelle fréquence ? Comment est organisée la possibilité de servir les personnes en chambre ? Les régimes font-ils l'objet d'une prescription ou d'un avis médical ? Les repas mixés font-ils l'objet d'un suivi médical ? Quel est le délai maximal entre le repas du soir et le petit déjeuner ? Une collation est-elle possible après le repas du soir si elle est souhaitée ? L'hydratation des résidents fait-elle l'objet d'une surveillance régulière : - avec boissons à portée de main des résidents ? - avec suivi systématique et individualisé des apports hydriques des résidents à risque ? Le personnel est-il formé à la détection et à l'évaluation des personnes présentant un risque de déshydratation ? Le plan canicule est-il formalisé et opérationnel ? Comment est organisée la prévention et la prise en charge des troubles du transit ? Existe-t-il un ou des protocoles relatifs à la prise en charge des troubles du transit ? Que prévoient-ils ?
		2.5.	LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT	Dépister et prendre en charge les troubles de l'humeur et de comportement	Les personnes atteintes de détérioration intellectuelle ont-elles bénéficié d'un bilan diagnostique (bilan cognitif, recherche de causes curables...) ? Comment l'établissement organise-t-il l'analyse et le suivi des troubles de l'humeur et du comportement ? Le personnel est-il formé à l'évaluation et à la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement ? Existe-t-il au sein de l'établissement des prestations de type psychiatrique et/ou psychologique : avec des moyens internes ? avec des intervenants extérieurs ? L'accompagnement et les soins aux personnes atteintes de détérioration intellectuelle sont-ils prodigués au sein d'espaces spécifiques : la journée y compris de façon temporaire ? 24h/24h ?
		2.6.	L'ANALYSE ET LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX	Identifier, analyser, gérer le risque infectieux et Informer les acteurs	Comment est organisée la prévention et la gestion du risque infectieux ? Procédure, matériel et consommables, temps d'hygiéniste... Existe-t-il des protocoles d'hygiène ? Comment l'établissement s'organise-t-il pour remplir annuellement le document d'analyse du risque infectieux (DARI, manuel GREPHH) ?

		2.7.	COORDINATION, CONTINUITE ET SECURITE DES SOINS	Optimiser la continuité des soins, assurer la sécurité des soins	Existe-il une ou des conventions avec un ou des établissements de Santé des réseaux, etc Comment la continuité (la coordination) et la permanence des soins sont-elles organisées ? Comment les situations d'urgences sont-elles gérées dans l'établissement (Procédures, chariot d'urgence...) ? Les agents ont-ils été formés aux gestes de survies ? A l'utilisation des matériels d'Urgence ? Comment l'organisation des soins permet-elle un recours rapide, chaque fois que nécessaire, chez un médecin spécialiste ? Comment les transmissions infirmières et aide soignantes sont-elles organisées ? Les locaux permettent-ils une organisation des soins adaptée à l'état des résidents ? Les prescriptions des médecins sont-elles écrites, lisibles et signées ? Comment est organisé le suivi des traitements prescrits, pour chaque résident : - prise effective, efficacité ? - effets secondaires ? Comment est composé le dossier individuel ? Comment a-t-il été élaboré ? Comment l'établissement organise t-il l'accès au dossier à la demande du résident et des personnes habilitées ? Existe-t-il un projet de soins ? Comment est-il écrit et élaboré ? De quelle manière le résident est-il informé et participe t-il aux décisions le concernant, à l'élaboration de so projets de soins ? Le projet de soins : - précise t-il les protocoles de prise en charge des résidents selon leurs grandes spécificités ? - est-il basé sur des bilans individuels périodiques des résidents ? - précise t-il l'organisation des soins et des aides apportés aux résidents ? Prend-il en compte les règles d'hygiène générale et celles liées aux soins ? Prend -il en compte la prévention des risques iatrogènes médicamenteux ? Existe-t-il un médecin coordonnateur ? Participe t-il : - à l'élaboration du projet d'établissement ? - à des réunions de directions ? - à la rédaction d'un rapport d'activité annuel ? Une commission de coordination gériatrique est-elle organisée ? Qui y participe ? Le médecin coordonnateur élabore t-il un rapport d'activité médicale annuel
		2.8.	LE MEDICAMENT	Gestion et sécurité du médicament	Quelle est le niveau d'information des professionnels de la procédure de signalement ?
		3.1.	LE MAINTIEN DES CAPACITES DE DEPLACEMENT ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES NON-VALIDES	Prévenir la perte d'autonomie en accompagner la dépendance en termes de déplacement	L'établissement est-il accessible aux personnes handicapée,s y compris en fauteuil roulant, à l'intérieur et à l'extérieur ? Comment est organisé l'accès des résidents aux espaces de vies communs et aux espaces de vie extérieurs ? Les espaces de circulation internes et externes disposent-ils d'un éclairage naturel et/ou artificiel adapté ? Comment est construite et pensée la signalétique dans l'établissement ? En fonction de son architecture, comment l'établissement s'organise t-il pour rendre les salles de bain accessibles ?
3.	MAINTIEN DES CAPACITES DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACCOMPAGNE MENT DE LA SITUATION DE DEPENDANCE	3.2.	LE MAINTIEN DES CAPACITES A LA TOILETTE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AYANT BESOIN D'UNE AIDE TOTALE.	Prévenir la perte d'autonomie en accompagnant la dépendance lors de la toilette	Comment l'établissement, organise t-il l'analyse, le suivi et l'évaluation des besoins d'aide à la toilette ? Comment l'établissement accompagne t-il les résidents dans les actes essentiels de la vie quotidienne, tels que l'hygiène, les déplacements, le port des prothèses (dentaires, ophtalmiques et oculaires, auditives...), les prises de repas, basés sur des évaluations individuelles ? Comment s'organise le suivi des plans d'action d'aide aux actes de la vie quotidienne ?

4.	LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	4.1.	LE PROJET PERSONNALISE	Prendre en compte les besoins et les attentes de chaque résident	Comment l'établissement organise-t-il la réflexion sur la prise en charge individuelle dans un milieu de vie et collectivité ? Comment l'établissement organise-t-il le recueil et la mise en œuvre des attentes et des souhaits des résidents et de leurs familles ? Comment le projet de vie individualisé de chaque résident est-il élaboré ? Comment est organisée l'évolution dans le temps du projet de vie personnalisé du résident ? Comment l'établissement se donne-t-il les moyens de mettre en œuvre l'individualisation de l'accompagnement du résident tout au long de la journée ? Comment l'établissement permet-il la mise en œuvre d'activités adaptées à chaque résident ? Comment les activités sont-elles adaptées au rythme de la personne ? Comment s'assure-t-on de l'information et du recueil du consentement de la personne pour toute sortie de l'établissement ?
		4.2.	LA PERSONNALISATION DES ACTIVITES SOCIALES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES	Offrir aux résidents la possibilité de choisir des activités correspondant à leurs attentes	Comment l'établissement élabore-t-il son projet d'animation ? Qui y participe ? Comment évolue-t-il ? Quels moyens se donne l'établissement pour mettre en œuvre son projet d'animation ? Que prévoit le projet d'animation, à l'extérieur et à l'intérieur de la structure ? Quels sont les grands axes ? Comment la communication autour des animations est-elle organisée ? Comment l'établissement mesure-t-il la satisfaction des résidents concernant les animations ? Comment l'établissement prend-il en compte les attentes et demandes des résidents, dans la durée ? Comment est organisé et modulé le calendrier des activités ? Comment assure-t-on la continuité de la vie sociale au sein de l'établissement en dehors du planning des animations ? Comment le personnel participe-t-il aux animations, à leur organisation, à leur évaluation ? Comment les proches participent-ils aux animations, à leur organisation, à leur évaluation ?
		4.3.	LA POSSIBILITE DE MAINTENIR LES LIENS SOCIAUX	Maintenir et développer les liens sociaux	Comment l'établissement facilite-t-il le maintien des relations entre les résidents et leurs proches ? Comment la structure intègre-t-elle les proches dans l'accompagnement des résidents ? D'autres acteurs de la vie sociale s'impliquent-ils dans l'établissement ? De quelle manière ? Comment l'établissement permet-il de faire du repas un moment privilégié dans la journée ? Comment l'établissement envisage-t-il l'installation en salle de restauration ? Prend-il en compte les souhaits des résidents et les impératifs de prise en charge ? Cette organisation peut-elle évoluer ? Comment l'établissement organise-t-il le maintien du lien social des résidents à l'extérieur ? Comment s'organisent les relations avec les institutions ? Quelles manifestations permettent l'ouverture sur l'extérieur ? Comment l'établissement permet-il et organise-t-il l'accès au droit de vote des résidents
5.	ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE	5.1.	L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE DES RESIDENTS	Respecter la volonté et la dignité de la personne.	En quoi la fin de vie fait-elle l'objet d'une prise en charge spécifique des résidents Comment est organisé le recueil des souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie ? Notamment pour les personnes mal-communicantes ? Comment les objectifs pour la personne sont-ils présentés et déclinés dans l'établissement ? Comment est mise en place la procédure collégiale d'aide à la décision médicale pour les résidents non conscients ? Y compris en situations d'arrêt ou de limitation de traitement ? Comment sont évalués les signes de confort/inconforts physiques et psychiques en fin de vie ? Existe-t-il une procédure ? Comment est organisé l'accompagnement psychologique des résidents
		5.2.	L'ACCOMPAGNEMENT DE LEURS ENTOURAGES (PROCHES ET PROFESSIONNELS) A CE MOMENT-LA.	Soutenir les familles et les résidents	Comment l'établissement permet-il l'implication de la famille et des proches au cours de la fin de vie du résident ? Comment sont-ils invités à exprimer leurs souhaits ? Comment sont organisées les actions de soutien pour les proches des résidents en fin de vie ? Comment le personnel est-il formé à la prise en charge de la fin de vie ? Comment sont organisées les actions de soutien pour le personnel ?



ABREGÉ DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE EHPAD Résidence de La Loysance - ANTRAIN -

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

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

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

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

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

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

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

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

1. La démarche d'évaluation interne (pour les services à la personne (SAP) agréés, cette rubrique correspond aux points investigués dans le cadre du cahier des charges de l'agrément)

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe		
Méthode employée	La démarche d'évaluation interne s'est déroulée d'octobre 2012 à novembre 2013. Une première étape a mené à la définition d'un cadre évaluatif avec un prestataire externe. Une deuxième étape avec 5 groupes de travail, et sans prestataire externe, a abouti à la fusion du cadre évaluatif défini avec l'outil Aqualie 35 2ème version pour en faire le référentiel d'évaluation interne.	Une restructuration du PAQ qui en a découlé s'est avérée nécessaire pour en faire un outil opérationnel.			
Modalités de participation des équipes et des usagers	Un comité de pilotage pluridisciplinaire d'une quinzaine de personnes a été composé. Une cinquantaine de professionnels ont été mobilisés dans les différents groupes de travail. La parole des résidents a été recueillie au moyen d'une enquête de satisfaction.				
Modalités de suivi des actions du plan d'amélioration	Une procédure « Pilotage de la Qualité et de la Gestion des Risques » a été élaborée. La directrice Adjointe Responsable de la Qualité a mis en œuvre à son arrivée en janvier 2014 une refonte de la démarche. Une dynamique qualité a été mise en place avec une réunion du COPIL tous les trimestres pour le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions.				
Mise en œuvre des axes d'amélioration	Des audits internes ont été programmés, notamment dans les domaines de l'hygiène, du circuit du médicament, de la gestion du dossier informatisé, de la prévention de la maltraitance. Des investigations complémentaires ont été menées pour objectiver les constats. A l'issue de l'évaluation interne 142 actions d'amélioration ont été définies, 48 sont réalisées en continu, 27 sont en cours, 1 est clôturée, 36 sont non réalisées.				
Résultats observés	Les axes classés prioritaires par l'établissement sont définis par le Comité de Pilotage Qualité et Gestion des Risques. À l'appui de la démarche qualité, le concept du projet « Humanitude » s'inscrit dans le déploiement du projet global d'établissement 2010-2014. Il est basé sur le concept de Bienveillance et déployé de manière adaptée dans l'institution. En cinq mois, 54% des actions d'amélioration du plan d'actions issues de l'évaluation interne ont été réalisées et 19% sont en cours.				

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

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

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe		
Références aux Recommandations	Le rapport d'évaluation interne est adossé aux Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles.	Le projet d'établissement ne fait pas référence aux RBPP.	Lors de la réécriture du PE, s'appuyer sur les RBPP concernées.		
Mise à disposition des Recommandations	Seulement quatre Recommandations sur la qualité de vie en EHPAD ont été mises à la disposition des professionnels.	L'ensemble des RBPP n'est pas mis à la disposition des professionnels en classeur papier.	Mettre à disposition du personnel les Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.		
Communication et présentation des Recommandations		Une diffusion est faite, mais sans explication particulière.	Présenter les Recommandations de bonnes pratiques professionnelles au personnel afin qu'il se les approprie.		
Modalités d'appropriation des Recommandations		Les Recommandations ne sont pas appropriées par le personnel bien que les pratiques soient en adéquation avec les orientations fixées par ces documents.			
Connaissance des Recommandations		Le personnel ne connaît pas les RBPP publiées par l'Anesm.			

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers.					
(Exemples d'items: Caractérisation de la population accompagnée, modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement ou de service, adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée...)					
Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe		
Modalités d'élaboration du projet d'établissement, sa formalisation, son actualisation, son appropriation	Le Projet d'établissement 2010-2014 est divisé en deux parties : Environnement, et Stratégie / Ateliers. Il présente le projet stratégique de l'établissement et la filière gériatrique. Un projet médico-social de vie et de soins a été structuré.	Les résidents, les familles, le CVS, n'ont pas été associés à son élaboration.	Rédiger un nouveau projet d'établissement, le PE actuel arrivant à son terme cette année. Lors de la réécriture du PE, associer les résidents, les familles, le CVS, les professionnels, et les partenaires extérieurs à son élaboration.		
Articulation des objectifs avec l'environnement	Le CHMB a signé en 2013 un CPOM 2012-2017.		Lors de la réécriture du PE, associer les partenaires extérieurs à son élaboration.		
Cohérence des activités déployées avec les objectifs du projet d'établissement	Un comité de réflexion d'éthique est en place. Le CHMB est en recherche permanente de cohérence avec son Projet d'Etablissement.	Le projet d'établissement n'est pas reconnu comme un document de travail de la part des salariés. Note de l'établissement : une vaste campagne de communication a été menée en 2010.	Lors de la réécriture du PE, associer les professionnels à son élaboration.		
Cohérence entre projets personnalisés et objectifs opérationnels du projet d'établissement	Les objectifs des projets personnalisés sont cohérents avec les objectifs opérationnels du projet d'établissement.				
Adaptation de l'offre à la population accueillie, de l'accompagnement et des ressources	Le nombre d'agents présents dans l'établissement correspond aux effectifs autorisés. Le recrutement est tourné vers le service à la personne âgée et anticipe les évolutions. La gestion administrative du personnel est organisée. Les salariés sont sensibilisés à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. L'accueil des nouveaux salariés est formalisé. Les risques psychosociaux sont repérés. Un entretien annuel d'évaluation et de formation a lieu pour chaque salarié.		Rédiger les fiches de poste manquantes, et vérifier l'actualisation de celles qui sont élaborées. Préparer une renégociation des effectifs en personnel soignant pour faire face à l'augmentation de la dépendance.		

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

Modalités de suivi et d'actualisation du projet d'établissement ou de service	La mise en œuvre des objectifs du projet d'établissement fait l'objet d'une évaluation annuelle par un groupe représentatif des personnels. Les axes de travail en lien avec le secteur médico-social ont progressé : - Réussir le Pôle sanitaire gérontologique / taux 2013 = 58% (2012 = 32%). - Diversifier et spécialiser une offre médico-sociale de qualité / taux 2013 = 64% (2012 = 52%). - Promouvoir la qualité de vie au travail / taux 2013 = 72% (2012 = 67%). - Le pilotage de l'établissement / taux 2013 = 61% (2012 = 23%). - La logistique au service du travail / taux 2013 = 73% (2012 = 68%).				
---	--	--	--	--	--

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

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe		
Perception du rôle de l'établissement par les partenaires		L'établissement n'a pas évalué le niveau de satisfaction des partenaires, ni le niveau de connaissance des partenaires quant au rôle et aux missions de l'établissement.	Mettre en œuvre un questionnaire auprès des partenaires extérieurs pour évaluer leur satisfaction et leur niveau de connaissance du rôle et des missions de l'établissement.		
Formalisation des partenariats		L'établissement n'a pas formalisé les nombreux partenariats qu'il a instaurés dans le cadre de l'animation.	Il reste à formaliser un partenariat avec un centre hospitalier spécialisé, ainsi que des conventions dans le cadre des animations et activités, avec les établissements scolaires.		
Nature et objet des partenariats mis en place (vie sociale...)	L'EHPAD La Loysance est couvert par les contractualisations générales du CHMB (Convention générale avec le Centre Hospitalier de Fougères, Convention de partenariat avec l'association CLIC en Marches, avec le cabinet de radiologie de Combourg, avec le laboratoire d'analyses de biologie médicale d'Antrain...).		Formaliser une convention de partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs du secteur.		
Prise en compte des réseaux de proximité	Les médecins libéraux sont très impliqués dans le fonctionnement de l'établissement. Les réseaux sanitaires gérontologiques, Partâge et Géront'Emeraude, ont été financés pour être le lien entre les différents acteurs, villes et institutions sur le territoire.	Les intervenants libéraux n'ont pas signé de convention de coordination avec l'établissement	Inciter les intervenants libéraux à signer une convention avec l'établissement.		
Contribution aux évolutions de l'environnement			Mettre en place un affichage institutionnel des décès.		

ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

5. Personnalisation de l'accompagnement

(Exemples d'items: capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne, conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé...)

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe		
Méthodologie d'élaboration du projet personnalisé	Une toilette évaluative est effectuée à l'entrée du résident. Le projet personnalisé est construit en équipe pluridisciplinaire.				
Recueil des besoins des usagers de façon pluridisciplinaire	Le recueil de données est fait à partir du dossier d'inscription et de l'entretien de pré accueil	Le recueil de données ne contient pas toujours les éléments relatifs à la fin de vie.	Élaborer un protocole d'accompagnement de fin de vie incluant la prise en charge de la toilette, l'évaluation de la douleur, l'accompagnement global du résident et de ses proches.		
Participation des usagers à l'élaboration de leur projet		Ni les familles et ni le résident ne sont au courant de la synthèse et des objectifs du 1er PAI complet.	Co-construire le projet d'accompagnement individualisé du résident avec sa présence ou celle de sa famille ou de son représentant légal.		
Outils de suivi et d'évaluation		La formulation des objectifs n'est pas toujours très structurée et le responsable de l'action à mettre en œuvre est rarement désigné.	Formuler le projet personnalisé en objectifs et opérer la déclinaison en actions.		
Actualisation des projets		L'avenant listant les objectifs d'accompagnement n'est pas annexé au contrat de séjour.	Formaliser un document de type charte du bénévolat avec tous les bénévoles. Programmer une formation de l'ensemble des soignants à la loi Léonetti. Formation aux directives anticipées et à la personne de confiance prévue en septembre 2014. Mettre en place dans les 6 mois suivant l'entrée du résident un avenant au contrat de séjour listant les objectifs d'accompagnement et prévoir un nouvel avenant une fois par an.		

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

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe		
Effectivité des droits individuels	Le consentement éclairé du résident est recherché. La désignation de la personne de confiance est proposée. La liste nominative des personnes qualifiées est détaillée dans le règlement de fonctionnement. Les chartes des droits et libertés sont affichées.	La clé de la chambre n'est pas autorisée en raison du classement en type U de l'établissement. La signalétique interne et externe est à revoir tant sur la qualité des informations que sur la taille des caractères. (<i>Projet en cours.</i>)	Formaliser une convention de partenariat avec un centre hospitalier spécialisé pour adosser la prise en charge des résidents présentant des troubles du comportement et/ou de l'humeur. Élaborer un tableau de bord de suivi des désignations de personnes de confiance et directives anticipées recueillies auprès des résidents afin de procéder à leur actualisation tous les 3 ans. Formaliser le protocole LATA (Limitation ou Arrêt de Thérapeutiques Actives).		

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

Conseil de la Vie Sociale	Le CVS est effectif et se réunit 3 à 4 fois par an. Les résidents et les familles qui le souhaitent peuvent participer au CVS et à la réunion préparatoire du CVS.	Les comptes rendus CVS sont affichés dans une taille de police normale.	Afficher les CR de CVS et autre réunions de commissions dans une police agrandie pour en faciliter la lecture aux résidents.		
Autres instances de participation	Des réunions des commissions des menus et commission d'animation sont organisées régulièrement. Une « réunion des familles » est organisée une fois par an.				
Recueil de la satisfaction de l'usager	Des enquêtes thématiques sont pratiquées régulièrement pour évaluer le niveau de satisfaction des résidents.	L'enquête de satisfaction globale n'est pas mise en place avec une périodicité régulière.	Mettre en place une enquête de satisfaction globale à destination des résidents et des familles à périodicité définie.		
Maintien des liens sociaux	Les chartes des droits et libertés sont affichées. L'établissement est joignable 24h/24h. Le résident peut recevoir à tout moment sa famille ou ses proches . Chaque jour, plusieurs temps d'animations différents sont proposés. Les temps forts de l'animation permettent de fédérer l'ensemble des acteurs .		Aménager les espaces extérieurs pour les rendre accessibles aux résidents à mobilité réduite ou en fauteuil roulant. Réfléchir à un mode d'identification des professionnels plus aisé pour les usagers et les familles.		

ABREGÉ DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

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

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe		
Respect des droits	Il existe une procédure définissant l'accessibilité pour le résident à son dossier et un suivi des demandes en application de la réglementation. Toutes les prescriptions sont validées par le pharmacien. Un livret thérapeutique a été élaboré. Une campagne de sensibilisation des professionnels a été mise en œuvre pour l'appréciation du consentement.	Il n'y a pas de document de liaison avec les services transversaux. Une attestation de remise du contrat signée par le résident est gardée dans le dossier du résident.	Rédiger une procédure globale de pré admission, d'accueil et d'admission. (<i>En cours de validation</i>). Formaliser une convention de partenariat avec un centre hospitalier spécialisé pour adosser la prise en charge des résidents présentant des troubles du comportement et/ou de l'humeur.		
Prise en compte des principaux risques	Le risque de chute est évalué à l'arrivée du résident. La procédure incendie est assimilée par les équipes. Il existe un référent nutrition par unité. La douleur est réévaluée régulièrement.	Une procédure de prévention des escarres est à formaliser. Il n'existe pas de protocole de distribution des médicaments. Il n'y a pas de convention ni de partenariat établi avec un centre hospitalier spécialisé.	Élaborer un protocole de distribution des médicaments.		
Mesures mises en œuvre	Une convention est établie avec la consultation mémoire du Centre Hospitalier de Fougères. Un recueil des goûts est fait à l'admission. Un plan alimentaire est mis en place avec des cycles saisonniers. Le service d'Accueil Temporaire fonctionne au-delà de la capacité autorisée. Toutes les chambres ont des lits électriques. Le DARI a été mis à jour en 2014. Un espace Snoezelen est installé dans l'établissement.	L'établissement n'a pas mis en place de modes de communication spécifiques adaptés aux capacités des personnes accueillies. La distribution des médicaments est effectuée par les aides-soignantes ou par les ASH.	Mettre en œuvre des moyens de communication non verbaux adaptés aux capacités des personnes accueillies. Élaborer un protocole de prévention et de prise en charge des chutes. Mettre en œuvre une analyse globale annuelle des chutes. Formaliser une procédure de prévention des escarres. Organiser les horaires des repas pour réduire le jeûne nocturne à 12 h maximum. Revoir l'organisation du travail pour revenir progressivement au respect du rôle propre des AS et des ASH et mettre un terme au glissement des tâches. Afficher le règlement de fonctionnement.		
Evènements indésirables (analyse, suite donnée)	Chaque événement ayant fait l'objet d'une fiche de signalement donne lieu à une analyse et un traitement adéquats. Les professionnels ont à disposition des fiches de signalement des événements indésirables.		Mettre la fiche de signalement à disposition des résidents, familles et autres intervenants, et procéder à une information sur le sujet. Projet en cours lors de la visite, documents prêts, diffusion en septembre.		
Faits de maltraitance (analyse, suite donnée)	Le numéro vert Allo Maltraitance est affiché. Une Charte « Bientraitance » a été élaborée par l'établissement. Les équipes sont informées de la marche à suivre en cas de maltraitance. Des référents institutionnels Humanitude sont désignés.		Mettre en œuvre un plan d'actions suite à l'audit « prévention de la maltraitance ».		

ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'augmentation de la dépendance des résidents pose le problème des moyens humains pour le maintien de la qualité de la prise en charge.
Les actions développées dans le cadre de la démarche qualité aboutissent à des améliorations régulières de la qualité des prestations fournies aux usagers et à une appropriation croissante des enjeux qualité par l'ensemble du personnel.
Les relations sociales et l'amélioration de la gestion des ressources humaines, basées en partie sur un plan de formations concerté et axé sur les pratiques professionnelles et sur la « bientraitance », ont permis d'améliorer la compétence globale des professionnels et des organisations, et de mener des actions d'amélioration des conditions de travail.

9. Méthodologie de l'évaluation externe

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

Items	
Outils utilisés	Entretiens individuels et collectifs Analyse de documents Suivi dans les services Observations des pratiques (temps de repas, temps des transmissions, temps d'animation)
Modalités d'implication des équipes	Collaboration et participation aux entretiens Mise à disposition de documents
Modalités d'association des usagers	Entretiens avec des représentants des usagers CVS et hors CVS
Nombre d'entretiens conduits	26 entretiens
Nombre de jours pour conduire l'évaluation externe	8 jours
Dates de début et de fin de mission	du 19 au 21 mai 204

Commentaires de l'ESSMS

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
L'évaluation externe sur site s'est déroulée sur trois jours. Lors de cette visite des difficultés se sont posées dans les relations avec les évaluatrices, notamment en raison d'un manque de professionnalisme (retards répétés, attitude, concentration). Dans la continuité de ces constatations, le retard dans la remise du pré rapport est à déplorer. Mais, en dehors de toute considération à l'égard de ces personnes, l'organisme prestataire a su faire preuve d'écoute et de disponibilité tant en amont qu'en aval de la visite.	Certaines recommandations sont pertinentes. En revanche, certaines sont inappropriées en raison de conclusions inexactes qui témoignent d'un décalage entre les constats relevés lors de la visite sur site et le rapport. Par ailleurs la qualité rédactionnelle n'est pas entièrement satisfaisante.

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
Direction des Affaires Juridiques

MARCHES PUBLICS ET ACCORDS-CADRES

NOTI5

NOTIFICATION DU MARCHÉ PUBLIC OU DE L'ACCORD-CADRE¹

Le formulaire NOTI5 est un modèle de lettre qui peut être utilisé, par le pouvoir adjudicateur ou l'entité adjudicatrice, après qu'il ou elle ait signé le marché public ou l'accord-cadre, pour le notifier à l'attributaire.

A - Identification du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

GROUPEMENT DE COMMANDES

Centre Hospitalier des Marches de Bretagne

9 rue de Fougères

35560 ANTRAIN

Tél. : 02 99.98 46 75.

Fax : 02 99 98 46 17.

B - Objet de la consultation.

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

EVALUATION EXTERNE

C - Identification de l'attributaire.

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de l'attributaire individuel ou de chaque membre du groupement d'entreprises attributaire, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET. En cas de groupement d'entreprises attributaire, identifier précisément le mandataire du groupement.]

ADQ Conseils

6 rue des Lilas

57200 BLIES EBERSING

Tel : 06 77 52 31 95 Fax : 03 87 98 09 11

Email : mh@adq-conseils.fr

Code NAF : 7022Z

N° de formateur : 41.57.02368.57

RCS : 48019321800017

D - Notification de l'attribution.

Je vous informe que l'offre que vous avez faite au titre de la consultation désignée ci-dessus a été retenue :
(Cocher la case correspondante.)

- ☒ pour l'ensemble du marché public ou de l'accord-cadre (en cas de non allotissement).
☐ pour le(s) lot(s) n°..... de la procédure de passation du marché public ou de l'accord-cadre (en cas d'allotissement.) :

(Indiquer l'intitulé du ou des lots concernés tel qu'il figure dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

L'exécution des prestations commencera :

(Cocher la case correspondante.)

- ☒ Selon le calendrier joint à l'acte d'engagement.
☐ à réception d'un bon de commande ou d'un ordre de service que j'émettrai ultérieurement.

¹ Formulaire non obligatoire disponible, avec sa notice explicative, sur le site du ministère chargé de l'Économie.

E - Retenue de garantie ou garantie à première demande.

(En cas d'allotissement, cette rubrique est à renseigner pour chacun des lots de la procédure de passation du marché public ou de l'accord-cadre qui est notifié. Préciser pour chaque lot, son numéro et son intitulé tels qu'ils figurent dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

Le marché public ou l'accord-cadre qui vous est notifié comporte :
(Cocher la ou les cases correspondantes.)

- ☐ aucune retenue de garantie ou garantie à première demande.
- ☐ une retenue de garantie d'un montant de% du montant initial du marché public ou de l'accord-cadre, que vous pouvez remplacer par :
 - ☐ une garantie à première demande.
 - ☐ une caution personnelle et solidaire.
- ☐ une garantie à première demande en garantie du remboursement d'une avance supérieure à 30%. Vous ne pourrez recevoir cette avance qu'après avoir constitué cette garantie.
- ☐ (pour les collectivités territoriales uniquement.) une garantie à première demande en garantie du remboursement de toute ou partie d'une avance inférieure ou égale à 30%.
 - ☐ vous pouvez remplacer cette garantie à première demande par une caution personnelle et solidaire.

F - Pièces jointes à la présente notification.

(En cas d'allotissement, cette rubrique est à renseigner pour chacun des lots de la procédure de passation du marché public ou de l'accord-cadre qui est notifié. Préciser pour chaque lot, son numéro et son intitulé tels qu'ils figurent dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

Vous trouverez ci-joints :
(Cocher la case correspondante.)

- ☒ une photocopie de l'acte d'engagement avec ses annexes.

G - Signature du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).

A Ambrun , le 18 Novembre 2013

Signature
(représentant du pouvoir adjudicateur ou de l'entité adjudicatrice
habilité à signer le marché public ou l'accord-cadre)


Centre Hospitalier
Ambrun - St Remy en Roques

H - Notification du marché public ou de l'accord-cadre au titulaire.

■ En cas de remise contre récépissé :

Le titulaire signera la formule ci-dessous :

« Reçue à titre de notification copie du présent marché public ou accord-cadre »

A, le

Signature du titulaire,

■ En cas d'envoi en lettre recommandé avec accusé de réception :

(Coller dans ce cadre l'avis de réception postal, daté et signé par le titulaire du marché public ou de l'accord-cadre.)

■ En cas de notification par voie électronique :

(Indiquer la date et l'heure d'accusé de réception de la présente notification par le titulaire du marché public ou de l'accord-cadre.)

MARCHES PUBLICS

DC3

ACTE D'ENGAGEMENT¹ EVA2013

Le formulaire DC3 est un modèle d'acte d'engagement qui peut être utilisé par les candidats aux marchés publics ou accords-cadres pour présenter leur offre. Il est conseillé aux acheteurs publics d'adapter l'objet de la consultation et le code CPV principal figurant à la rubrique A ainsi que la rubrique D avant de mettre le DC3 à la disposition des candidats dans les documents de la consultation.

En cas d'allotissement, le candidat remplit un document par lot auquel il soumissionne.

Le candidat remplit un imprimé pour chaque offre variante ou chaque offre avec prestations supplémentaires ou alternatives.

En cas de candidature groupée, un document unique est rempli pour le groupement d'entreprises.

A - Objet de la consultation et de l'acte d'engagement.

■ Objet de la consultation :

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

EVALUATION EXTERNE

Le marché se déroulera à compter de la notification du marché pour une durée de 12 mois.

■ Code CPV principal :

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

79419000-4

■ Cet acte d'engagement correspond :

(Cocher les cases correspondantes.)

1.

☒ à l'ensemble du marché public ou de l'accord-cadre (en cas de non allotissement).

☐ au lot n°.....de la procédure de passation du marché public ou de l'accord-cadre (en cas d'allotissement) :

(Indiquer l'intitulé du lot tel qu'il figure dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

2.

☒ à l'offre de base.

☐ à la variante suivante :

☐ aux prestations supplémentaires ou alternatives² suivantes :

¹ Formulaire non obligatoire disponible, avec sa notice explicative, sur le site du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi.

² Jusqu'en 2009, les « prestations supplémentaires ou alternatives » étaient désignées sous les termes « options techniques ».

B - Engagement du candidat.

B1 - Identification et engagement du candidat :

(Cocher les cases correspondantes.)

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché public ou de l'accord-cadre suivantes,

- ☒ CCAP n°EVA2013.....
- ☒ CCAG : Le cahier des Clauses Administratives Générales (C.C.A.G.) applicable aux marchés publics de prestations intellectuelles (Arrêté du 16 septembre 2009)
- ☐ CCTP n°EVA2013.....
- ☐ Autres :

et conformément à leurs clauses et stipulations,

☐ Le signataire

☒ s'engage, sur la base de son offre et pour son propre compte ;

ADQ Conseils – 6 rue des Lilas – 57200 Blies Ebersing
Tél : 06 77 52 31 95 – Fax : 0387980911 – mh@adq-conseils.fr
Siret : 48019321800017

☐ engage la société sur la base de son offre ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]

☐ L'ensemble des membres du groupement s'engagent, sur la base de l'offre du groupement ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET. Identifier le mandataire désigné pour représenter l'ensemble des membres du groupement et coordonner les prestations.]

à livrer les fournitures demandées ou à exécuter les prestations demandées :

☐ aux prix indiqués ci-dessous ;

☐ Taux de la TVA :

☐ Montant hors taxes² :

Montant hors taxes arrêté en chiffres à :

Montant hors taxes arrêté en lettres à :

☐ Montant TTC³ :

Montant TTC arrêté en chiffres à :

Montant TTC arrêté en lettres à :

OU

☒ aux prix indiqués dans l'annexe financière jointe au présent document.

² Le montant de l'offre établie à partir de prix unitaires est calculé par référence à la quantité estimée dans l'avis d'appel public à la concurrence.
³ Ne pas remplir lorsque les règles de TVA intracommunautaire prévoient le paiement de la TVA par l'acheteur. Dans ce cas, celui-ci doit indiquer son numéro d'identification au titulaire avant la date de facturation.

B2 - Répartition des prestations (en cas de groupement conjoint) :

(Les membres du groupement conjoint indiquent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d'entre eux s'engage à réaliser.)

Désignation des membres du groupement conjoint	Prestations exécutées par les membres du groupement conjoint	
	Nature de la prestation	Montant HT de la prestation

B3 - Compte (s) à créditer :

(Joindre un ou des relevé(s) d'identité bancaire ou postal.)

■ Nom de l'établissement bancaire :
BNP PARIBAS

■ Numéro de compte :
30004004520001007224396

B4 - Avance (article 87 du code des marchés publics) :

Je renonce au bénéfice de l'avance :
(Cocher la case correspondante.)



NON



OUI

B5 - Durée d'exécution du marché public ou de l'accord-cadre :

La durée d'exécution du marché public ou de l'accord cadre est de 12 mois à compter de :
(Cocher la case correspondante.)



la date de notification du marché public ou de l'accord-cadre ;



la date de notification de l'ordre de service ou du premier bon de commande ;



la date de début d'exécution prévue par le marché public ou l'accord-cadre lorsqu'elle est postérieure à la date de notification.

B6 - Délai de validité de l'offre :

Le présent engagement me lie pour le délai de validité des offres indiqué dans le règlement de la consultation, la lettre de consultation ou l'avis d'appel public à la concurrence.

B7 - Origine et part des fournitures :

(Indications à fournir pour les seuls marchés ou accords-cadres de fournitures des entités adjudicatrices : article 159 du code des marchés publics.)

L'offre présentée au titre du présent marché public ou accord-cadre contient des fournitures en provenance de :
(Cocher la case correspondante et indiquer le pourcentage.)

- ☐ Pays de l'Union européenne, France comprise :%.
- ☐ Pays membre de l'Organisation mondiale du commerce signataire de l'accord sur les marchés publics (Union européenne exclue) :%.
- ☐ Autre :%.

C - Signature de l'offre par le candidat.

Nom, prénom et qualité du signataire (*)	Lieu et date de signature	Signature
Marc HOLZHAMMER, Gérant	Blies Ebersing, le 13 juillet 2013	 A.D.Q. CONSEIL 6 rue des Lilas 57200 BLIES EBERSING Tél. 06 77 52 31 95 Email : mh@adq-conseils.fr

(*) Le signataire doit avoir le pouvoir d'engager la personne qu'il représente.

D - Identification du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).

■ Désignation du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice) :

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

GROUPEMENT DE COMMANDES

Centre Hospitalier des Marches de Bretagne

9 rue de Fougères

35560 ANTRAIN

Tél. : 02 99.98 46 75.

Fax : 02 99 98 46 17.

■ Nom, prénom, qualité du signataire du marché public ou de l'accord-cadre :

(Le signataire doit avoir le pouvoir d'engager la personne qu'il représente.)

Madame BETTLER, Directrice de l'Etablissement Coordonnateur

■ Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l'article 109 du code des marchés publics (nantissements ou cessions de créances) :

(Indiquer l'identité de la personne, ses adresses postale et électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie.)

Madame BETTLER, Directrice de l'Etablissement Coordonnateur – Centre Hospitalier des Marches de Bretagne – 9 rue de Fougères – 35560 ANTRAIN ☎ 02.99.98.31.33 📠 02.99.98.46.17

■ Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire :

(Joindre une annexe récapitulative en cas de pluralité de comptables.)

Mesdames et Messieurs les Trésoriers des Etablissements adhérant au Groupement de Commandes

■ Imputation budgétaire :

Budget E

E - Décision du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).

La présente offre est acceptée. pour un montant de 21450,00 € H.T.
Vingt et un mille quatre Cent Cinquante euros.

Elle est complétée par les annexes suivantes :

(Cochez la case correspondante.)

- ☐ Annexe n°... relative à la présentation d'un sous-traitant (ou DC4) ;
- ☐ Annexe n°... relative aux demandes de précisions ou de compléments sur la teneur des offres (ou OUV4) ;
- ☐ Annexe n°... relative à la mise au point du marché (ou OUV5) ;
- ☒ Autres annexes (A préciser) ; *Devis et Calendrier*

Pour l'Etat et ses établissements :

(Visa ou avis de l'autorité chargée du contrôle financier.)

A : Antrain, le *18... Novembre 2013*

Signature

(représentant du pouvoir adjudicateur ou de l'entité adjudicatrice
habilité à signer le marché public ou l'accord-cadre)

La Directrice de l'Etablissement Coordonnateur,

J. BETTLER

Antrain - St Simeon en Cloges

Composition Comité de direction Loysance, ANTRAIN
--

Maire d'Antrain :

- ◆ Madame CLOSSAIS

Equipe de direction :

- ◆ Madame BETTLER, Directrice
- ◆ Madame BEASSE, Directrice adjointe référente du site d'Antrain
- ◆ Madame CONSTANCY, Directrice adjointe référente du site de Saint Brice-en-Coglès
- ◆ Madame LE FLOCH, Directrice adjointe QGR
- ◆ Madame PETITPAS, Cadre supérieur de santé

Cellule qualité :

- ◆ Madame LAURENT, Qualificienne
- ◆ Madame PRIOUL, Assistante qualité
- ◆ Madame FAVRON, Stagiaire qualité

Equipe d'encadrement :

- ◆ Madame LEGROS, Cadre de santé (niveau 2)
- ◆ Monsieur CAZIN, Cadre de santé (niveau 1)

Médecin coordonnateur :

- ◆ Docteur ILLES

Composition Comité de direction Hameaux du Coglais, Saint Brice-en-Coglès

Maire de Saint Brice-en-Coglès et Président du Conseil de surveillance :

- ◆ Monsieur DUBREUIL

Equipe de direction :

- ◆ Madame BETTLER, Directrice
- ◆ Madame CONSTANCY, Directrice adjointe référente du site de Saint Brice-en-Coglès
- ◆ Madame BEASSE, Directrice adjointe référente du site d'Antrain
- ◆ Madame LE FLOCH, Directrice adjointe QGR
- ◆ Madame PETITPAS, Cadre supérieur de santé

Cellule qualité :

- ◆ Madame LAURENT, Qualificienne
- ◆ Madame PRIOUL, Assistante qualité
- ◆ Madame FAVRON, Stagiaire qualité

Equipe d'encadrement :

- ◆ Madame HUBERT, Cadre de santé EHPAD Hébergement permanent
- ◆ Madame BERTEL, Cadre de santé EHPAD Unité Alzheimer
- ◆ Madame DELEURME, Cadre de santé EHPAD Accueil temporaire