

# Rapport d'évaluation externe



**EHPAD RÉSIDENCE LES ACACIAS**  
13, Avenue des Acacias  
35420 SAINT-GEORGES-DE-REINTEMBAULT

**FINESS 35000244**

Par A.D.Q. Conseils

Habilitation ANESM n° H2010-03-351



<b>1. ÉLÉMENTS DE CADRAGE .....</b>	<b>3</b>
1.1. PRESENTATION DE L'ORGANISME EVALUATEUR.....	3
1.2. PRESENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT EVALUE .....	3
1.3. CONTEXTE INSTITUTIONNEL.....	4
1.4. ORGANISATION .....	5
1.5. ÉLÉMENTS LIES AUX PERSONNES ACCUEILLIES .....	7
1.6. ENVIRONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT .....	8
<b>2. DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE .....</b>	<b>10</b>
2.1. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION EXTERNE .....	10
2.2. CADRE LEGAL DE L'ÉVALUATION .....	10
2.3. PROCEDURE D'ÉVALUATION, ORGANISATION ET DIFFICULTES.....	10
2.4. LES ETAPES DE L'ÉVALUATION .....	11
2.5. LES SOURCES D'INFORMATION .....	11
<b>3. CADRE EVALUATIF .....</b>	<b>14</b>
3.1. CADRE LEGAL DE REFERENCE.....	14
3.2. RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES APPLICABLES .....	17
3.3. SOURCES DOCUMENTAIRES .....	18
3.4. QUESTIONNEMENT EVALUATIF.....	18
<b>4. ANALYSE ET PRECONISATIONS.....</b>	<b>19</b>
4.1. SYNTHESE DU REFERENTIEL D'ÉVALUATION. ....	19
4.2. APPRECIATION GLOBALE DES ACTIVITES ET DE LA QUALITE DES PRESTATIONS (DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECTION 2) 20	
4.3. ANALYSE DES ACTIONS REALISEES SUITE A L'ÉVALUATION INTERNE (DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECTION 2) .....	24
4.4. CONSTATS, ANALYSES ET PRECONISATIONS SELON LE REFERENTIEL D'ÉVALUATION .....	26
<b>5. CONCLUSIONS.....</b>	<b>48</b>
<b>6. ANNEXES .....</b>	<b>49</b>
6.1. SYNTHESE 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). ....	49
6.2. ABREGE DU RAPPORT.....	54
6.3. COMPOSITION DE L'EQUIPE D'ÉVALUATION .....	60
6.4. ENGAGEMENT DE DEONTOLOGIE .....	62
6.5. DECLARATION SUR L'HONNEUR DES EVALUATEURS.....	63
6.6. CALENDRIER DE REALISATION.....	64
6.7. CONTRAT D'ÉVALUATION EXTERNE ET QUESTIONNAIRE EVALUATIF .....	66

## 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](mailto: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 Résidence Les Acacias  
35420 ST GEORGES DE REINTEMBAULT  
Responsable de l'établissement : Madame Josiane BETTLER  
Réfèrent pour l'évaluation  
externe : Mademoiselle Michèle LE FLOCH  
Coordonnées :  
Organisme gestionnaire : EHPAD Résidence Les Acacias  
35420 ST GEORGES DE REINTEMBAULT  
Responsable de l'organisme : Madame Josiane BETTLER  
Réfèrent pour l'évaluation  
externe : Mademoiselle Michèle LE FLOCH  
Coordonnées :  
Forme juridique : Établissement public médico-social  
N° Siret : 263 500 258 000 11  
N° d'autorisation :  
Date prévisionnelle de  
renouvellement :  
Nombre de places/lits : 110 dont 1 place d'hébergement temporaire

## 1.3. Contexte institutionnel

### 1.3.1. Historique de l'établissement

La Résidence Les Acacias, est un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) public autonome, situé à Saint-Georges-de-Reintembault. Il dispose de 109 places d'hébergement permanent et 1 place d'hébergement temporaire.

Le décret du 30 mai 1900 a autorisé la création de l'hôpital-hospice de Saint Georges-de-Reintembault, qui a ouvert ses portes en 1904. Dirigé par les religieuses de la communauté d'Avranches, puis par celles de Rillé (Fougères), l'établissement comptait au départ 16 lits. Il avait vocation à accueillir les personnes indigentes et âgées.

Entre 1933 et 1978, l'établissement augmente sa capacité d'accueil pour atteindre 120 lits.

En 1983, l'hospice est transformé en maison de retraite dans le cadre de la politique d'humanisation des établissements accueillant des personnes âgées. Il fait l'objet d'un projet de construction en 1989. Un nouveau bâtiment ouvre ses portes en 1991, avec une capacité d'accueil ramenée à 110 lits autorisés (108 installés), répartis en 102 chambres individuelles et 4 chambres doubles.

La configuration présente alors deux corps de bâtiments accolés, l'un de 1978, l'autre de 1991, mais d'architecture et d'agencement très distincts. L'hébergement des résidents est à l'époque réparti sur trois niveaux : 28 lits au rez-de-chaussée et 40 à chacun des deux étages.

L'EHPAD Résidence Les Acacias a signé une convention tripartite avec le Département et l'État :

- Convention 1ère génération : 1er Juillet 2005,
- Convention 2ème génération : 1<sup>er</sup> décembre 2010.

### 1.3.2. Contexte actuel

En 1999, un nouveau projet de réhabilitation, rénovation et extension des bâtiments est acté. L'établissement reste réparti sur trois niveaux, mais connaît un rééquilibrage entre les trois étages : 36 lits au rez-de-chaussée et 37 lits à chacun des deux étages. La capacité d'accueil autorisée est maintenue à 110 lits. Les surfaces des locaux communs à l'usage des résidents sont augmentées.

Le 1er avril 2012, l'EHPAD Résidence Les Acacias signe une convention de direction commune avec le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne (CHMB). Le CHMB est issu de la fusion, au 1<sup>er</sup> janvier 2012, des hôpitaux de Saint Brice-en-Coglès et d'Antrain, situés à proximité de l'établissement.

La direction commune a permis :

- o la mutualisation des moyens et l'amélioration continue de la qualité,
- o la gestion des gardes administratives par le biais d'une convention,
- o le partage de compétences spécialisées dans les domaines administratifs, conduite de travaux, ressources humaines et qualité,
- o la mise en commun des achats dans le cadre du groupement d'achats USSIVA, créé à l'initiative du CHMB en 1994, pour les marchés de fournitures et de services.



## 1.4. Organisation

### 1.4.1. L'équipe de professionnels

Effectifs autorisés en 2010 : 62,72 ETP

**Effectifs réels au 01/01/2014 : 62,72 ETP**

1. Direction et administratif : 4,00 ETP
2. Services généraux : 6,75 ETP
3. Animation : 1 ETP
4. Aide à la personne : 20,50 ETP
5. Aides-soignants : 24,47 ETP
6. Infirmiers : 5,00 ETP
7. Médecin coordonnateur : 0,50 ETP
8. Psychologue : 0,50 ETP

### 1.4.2. Organigramme

L'équipe de direction, composée de la Directrice du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, de trois adjointes, et d'un cadre supérieur de santé, s'est répartie les responsabilités comme suit :

- Madame BETTLER, directrice générale, en charge des finances et du pilotage des projets,
- Madame BEASSE, directrice adjointe, responsable des ressources humaines et des affaires générales, référente du site d'Antrain,
- Madame CONSTANCY, directrice adjointe, responsable des services techniques, logistiques, informatiques et économiques, référente du site de Saint Brice-en-Coglès,
- Madame LE FLOCH, directrice adjointe, responsable de la qualité, la clientèle et la communication, Référente du site de Saint Georges-de-Reintembault,
- Madame PETITPAS, cadre supérieure de santé, responsable de l'organisation des soins, en lien avec Madame BOUILLON, cadre de santé à la Résidence Les Acacias.



Résidence Les Acacias

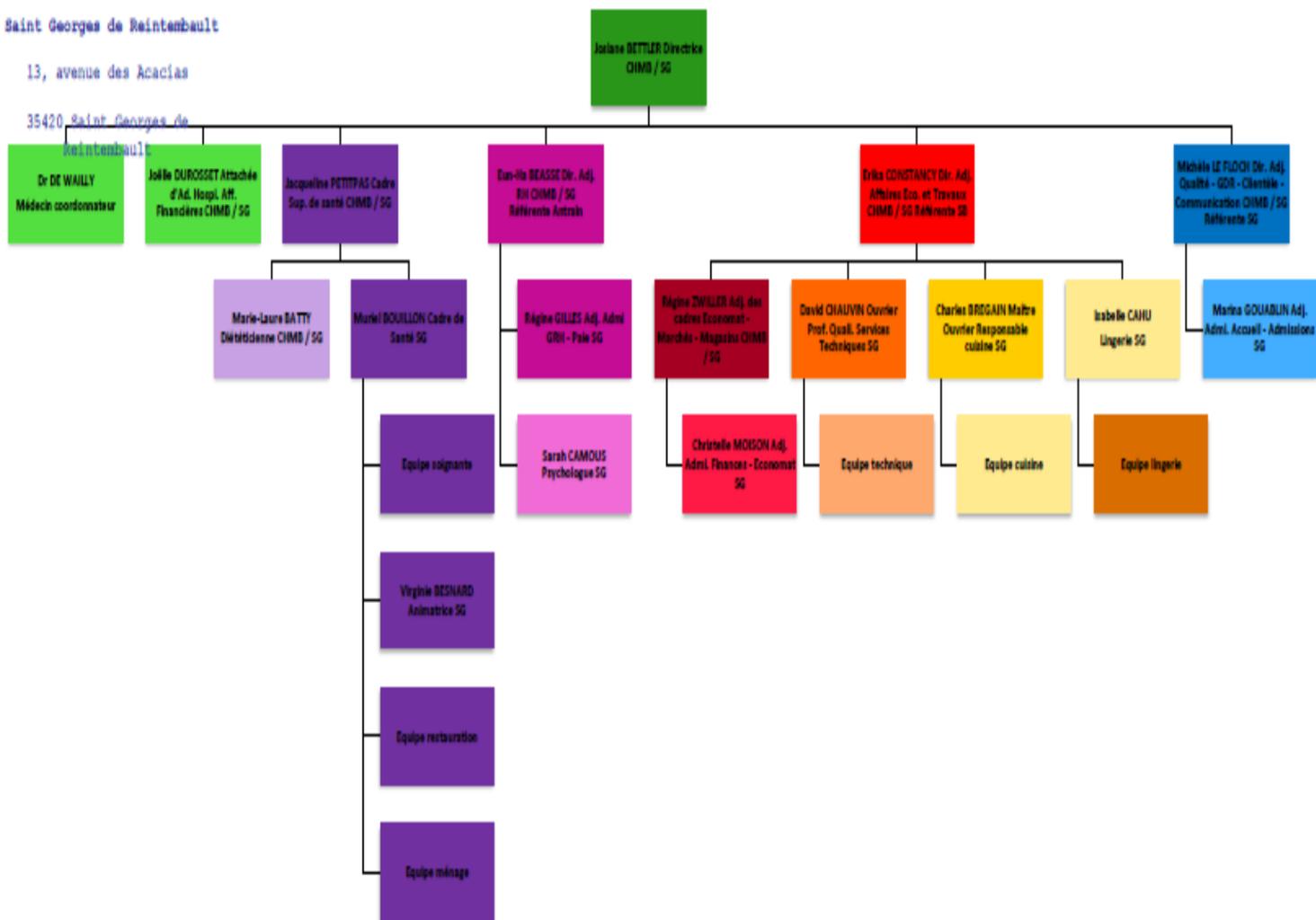
# Organigramme de la Résidence Les Acacias

(Mis à jour 28.01.2014)

Saint Georges de Reintembault

13, avenue des Acacias

35420 Saint Georges de Reintembault



## 1.5. Éléments liés aux personnes accueillies

### 1.5.1. Approche quantitative

Au 4<sup>ème</sup> trimestre 2013, sur les 110 lits autorisés, 108 personnes résidaient au sein de l'établissement.

#### Répartition des résidents par tranche d'âge en 2013

	FEMMES	HOMMES	TOTAL	POURCENT AGE
Moins de 60 ans			0	0
60 à 69 ans	1	1	2	1,85%
70 à 79 ans	5	9	14	12,96%
80 à 89 ans	36	16	52	48,15%
90 à 99 ans	32	7	39	36,11%
100 ans et plus	1		1	0,93%
Plus de 60 ans (sous-total)	75	33	108	100,00%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>75</b>	<b>33</b>	<b>108</b>	<b>100,00%</b>

Pourcentage de femmes : 69,44%

Pourcentage d'hommes : 30,56%

Moyenne d'âge des femmes : 88 ans et 1 mois

Moyenne d'âge des hommes : 83 ans et 3 mois

Moyenne d'âge de l'ensemble des résidents : 86 ans et 10 mois

#### Mouvements de la population en 2013

<b>Présents au 01.01.2013</b>	<b>106</b>
<b>Admissions</b>	<b>35</b>
- directement du domicile	4
- directement du domicile des enfants	1
- d'un autre établissement médico-social	6
- directement d'un établissement de soins	24
- ...	
<b>Sorties définitives</b>	<b>33</b>
- retour au domicile	1
- autre établissement	1
- hospitalisation suivie d'un décès à l'hôpital	6
- décès dans l'établissement	25
- ...	
<b>Présents au 31.12.2013</b>	<b>108</b>
<b>Nombre de Journées Absences en réservation</b>	<b>632</b>
- hospitalisation	487
- vacances en famille	145
- ...	

Un peu plus des 2/3 des admissions se font à l'issue d'une hospitalisation. Les ¾ des résidents restent à l'EHPAD jusqu'à leur fin de vie, 18 % des sorties définitives sont causées par une hospitalisation.

### Évolution de l'activité depuis 5 ans

	Année 2009	Année 2010	Année 2011	Année 2012	Année 2013
Hébergement permanent			39 078	39 555	39 419
Accueil temporaire	36 975	38 697	257	0	208
Total	36 975	38 697	39 335	39 555	39 627
Taux d'occupation	92,09%	96,38%	97,97%	98,52%	98,70%

## 1.5.2. Approche qualitative

### Répartition par GIR (département 35 et hors département)

Origine	Nombre de résidents présents au 31/12/2013							GMP des présents au 31/12/2013
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total	
Total département 35	5	16	15	17	12	0	65	592,00
Autres départements	9	11	7	12	4	0	43	672,09
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>27</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>108</b>	<b>623,89</b>

1/3 des résidents est en GIR 1 et 2.

## 1.6. Environnement de l'établissement

### 1.6.1. Aspects architecturaux

L'établissement dispose de 110 chambres individuelles, dont 4 sont communicantes et 44 sont équipées de douches. Ces chambres sont desservies par trois ascenseurs et disposent d'une salle de soins par niveau.

Un projet d'unité Alzheimer a été élaboré lors des travaux. Cependant, le projet a avorté en l'absence de financement supplémentaire pour les effectifs requis en personnel soignant. Les 10 lits prévus sont donc aujourd'hui des lits d'EHPAD classiques.

Un parc entoure l'établissement, dont l'aménagement fait l'objet d'un projet en cours d'élaboration, dans le cadre d'une réponse à un appel à projet. Il est entretenu par l'équipe technique et de maintenance.

La chambre mortuaire a été mise en fonction fin 2012. Elle est équipée d'une table réfrigérée et d'une chambre froide. Elle dispose d'une entrée indépendante et d'un salon d'accueil attenant pour les familles.

La cuisine est non conforme aux exigences HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point). Un projet de réfection est en cours d'étude.

Suite à l'évaluation interne, à l'audit relatif à la qualité de vie au travail et à la dynamique de conduite de projets, de nombreux investissements ont été réalisés en 2012 et 2013 :

- la réfection de la salle de restaurant et le changement de l'ensemble du mobilier ;
- la réfection des salles de bains avec l'installation de nouvelles baignoires adaptées aux besoins des résidents ;
- la remise aux normes des couloirs et des ascenseurs ;
- le réaménagement de la lingerie ;
- la réfection des chambres.

Plusieurs autres projets sont en cours d'étude pour 2014, tels que :

- la mise en place d'une signalétique intérieure et extérieure adaptée, et la révision des différents affichages dans l'établissement ;
- l'aménagement des espaces extérieurs en adaptation aux capacités de déplacement des résidents, l'aménagement paysager ;
- la création d'un espace dédié aux familles et d'un espace multimédia ;
- l'achat d'un véhicule adapté aux personnes à mobilité réduite ;
- etc.

## 1.6.2. Implantation et contexte local et régional

La Résidence Les Acacias est située à Saint Georges-de-Reintembault, au sein du canton de Louvigné-du-Désert, dans le Pays de Fougères, au nord-est du département de l'Ille-et-Vilaine. L'établissement est à la croisée de trois régions : Bretagne, Basse-Normandie et Pays-de-Loire, dans le secteur sanitaire 5 – Rennes / Fougères / Vitré / Redon.

L'offre en lits d'EHPAD est importante dans un rayon de 30 km autour de l'établissement en Ille-et-Vilaine ou dans la Manche, sur les communes d'Antrain, Avranches, Bazouges-la-Pérouse, Ducey, Fougères, Louvigné-du-Désert, Pontorson, Saint James, Saint Brice-en-Coglès, Saint Hilaire-du-Harcouët, Saint Senier-de-Beuvron, Tremblay..., soit au total plus de 1 600 lits<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> **Antrain** (Ille et Vilaine) 23 km : Résidence La Loysance (150 pl) - **Avranches** (Manche) 27 km : EHPAD Résidence du Mottet (44 pl), EHPAD St-Cœur-de-Marie ( 62 pl), EHPAD Arc-en-Sée (69 pl) - **Bazouges-la-Pérouse** (Ille et Vilaine) 34 km : EHPAD Villecartier (93 pl) - **Ducey** (Manche) 15 km : Résidence Delivet (100 pl) - **Fougères** 19 km : EHPAD La Chesnardière (95 pl), Résidence Bel AIR (159 pl) - **Louvigné-du-Désert** (Ille et Vilaine) 10 km : EHPAD St Joseph (109 pl) - **Pontorson** (Manche) 22 km : Résidence Yves Tizon (162 pl) - **Saint James** (Manche) 6,5 km : Résidence Les Tamaris (108 pl) - **Saint-Brice-en-Coglès** ((Ille et Vilaine) 19 km : Résidences Les Hameaux du Coglais (150 pl) - **Saint-Hilaire-du-Harcouët** (Manche) 16 km : EHPAD Logis d'Airon (136 pl) - **Tremblay** (Ille et Vilaine) 25 km : EHPAD Les Landes (138 pl) - Saint-Senier-de-Beuvron (Manche) 11 km : EHPAD Le Beuvron (33 pl) -

## 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 :



## 2.4. Les étapes de l'évaluation

Étape 1 : Préparation de l'évaluation externe		
<i>Contenu de l'étape</i>	<i>Réalisé le</i>	<i>Difficultés rencontrées</i>
Transmission de la liste des documents.	05/02/2014	Pas de difficulté spécifique
Préparation du cadre évaluatif et du planning d'intervention sur site.	23/03/2014	Pas de difficulté spécifique
Validation du cadre évaluatif.	25/03/2014	Pas de difficulté spécifique

Étape 2 : Évaluation sur site (Planning, voir en annexe)		
<i>Contenu de l'étape</i>	<i>Réalisé le</i>	<i>Difficultés rencontrées</i>
Réalisation de la réunion d'ouverture.	07/04/2014	Pas de difficulté spécifique
Entretiens et recueil des informations.	07, 08, 09/04/2014	Pas de difficulté spécifique
Présentation des conclusions.	09/04/2014	Pas de difficulté spécifique

Étape 3 : Rapport		
<i>Contenu de l'étape</i>	<i>Réalisé le</i>	<i>Difficultés rencontrées</i>
Remise du pré-rapport.	07/07/2014	Retard de 2 mois
Remise du rapport final.	31/08/2014	Pas de difficulté spécifique

## 2.5. Les sources d'information

Les professionnels	
<i>Entretiens individuels</i>	<i>Entretiens collectifs</i>
<b>LUNDI 7 AVRIL 2014</b>	
<p><b>Mise en œuvre des soins</b>  <b>Protocoles et procédures</b>  <b>Circuit du médicament</b>            Muriel BOUILLON (Cadre de santé)</p>	<p><b>Dynamique qualité - Évaluation interne</b>  <b>Mise en œuvre du PAQ</b>  <b>Gestion et utilisation des RBPP</b>  <b>Stratégie / Projet d'établissement - Documents légaux</b>  <b>Garantie des droits - Bientraitance</b>            Michèle LE FLOCH (Directrice Adjointe Référente du site)            Muriel BOUILLON (Cadre de santé)</p> <p><b>Pratiques professionnelles</b>            Françoise LEMARCHANDEL (AS) - Adeline ROBINE (AS)            Marie SENECHAL (AS) - Sandrine HAMARD (AS) -            Laurence BOISMARTEL (AS) - Christophe GOBE (AS) -</p>



	<p><b>Participation temps de transmission</b> Muriel BOUILLON (Cadre de santé) - D. OUASBIN Thérèse SOURDIN (IDE) – Patricia CROCHET (IDE) Marie SENECHAL (AS) - Laetitia MAZIER (AS) Chantal BOIVENT (Aide à la personne) - C. NOUVEL</p> <p><b>Organisation des soins</b> Jacqueline PETITPAS (Cadre Supérieure de santé) Muriel BOUILLON (Cadre de santé)</p> <p><b>Cuisine</b> Charles BREGAIN (Chef cuisinier) Erika CONSTANCY (Directrice Adjointe Affaires économiques et travaux) Marie-Laure BATTY (Diététicienne)</p> <p><b>Pratiques professionnelles</b> Colette HAREL (AS) - Vanessa DESDOUETS (AS) - A. RACINAIS</p> <p><b>Gestion des ressources humaines – DUERP – Formations - Organisation collective</b> Eun-Ha BEASSE (Directrice Adjointe Gestion des Ressources Humaines) - Régine GILLES (Adjointe Administrative)</p> <p><b>Pratiques professionnelles</b> A. RACINAIS - Corinne DENOUAL (AS) - Laetitia MAZIER (AS)</p>
--	--

**MARDI 8 AVRIL 2014**

<p><b>Hygiène et entretien des locaux</b> Claudine DELATOUCHE (ASH)</p> <p><b>Prise en soins psychologique</b> Sarah CAMOUS (Psychologue)</p>	<p><b>Pilotage - Ouverture sur l'environnement – Gestion des plaintes - Droits et libertés du résident – Partenariats et réseaux - Prévention maltraitance</b> Michèle LE FLOCH (Directrice Adjointe Référente du site) Muriel BOUILLON (Cadre de santé)</p> <p><b>Maintenance et sécurité</b> <b>Prévention et gestion des risques</b> Erika CONSTANCY (Directrice Adjointe) David CHAUVIN (Services Techniques)</p> <p><b>Accueil téléphonique - Dossiers administratifs</b> Michèle LE FLOCH (Directrice Adjointe Référente du site) Marina GOUABLIN (Agent d'Accueil)</p> <p><b>Pilotage des soins, gestion des chutes, douleur, fin de vie,...</b> Muriel BOUILLON (Cadre de santé) Thérèse SOURDIN (IDE)</p>
---	--



	<p><b>Projet personnalisé</b>  <b>Projet de soins - Dossier de soins</b>  <b>Coordination équipe soignante</b>  <b>Coordination Gériatrique - Projet personnalisé</b>          Dr DE WAILLY (Médecin Coordonnateur)          Muriel BOUILLON (Cadre de santé)</p> <p><b>Transmission de l'information</b>  <b>Protocoles et procédures</b>  <b>Circuit du médicament</b>          Muriel BOUILLON (Cadre de santé) - E. DOUASBIN</p> <p><b>Pratiques professionnelles</b>          Danielle LOYER (AS) - Colette HAREL (AS) - Vanessa DESDOUETS (AS)</p>
--	--

**MERCREDI 9 AVRIL 2014**

<p><b>Vie Sociale</b>          Virginie BESNARD (Animatrice)</p> <p><b>Personnalisation de l'accompagnement</b>          Muriel BOUILLON (Cadre de santé)</p> <p><b>Intervenant extérieur</b>          S. POMMEREUL (Kiné)</p> <p><b>Personnalisation de l'accompagnement</b>          Muriel BOUILLON (Cadre de santé)</p>	<p><b>Sécurité alimentaire, restauration</b>          Brigitte BARRIER (ASH cuisine)          Muriel BOUILLON (Cadre de santé)</p> <p><b>Pratiques professionnelles</b>          Françoise LEMARCHANDEL (AS) -          Laurence BOISMARTEL (AS) - Christophe GOBE (AS)</p> <p><b>Hygiène et entretien des locaux</b>          Odile ROBIDEL (AS) - C. NOUVEL - M. AZIER</p> <p><b>Circuit du linge</b>          Muriel BOUILLON (Cadre de santé) - H. GERVIS          Isabelle CAHU (ASH Blanchisserie)</p>
---	--

<b>Le public</b>
<i>Usagers / Représentants des usagers</i>
<p><b>Expression et participation des usagers et des familles</b>          M. PANNIER - M. MARTIN - Mme LEFEVRE</p>

<b>Les partenaires</b>	
<i>Partenaires locaux</i>	<i>Partenaires institutionnels</i>
<p><b>Intervenant extérieur</b>          S. POMMEREUL (Kiné)</p>	<p><b>Maintien du lien avec l'extérieur (Bénévoles)</b>          Mme LECHABLE - Mme BAMBIN</p>



<b>Éléments documentaires consultés sur site</b>	
<b><i>Documents cadres (conventions, procédures,...)</i></b>	<b><i>Documents opérationnels (dossiers, enregistrements, courriers,...)</i></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Les enquêtes de satisfaction réalisées résidents, familles, personnel,</li><li>- Le Plan de Maîtrise Sanitaire,</li><li>- Le Rapport d'Activité 2013,</li><li>- Les conventions de partenariats signées,</li><li>- Les plans de formations, fiches de poste,</li><li>- L'activité réalisée en 2013 et le taux d'occupation,</li><li>- Le Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016,</li><li>- Un Plan d'actions d'amélioration des conditions de travail en cuisine 2013-2014,</li><li>- Le Compte Rendu du Groupe de Travail Bientraitance,</li><li>- La procédure d'élaboration du PAI,</li><li>- Le Registre de sécurité, le DARDE, le DARI, le Plan Bleu, le carnet sanitaire,</li><li>- Le livret thérapeutique.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le dossier de demande d'admission,</li><li>- Rapports d'inspection,</li><li>- Dossiers administratifs,</li><li>- Dossiers de soins et médicaux,</li><li>- Projets d'Accompagnement Individualisés.</li></ul>

### **3. CADRE EVALUATIF**

#### **3.1. Cadre légal de référence**

##### **3.1.1. Éléments généraux**

- Code civil,
- Code de l'action sociale et des familles,
- Code de la santé publique,
- Code du travail L.4121-3, R. 4121-1,
- Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013,
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
- 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),
- Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 (APA),
- Loi n°95-96 du 1er février 1995 (clauses abusives),
- Loi n°92-614 du 6 juillet 1992 (dépôt d'objets),
- Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions,
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,
- 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,

- Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs vulnérables,
- Instruction interministérielle n° DHOS/E1/DAF/DPA CI/2007/322 du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical,
- 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,
- Circulaire DGAS/SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil,
- Circulaire n°2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et des maltraitements notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables,
- Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée,
- Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement,
- Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge,
- 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,
- 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,
- 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,
- 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,
- Décret n°2011-36 du 10 janvier 2011 relatif à l'installation de détecteurs de fumée dans tous les lieux d'habitation,
- Décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif aux évaluations interne et externe des établissements sociaux et médico-sociaux,
- Décret n°2007-551 du 13 avril 2007 relatif à la prescription par les infirmiers,
- Décret n°2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps de présence,
- Décret n°2007-324 du 8 mars 2007 relatif à l'évaluation,
- Décret n°2007-221 du 19 février 2007 relatif à la qualification des directeurs,
- 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,
- Décret n°2006-929 du 28 juillet 2006 (vidéosurveillance),
- Décret n°2006-938 du 27 juillet 2006 (certificat de décès),
- Décret n°2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements,
- Décret n°2005-768 du 7 juillet 2005 (climatisation),
- Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire,
- 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,
- 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),
- 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),
- 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,

- Décret n° 2001 -1015 du 05.11.2005 et Art L.230-2 et R.230-1 du Code du travail portant sur l'évaluation des risques professionnels et plan d'actions,
- 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,
- 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,
- Arrêté du 30 décembre 2010 relatif aux contrats types des professionnels de santé,
- 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,
- Arrêté du 28 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour 2013,
- 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

- Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance,
- 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,
- Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'hébergement temporaire,
- 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,
- Décret n°2012-493 du 13 avril 2012 relatif au dossier de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,
- Décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour,
- 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,
- Décret 2010 1731 du 30 décembre 2010 sur les intervenants libéraux en EHPAD,
- Décret n°2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR,
- Décret n°2007-399 du 23 mars 2007 relatif à la tarification,
- Décret n°2007-348 du 14 mars 2007 relatif au Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale,
- Décret n°2006-122 du 06 février 2006 (projet de soins palliatifs),
- Décret n°2005-1367 du 2 novembre 2005 (conseil de la vie sociale),
- Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (médecin coordonnateur),
- Décret n°2004-1384 du 22 décembre 2004 (solidarité pour l'autonomie),
- Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 (contrat de séjour),
- Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 (CVS),
- 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,
- 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,
- 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,
- Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD,
- Arrêté du 18 décembre 2012 relatif aux prix des prestations d'hébergement de certains établissements accueillant des personnes âgées,
- 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,
- 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,
- 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,

- 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,
- Arrêté du 25 mai 2011 fixant les valeurs du point des tarifs plafonds applicables aux EHPAD,
- 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,
- 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,
- 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 »

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

### 3.2.2. Recommandations spécifiques

- Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement - ANESM - Février 2011
- Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne - ANESM - Septembre 2011
- Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents en EHPAD - ANESM - Janvier 2012
- Qualité de vie en EHPAD (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident - ANESM - Novembre 2012
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement - ANESM - Février 2009
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement - document réalisé conjointement par l'ANESM et la HAS
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - ANESM - 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 01/01/2014. - Organigramme EHPAD janvier 2014. - Organigramme CH Marches de Bretagne octobre 2013.
Le projet d'établissement et autres documents de référence utilisés : Charte, supports de démarche qualité.	- Projet d'établissement 2009 – 2014. - Chartes.
Le livret d'accueil de l'établissement remis à chaque personne accueillie.	- Livret d'accueil mis à jour en décembre 2013.
Le règlement de fonctionnement.	- Règlement de fonctionnement révisé en 2013.
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 : o 2010 : 2 comptes rendus o 2011 : 2 comptes rendus o 2012 : 2 comptes rendus o 2013 : 3 comptes rendus o 2014 : 1 compte rendu - Procès-verbal des élections familles/personnels/résidents.
Les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité.	- DUERP 2013. - DARI 2013. - Plan Bleu 2013.
Les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation.	- Rapport d'évaluation interne 2012. - Tableau de bord de suivi du PAQ 2013-2017.
Une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne.	- Bilan des actions programmées en 2013 au 03/02/2014.

### 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 :

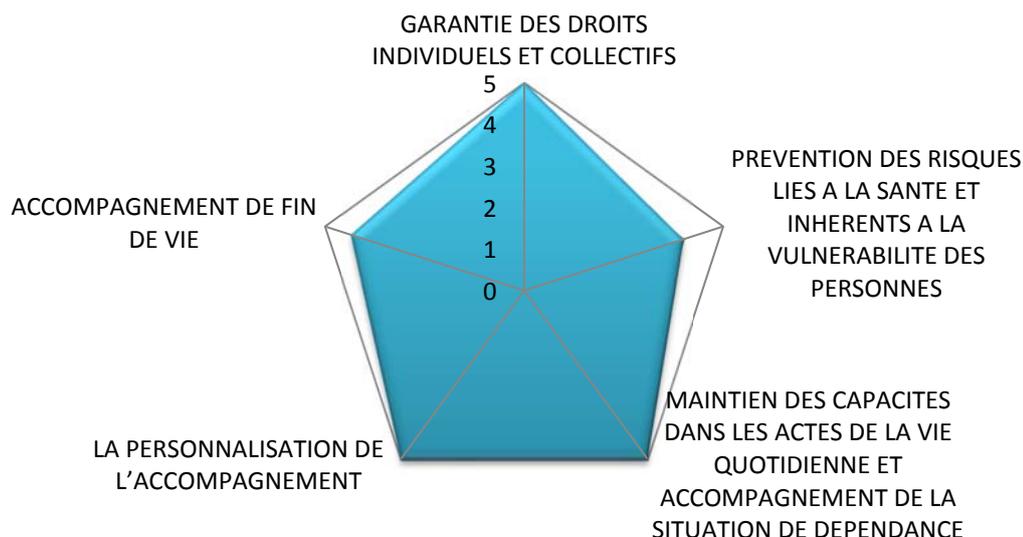
Existence de procédures orales	Fonctionnement stable	Organisation définie planifiée	Organisation suivie et maîtrisée	Amélioration pilotée
« Les choses ne se passent pas si mal »	« Les pratiques sont constantes dans le temps »	« Cela se déroule comme prévu »	« La situation est sous contrôle »	« Les pratiques 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**

Le projet d'établissement 2009-2014 a été établi par un groupe de travail représentatif des différents métiers. La démarche a reposé sur une analyse de la situation et des évolutions futures de l'environnement de proximité.

Ces éléments ont ensuite été complétés par les résultats d'une auto-évaluation réalisée avec l'aide d'un organisme extérieur. Le projet d'établissement s'articule autour de 5 axes :

- Droits, libertés et Bientraitance.
- Animation et vie sociale.
- Communication.
- Projet d'accompagnement personnalisé.
- Soins.

Les valeurs mises en avant par les acteurs de l'établissement sont la promotion de la Bientraitance et le respect de la personne humaine. Ces valeurs sont traduites au sein de chaque volet du projet.

Le projet de vie comprend :

- L'individualisation de la prise en charge avec le PAI,
- l'amélioration de la vie quotidienne des résidents,
- la qualité des prestations transversales (restauration, linge, entretien des locaux...).

Le projet de soins inclut :

- La valeur des soins.
- L'organisation des soins.
- La réalisation des soins.
- Le maintien de l'autonomie.

Le projet d'animation est inclus dans le projet de vie.

Le projet social concerne le recrutement et l'accueil, l'adaptation de l'organisation du travail, l'amélioration de la communication en interne.

La démarche d'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques est transversale.

Les objectifs du projet d'établissement sont cohérents par rapport aux besoins, aux priorités des usagers, et aux missions imparties. Le renouvellement du projet d'établissement débutera en septembre 2014.

### **Cohérence des différents objectifs entre eux**

Les activités déployées sont en adéquation avec les objectifs attendus dans le cadre d'un EHPAD et ceci à tous les niveaux, tant sur le plan de l'hébergement, que des activités d'animation, ou des accompagnements.

Les résidents sont pris en charge par le personnel soignant de l'établissement pour tous les soins liés à la dépendance. Des soignants référents sont nommés pour chaque résident.

Des équipements et matériels adaptés, en nombre suffisant, permettent de suppléer à la baisse d'autonomie des personnes accueillies.

### **Adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place**

L'EHPAD Les Acacias est un établissement public. Il dispose d'un budget autonome. La règle budgétaire suit l'instruction budgétaire et comptable M 21. Le résultat d'exploitation de l'établissement a été excédentaire en 2012 de 213 373,60 €. Cette somme est cependant moins importante qu'en 2011, puisqu'elle s'élevait alors à 478 632,61 €. L'exercice 2012 a permis d'aborder l'année 2013 avec un fond de roulement net global très confortable, permettant d'assurer l'avenir de l'établissement, y compris en investissements.

Le ratio d'encadrement est de 0,57, et les aides-soignantes qualifiées sont trop peu nombreuses au regard du nombre d'agents des services hospitaliers.

Le renouvellement de la convention tripartite devrait intervenir en 2015. Les besoins qualitatifs en compétences ont été listés.

Le plan de formations était lacunaire avant la direction commune avec le CHMB. Il a été planifié par priorisation, car les agents ont exprimé beaucoup de demandes. Les grandes orientations sont définies en équipe de direction, après recensement des besoins lors des entretiens d'évaluation. Près de 90 départs en formation ont eu lieu en 2013 (projet de soins informatisé, les différentes étapes de la vie, les gestes d'urgence, la manutention, le repas en institution, SSIAP Niveau II, l'accompagnement des personnes démentes, les escarres, intimité sexualité en institution, etc.). A chaque retour de formation, l'agent formé en fait une restitution à l'équipe. L'EHPAD bénéficie de formations communes avec le CHMB, mutualisées en fonction des thèmes et des besoins.

Un effort de professionnalisation est à souligner, avec 2 ASH qui partent en formation AS en septembre.

### **Existence et pertinence de dispositifs de gestion et de suivi**

Les services économiques procèdent à un suivi des ressources et des dépenses au moyen de tableaux de bord de gestion :

- amortissements,
- emprunts,
- gestion des stocks.

Un adjoint des cadres du CHMB supervise le travail des services économiques avec une mission de contrôle et d'aide, à hauteur de 0.2 ETP.

Elle a préparé la dématérialisation de la facturation et des règlements, qui a démarré le 14 avril 2014, afin de supprimer le papier pour ces opérations.

L'activité est suivie via plusieurs indicateurs mis en place :

- Activité en jours.
- Hospitalisations.
- Évolution du GMP.

L'établissement suit régulièrement les indicateurs et le taux d'occupation figurant dans le rapport d'activité annuel.

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

L'évaluation de l'atteinte des objectifs du projet d'établissement est assurée par un groupe pilote, animé par un consultant extérieur. L'actuel projet arrivant à échéance, le processus de renouvellement débutera dès le mois de septembre 2014. La réalisation des actions d'amélioration du PAQ est suivie par un comité de pilotage qui se réunit chaque trimestre.

L'évolution de l'état de santé et de l'autonomie des résidents est appréciée quotidiennement et reportée dans l'outil informatique de gestion des soins, dit Projet de Soins Informatisé (PSI). Des réunions régulières sont organisées et un staff a lieu tous les jeudis de 13h30 à 15h30 pour l'élaboration des PAI. Des réunions du groupe nutrition avec la diététicienne, la référente nutrition et la cadre de santé sont organisées une fois par mois.

Par ailleurs, une réunion interservices a lieu tous les 2 mois pour le site.

Une enquête de satisfaction a été menée en 2012 auprès des résidents et de leurs familles dans le cadre de la démarche d'évaluation interne, autour des thématiques suivantes :

- La prestation au sein de la Résidence (thématique à laquelle le répondant attache le plus d'importance).
- La communication et l'information.
- La vie sociale de l'établissement.
- La personnalisation de l'accompagnement.
- Les soins.
- La sécurité et la sécurité des espaces.
- La perception globale de l'établissement.

Une nouvelle enquête est prévue en 2014. Le questionnement a été retravaillé afin d'être plus pertinent. Deux questionnaires différents, un pour les résidents, l'autre pour les familles, seront diffusés après l'été.

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

Une seule Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'ANESM est à la disposition des professionnels dans la salle de pause, le volet 4 de la "Qualité de vie en EHPAD - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident - Novembre 2012".

La communication et la sensibilisation autour des Recommandations ne sont pas formalisées, ni effectuées de manière systématique. Les professionnels ne connaissent pas les RBPP. Les pratiques professionnelles reflètent cependant une attitude bienveillante des équipes vis-à-vis des résidents.

L'établissement a bonne réputation et ne connaît pas de problème d'activité. Il ne sélectionne pas les futurs résidents en fonction du niveau de dépendance, mais selon la charge en soins, notamment la nuit. Les conseillères en gérontologie du Pays de Fougères, les médecins libéraux, les kinésithérapeutes, font un bon retour et adressent des résidents. Les familles envoient fréquemment des courriers de remerciements, notamment après un décès, et gardent le contact.

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

Les indicateurs en lien avec l'accompagnement sont analysés régulièrement : nombre de décès dans et hors de l'établissement, prise en charge par spécialités médicales, chutes, contentions, nutrition et type d'alimentation, incontinence, escarres, etc.

Sur la première page du logiciel PSI, tous les agents ont accès à la liste des entrées et sorties, hospitalisations, rendez-vous extérieurs, absences diverses, animations du jour, anniversaires, informations ponctuelles. Tous les professionnels ont accès à l'intranet, mais aucun système de gestion documentaire informatisé n'existe.

Le livret d'accueil à destination des nouveaux salariés et des stagiaires est en cours d'élaboration et devrait être opérationnel en fin d'année. À ce jour, la cadre de santé reçoit chaque nouveau salarié en entretien, lui remet la Charte de Bientraitance, lui fait visiter l'établissement, et lui remet sa tenue de travail.

De nombreux documents sont mis à disposition en salle du personnel :

- le livret d'accueil, le dossier de demande d'admission, les tarifs, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le formulaire « personne de confiance », le numéro vert maltraitance, le règlement intérieur de la chambre mortuaire,
- le projet d'établissement, le rapport d'évaluation interne, un organigramme,
- les plannings, les formations proposées sur l'année, des formulaires d'inscription,
- des notes de service, la liste d'astreinte, les postes vacants,
- des conférences, des avis de naissance et de décès, des lettres de remerciements des familles, des tracts syndicaux, des formulaires d'adhésion aux mutuelles,
- la liste des bénévoles avec leur photo, la liste des résidents abonnés au journal.

Jusqu'en 2013, les téléphones étaient dans les couloirs, obligeant les professionnels à se déplacer jusqu'au combiné pour prendre la communication. Aussi, des téléphones DECT ont été mis en place en 2013 à raison de 2 par étage pour l'équipe soignante. Les IDE ont quant à elles chacune un téléphone.

L'établissement a estimé le besoin en temps soignant supplémentaire afin de mettre en œuvre les objectifs suivants :

- Améliorer le suivi psychologique.
- Diminuer l'amplitude horaire entre la fin du dîner et le début du petit déjeuner.
- Réorganiser le repas du soir : privilégier les repas en salle à manger ou dans les petits salons.
- Organiser des réunions de synthèse tous les 3 mois pour réévaluer l'ensemble des objectifs.

L'organisation du travail en place le soir prévoit de coucher 27 résidents avant le dîner. Même si certains d'entre eux sont réellement fatigués en fin d'après-midi, les effectifs soignants actuels ne permettent pas d'envisager pour ces résidents une mise en sieste et un coucher après le dîner dans des conditions satisfaisantes. Les professionnels ont à gérer un paradoxe, entre le respect du rythme du lever et du coucher des résidents, et la possibilité de mettre en œuvre ces actes non pas dans la précipitation mais de manière bientraitante. Le renouvellement de la Convention tripartite, qui devrait intervenir en 2015, sera l'occasion de demander un renforcement des effectifs soignants afin de mettre en œuvre une organisation différente.

### 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

L'évaluation interne a été l'occasion de procéder à un bilan à mi étape de la réalisation des objectifs du projet d'établissement 2009-2014. Elle a été menée de mai 2012 à mars 2013 suivant 4 phases :

- Définition du cadre évaluatif : fondements, population, objectifs, ressources, effets attendus.
- Analyse et étude des informations collectées grâce au référentiel et aux questionnaires, et de l'état d'avancement des actions en cours.
- Bilan des enquêtes.
- Rédaction et validation du rapport, définition des modalités de mise en œuvre et de suivi, diffusion, transmission aux autorités.

Un référentiel a été développé en concertation avec l'organisme de formation MQS, à partir d'un référentiel de base consultable sur la plateforme du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine (Aqualie), modifié et adapté en fonction des besoins et attentes de l'établissement. Il balaie l'ensemble des prestations délivrées aux usagers, sur la base des obligations réglementaires, des critères Qualicert, et des RBPP. L'objectif était d'identifier les écarts entre les pratiques réelles et les pratiques attendues.

Un même questionnaire de satisfaction a été présenté aux résidents, aux familles, et aux professionnels. Concernant l'enquête menée auprès des résidents, le taux de retour a été de 75% sur l'ensemble des 58 résidents interrogés. Le taux de retour des familles a été quant à lui de 40%.

Cette enquête n'était cependant pas adaptée aux préoccupations des agents, et n'a donc pas suscité une grande participation des professionnels avec un taux de retour de 52%. Un nouveau questionnaire RH sera mis en place en mai ou juin et envoyé avec les bulletins de salaire.

Un comité de pilotage pluridisciplinaire a été constitué et a défini le périmètre de l'évaluation interne, lequel comprend :

- La garantie des droits individuels et collectifs.
- La prévention des risques liés à la santé et à la vulnérabilité des résidents.
- Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la dépendance.
- La personnalisation de l'accompagnement.
- L'accompagnement de fin de vie.

Les caractéristiques de la population accueillie ont été recueillies et analysées par le Comité de Pilotage.

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

Le Comité de Pilotage a évalué chaque caractéristique et a attribué une cotation afin de définir des marges de progression. Les principaux constats à l'issue de l'évaluation interne sont les suivants :

- **Concernant la garantie des droits individuels et collectifs :**
  - La Charte des droits et libertés de la personne accueillie, ainsi que la Charte Bientraitance, spécifique à l'établissement, sont affichées à l'entrée de l'établissement. Les documents issus de la loi 2002-2 sont remis au nouveau résident lors de son entrée, mais restent peu connus des professionnels.
  - Les professionnels connaissent mal le dispositif du CVS.

- **Concernant la prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents :**
  - Le logiciel PSI était en place depuis 2007 sans définition des droits d'accès. Chaque service transmettait au sein du service avec PSI (cuisine, administration, services techniques...). Le partage d'informations était à optimiser. Un audit de sécurité du système d'information a alors été réalisé, à la suite duquel un plan d'actions a été élaboré et mis en œuvre.
  - Il n'y avait ni procédures, ni protocoles.
  - En l'absence de réunion d'équipe, il a fallu mettre en place un accompagnement de proximité très présent. Le taux d'absentéisme était faible et l'est resté.
  - Il n'y a pas de commission de coordination gériatrique.
  - Le risque infectieux n'avait pas été analysé.
  - La gestion des circuits (démarche HACCP, circuit du linge contaminé,...) n'était pas conforme à la réglementation.
  
- **Concernant le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance,** différents axes ont été mis en avant :
  - Aménager les espaces extérieurs afin d'accroître l'accessibilité pour les personnes âgées (prévu en 2015).
  - Mener une réflexion collective sur les possibilités laissées au résident de choisir et de faire seul afin de prévenir la perte d'autonomie.
  - Adapter l'organisation des soins au rythme des résidents dans le cadre des projets d'accompagnement individualisés (PAI).

Les 12 Recommandations identifiées pour le cadre évaluatif ont représenté une base de réflexion pour mettre en œuvre des actions d'amélioration. Les résultats de l'évaluation interne ont été présentés devant l'ensemble des instances de l'établissement, y compris le CVS.

#### **Mise en œuvre des mesures d'amélioration et d'un échéancier**

La direction a été chargée de l'organisation de la communication interne et externe, de la garantie de son bon déroulement et de l'aboutissement de la démarche. Un Plan d'Amélioration de la Qualité a été élaboré suite aux résultats de l'évaluation interne, ainsi qu'un échéancier 2012-2017. La démarche a permis d'identifier des points forts et 129 points à améliorer. À ce jour, 80 actions ont été réalisées en 2013 soit une atteinte des objectifs à hauteur de 62%, 33 actions sont en cours, 16 ne sont pas réalisées, et 3 ont été annulées.

Les fiches de poste et déroulés de tâches sont élaborés. Cependant, certaines fiches (AS/ASH Nuit, ASHQ Restauration, Cuisine, IDE, etc.) ne sont pas datées. La plupart des fiches ne sont pas signées, ni connues des agents concernés.

Tous les protocoles et procédures sont rédigés, soit par la cadre de santé seule, soit avec un agent du service concerné, puis sont ensuite validés par la directrice adjointe en charge de la qualité.

## Présentation des modalités de suivi et bilan périodique

L'établissement considère la démarche d'évaluation interne comme un levier pour mettre en œuvre un management par la qualité, en s'appuyant sur :

- un bilan,
- une méthodologie,
- une approche rigoureuse,
- une interrogation de la pertinence et du sens de l'action collective.

Les indicateurs retenus sont issus de la Recommandation de Bonnes Pratiques de l'ANESM intitulée « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » publiée en 2012. Un ou plusieurs des processus appliqués sont interrogés afin de répondre aux objectifs d'accompagnement et de soins, d'évaluer leurs effets pour les résidents et de mesurer l'impact du plan d'amélioration mis en place suite à l'évaluation. Un comité de pilotage est chargé du suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration à raison d'une réunion par trimestre.

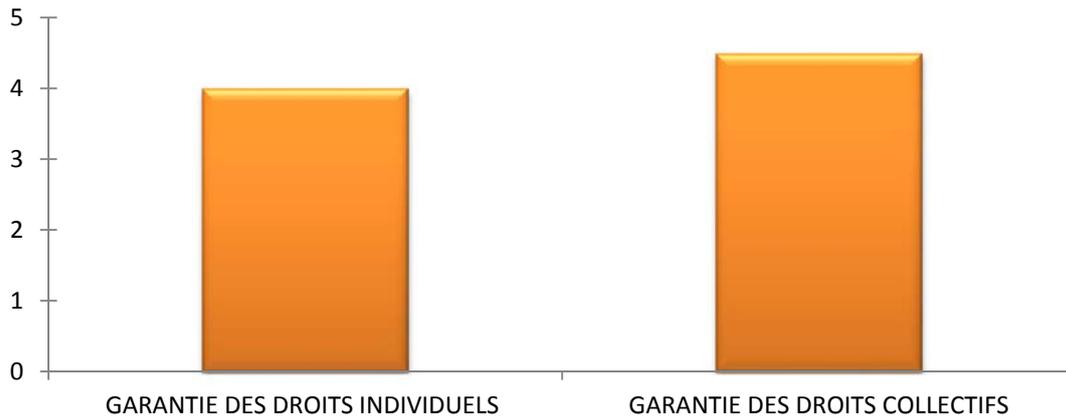
## 4.4. Constats, analyses et préconisations selon le référentiel d'évaluation

### 4.4.1. 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 téléphonique, 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 d'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 1.1 : GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS

#### Analyse

L'accueil physique et téléphonique est adapté à l'activité de l'établissement. L'accueil est ouvert du lundi au jeudi de 9h00 à 18h00 et le vendredi de 9h00 à 17h00. En dehors de ces horaires, les appels basculent sur le téléphone de l'infirmerie. Une documentation sur l'établissement est mise à la disposition de toute personne qui le souhaite.

Le processus d'admission est structuré notamment grâce à la Commission Médicale d'Accueil et d'Orientation du Territoire (mutualisée entre 3 établissements), qui se réunit tous les 15 jours pour étudier les dossiers.

Dans le cas d'une inscription "par précaution", celle-ci est enregistrée sur la liste d'attente qui compte actuellement une vingtaine de demandes. Si une place se libère, elle est proposée en fonction de l'urgence et de l'ordre d'inscription sur la liste d'attente. Les documents suivants sont envoyés lors de l'activation de la demande :

- le contrat de séjour,
- le dossier unique national d'admission,
- le règlement de fonctionnement,
- le formulaire de désignation de la personne de confiance,
- une déclaration de provision en cas de demande d'aide sociale pour information,
- un dépliant relatif à la maltraitance,
- la liste des personnes qualifiées du département,
- une attestation de domicile à compléter,
- l'autorisation du droit à l'image,
- une petite note avec la liste des pièces à apporter le jour de l'entrée.

Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont en général signés le jour de l'entrée.

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie est annexée au règlement de fonctionnement et affichée à l'entrée de l'établissement.

Le consentement à l'entrée dans l'établissement est évalué par le cadre de santé ou par l'IDE.

Le libre choix du médecin traitant est garanti.

Le droit à l'image est respecté.

La liste des personnes qualifiées du département est intégrée dans le règlement de fonctionnement.

Le résident a la possibilité de désigner une personne de confiance sur une feuille prévue à cet effet. Les différents documents sont présentés et expliqués au résident et à sa famille. La participation financière de l'usager est clairement définie par les documents remis et précisée par l'agent d'accueil lors de l'admission. Une trentaine de résidents bénéficie de l'aide sociale.

Les dossiers administratifs sont rangés dans un classeur à tiroir, dans un bureau attenant à l'accueil qui est fermé à clé. Ils contiennent les documents relatifs à l'état civil, aux informations bancaires, à la couverture sociale ainsi que le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour. Tous les règlements de fonctionnement et contrats de séjour sont signés par les résidents ou leurs familles. Les dossiers sont tous méticuleusement rangés, les documents placés dans des pochettes toujours dans le même ordre.

L'agent d'accueil conseille à la famille de venir avec le résident pour visiter l'établissement. Si la personne ne peut pas se déplacer, la cadre de santé se rend auprès du futur résident, dans la limite d'un rayon d'une trentaine de km.

La sexualité des résidents fait l'objet d'une réflexion en équipe. Des couples se forment. Les professionnels essaient d'évaluer le degré de consentement de chaque personne concernée. Une formation sur ce sujet a été dispensée à 4 agents en 2013.

Le droit de vote est respecté. Les moyens nécessaires pour l'exercice de ce droit sont mis en œuvre par l'établissement.

Les résidents qui ne sont pas sous protection juridique disposent librement de leurs biens.

La pratique du culte est respectée. Un culte catholique est célébré tous les lundis matins dans la chapelle au 2<sup>ème</sup> étage par le prêtre de la commune. Aucune demande n'a été formulée pour un autre culte.

Le courrier est distribué quotidiennement.

Beaucoup de familles sont très présentes. Une fête des familles a lieu une fois par an à l'automne, avec un repas, de la musique et un investissement important du personnel. Elle rencontre un grand succès, car tous les ans l'établissement refuse des participants. Les familles sont aussi invitées à la galette des rois, évènement également très apprécié. Enfin, une réunion des familles est organisée une fois par an pour les tenir informées des évolutions de l'établissement.

Les dossiers médicaux papier sont sécurisés dans l'infirmerie fermée par un digicode.

Les renseignements médicaux et de soins des résident sont informatisés et sécurisés avec un code d'accès personnalisé pour chaque professionnel.

## **Sous plan 1.2 : GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS**

### *Analyse*

Une commission des menus se réunit 4 fois par an.

Une commission d'animation existe, mais les résidents n'y participent pas.

Un journal interne "Le petit Bavard", piloté par l'animatrice, est en cours d'élaboration depuis fin mars avec la participation des résidents et du personnel (animatrice, cadre de santé, 2 agents par étage, 8 résidents). La première édition paraîtra prochainement. Trois journaux seront rédigés par an, diffusés à l'ensemble des résidents, au collège, à l'école maternelle, à la mairie et mis à disposition à l'accueil.

Le Conseil de la Vie Sociale se réunit au moins 3 fois par an. Deux panneaux d'affichage sont situés à

chaque niveau avec les notes de service, les comptes rendus de CVS, etc.

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie et la Charte Bientraitance, spécifique à l'établissement, sont affichées à l'entrée de l'établissement. Les documents issus de la loi 2002-2 sont remis au nouveau résident lors de son entrée, mais restent peu connus des professionnels.

Un CHSCT est en place depuis novembre 2012, pour lequel les membres ont bénéficié d'une formation commune à celle des membres du CHSCT du CHMB.

### *Points remarquables du plan*

-  Un référentiel pour l'évaluation interne a été défini sur la base des obligations réglementaires, des critères Qualicert, et des RBPP, modifié et adapté en fonction des besoins et attentes de l'établissement. [RBPP "L'évaluation interne : repères pour les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes" - ANESM - Février 2012.](#)
-  Les Recommandations de Bonnes Pratiques concernant l'établissement ont été identifiées par l'EHPAD dès la construction du cadre évaluatif.
-  Le Comité de Pilotage a défini une cotation qui a permis de déterminer des marges de progression.
-  Une présentation du questionnaire a été faite aux salariés avec des rappels réguliers.
-  Les champs requis par l'ANESM sont couverts.
-  La mise en œuvre du PAQ a permis la réalisation, en un an, des 2/3 des actions d'amélioration identifiées.
-  L'admission d'un résident est formalisée et décidée en concertation.
-  Un journal interne est en cours d'élaboration.
-  Le consentement à l'entrée dans l'établissement est évalué.
-  La liste des personnes qualifiées du département est intégrée dans le règlement de fonctionnement.
-  Le résident a la possibilité de désigner une personne de confiance.
-  Si la personne ne peut pas se déplacer, la cadre de santé se rend auprès du futur résident.
-  La sexualité des résidents fait l'objet d'une réflexion en équipe.
-  Le droit de vote est respecté.

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



Élaborer un Livret d'accueil dédié aux nouveaux salariés et aux stagiaires.

RBPP "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées" 2<sup>ième</sup> partie, page 20 - ANESM - Juillet 2008.



Rédiger ou actualiser les fiches de poste et communiquer sur les fiches de poste des différentes fonctions.

RBPP "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées" 2<sup>ième</sup> partie, page 20 - ANESM - Juillet 2008.



Mettre à disposition des professionnels les synthèses des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, et mettre en œuvre une communication et une information régulière sur les thèmes abordés.

*Note de l'établissement : Les RBPP sont mises à disposition depuis le début mai, mais la communication reste à faire.*



Communiquer auprès des professionnels sur les Chartes relatives à la population accompagnée, sur les documents légaux de la loi 2002-2, et sur le CVS.



Dater, faire signer, et communiquer sur les fiches de poste des différentes fonctions.

Indicateurs

**Taux de recueil des habitudes de vie**

$$\frac{\text{Nombre de dossiers créés au cours des 12 derniers mois et d'au moins 3 mois où le recueil des habitudes de vie est réalisé}}{\text{Nombre de dossiers créés au cours des 12 derniers mois et d'au moins 3 mois}} \times 100$$

**Taux de satisfaction relatif au respect des habitudes de vie**

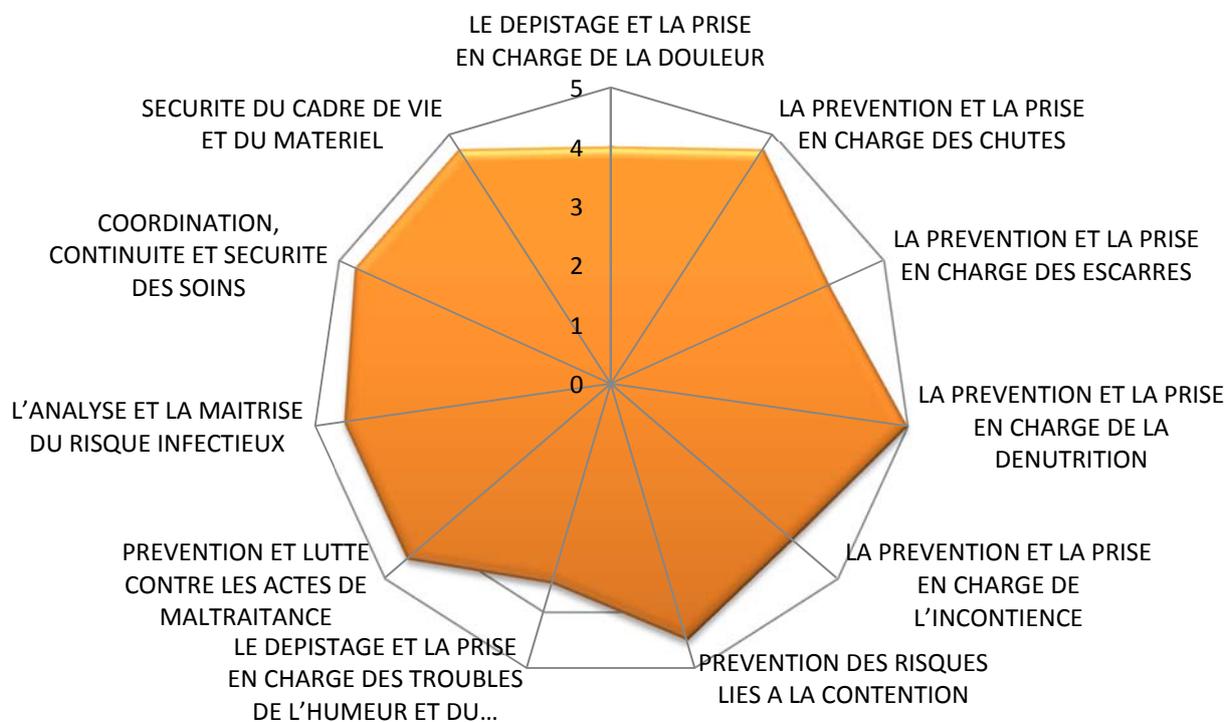
$$\frac{\text{Nombre de résidents déclarant leurs habitudes de vie respectées}}{\text{Nombre de résidents ayant répondu à la dernière enquête de satisfaction}} \times 100$$

## 4.4.2. Plan 2 : PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ ET INHÉRENTS À LA VULNÉRABILITÉ 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 téléphonique, 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 d'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 2.1 : LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**

#### *Analyse*

La prévention des risques liés à la santé et inhérents à la vulnérabilité des personnes est l'un des axes d'amélioration définis lors de la démarche d'évaluation interne :

- évaluer la douleur dans les jours qui suivent l'admission,
- développer la formation « douleur »,
- adapter et systématiser l'utilisation d'échelles pour l'évaluation de la douleur,
- réaliser un suivi systématique de la douleur et de la réponse apportée.

Une formation "évaluer et prendre en charge la douleur" est planifiée sur le plan de formations 2014, pour 10 agents sur une durée de 3 jours.

### **Sous plan 2.2 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES**

#### *Analyse*

Afin de prévenir des chutes, des chaises ont été ajoutées sur les parcours des résidents.

Toutes les chutes font l'objet d'une déclaration systématique, et d'une analyse tous les 6 mois par le médecin coordonnateur. La procédure est bien connue des agents.

L'ergothérapeute du CHMB peut également être sollicité si besoin.

### **Sous plan 2.3 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES ESCARRES**

#### *Analyse*

A ce jour aucun résident ne souffre d'escarres, elles sont d'ailleurs souvent dues à un séjour dans un établissement de soins.

### **Sous plan 2.4 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION**

#### *Analyse*

La prévention et la prise en charge de la dénutrition sont encadrées par des protocoles. Les agents disposent d'un fauteuil de pesée et les résidents sont pesés tous les 15 jours. L'IMC est calculé et une albuminémie est faite systématiquement dans les jours qui suivent l'admission.

Une diététicienne intervient à 0,20 ETP. Elle participe à une réunion tous les mois avec le chef de cuisine, une aide-soignante référente par étage, une IDE, la cadre de santé, l'animatrice, un agent de restauration et les résidents qui le souhaitent. La diététicienne a introduit un goûter avec un apport protéinique par des laitages qui a beaucoup de succès.

Une orthophoniste libérale intervient en cas de troubles de la déglutition.

La prévention et la prise en charge de la dénutrition ont fait l'objet de plusieurs axes de travail :

- Recueillir plus largement les habitudes alimentaires grâce aux fiches de recueil des habitudes alimentaires construites lors du PAI et les diffuser (réalisé en 2013).
- Proposer des plats de substitution plus variés (réalisé en 2013).
- Organiser des repas à thème 3 fois par an (réalisé en 2013).
- Augmenter la fréquence des barbecues festifs l'été (réalisé en 2013).
- Améliorer la présentation des plats et les textures modifiées proposées (réalisé en 2013).
- Organiser des formations « présentation des plats, service à table », (PAUF 2013), « textures modifiées » (PAUF 2014).
- Construire un plan alimentaire (réalisé en 2013).
- Préparer en interne les produits hyper protéinés (réalisé en 2013).
- Formaliser les protocoles de prévention et de prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation (réalisé en 2013).
- Actualiser chaque année le plan bleu (réalisé en 2013).

Un groupe de suivi nutrition est constitué. Des réunions du groupe nutrition avec la diététicienne, la référente nutrition et la Cadre de santé ont lieu une fois par mois.

Une commission des menus est en place avec trois réunions par an. Les modifications prises en compte sont signalées par une étoile au niveau des menus.

Les équipes font part d'une amélioration de la diversité des repas, d'une meilleure adaptation des menus aux pathologies avec l'apport de compléments alimentaires. Une véritable attention est portée à l'appréciation des résidents et des agents sur les plats qui leur sont servis. En 2013, 9 agents ont suivi la formation « Le repas en institution ».

Les menus sont affichés devant la salle à manger, où les résidents sont placés par affinités. Le plat de substitution n'est pas encore vraiment mis en place en raison du manque d'espaces de stockage.

#### **Sous plan 2.5 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE**

##### *Analyse*

Une AS référente est nommée par étage pour l'incontinence.

L'incontinence et la mise en place d'une protection font l'objet d'une réflexion en équipe.

Le logiciel du fournisseur TENA permet d'avoir un planning individuel journalier avec le type de protection et le nombre de changes par personne.

Les résidents qui le nécessitent ou le demandent sont accompagnés aux toilettes à intervalles réguliers.

L'objectif fixé est de préserver la qualité du sommeil et limiter les risques cutanés, et donc de revoir l'organisation des rondes la nuit et les pratiques, notamment pour la mise en place des changes complets.

#### **Sous plan 2.6 : PREVENTION DES RISQUES LIES A LA CONTENTION**

##### *Analyse*

La contention n'était pas réévaluée régulièrement. Les prescriptions médicales des contentions sont désormais faites mensuellement.

La formalisation du renouvellement de la prescription et de la réévaluation mensuelle en même temps que la prescription ont été mises en place sur le logiciel PSI pendant la visite sur site des évaluateurs. La sensibilisation sur les contentions est à renouveler, dans le cadre de la mise en œuvre du PAQ.

Un mode opératoire de mise en place d'une contention a été rédigé en avril 2013.

### **Sous plan 2.7 : LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT**

#### *Analyse*

Le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement ont fait l'objet de formations dispensées en 2013, "L'accompagnement des personnes démentes" pour 15 agents, et en 2014, « Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés » pour 4 autres agents.

La psychologue ne pratique pas de tests, ni d'observations, ni d'entretiens de dépistage relatifs aux troubles de l'humeur.

L'objectif sera de renforcer les liens avec le secteur psychiatrique.

### **Sous plan 2.8 : PREVENTION ET LUTTE CONTRE LES ACTES DE MALTRAITANCE**

#### *Analyse*

En 2011, un groupe de travail a formalisé une Charte Bientraitance propre à l'établissement, laquelle a été diffusée à l'ensemble des professionnels de la structure et affichée dans chaque service. Deux référents Bientraitance ont été nommés. La Charte reprend les valeurs suivantes :

- Respect et Dignité.
- Autonomie.
- Choix.
- Confidentialité.
- Protection.

Un rappel des pratiques est fait régulièrement.

Un groupe Bientraitance est formé et commence à se réunir en mai avec un rythme de réunion bimensuel.

Une formation Bientraitance, hors plan de formations, est programmée en septembre pour 2 agents référents du groupe.

Une IDE est référente Bientraitance.

Le numéro vert maltraitance est affiché sur le panneau d'affichage en face de la salle à manger.

Le recueil des plaintes est formalisé depuis début 2014, et est effectué le plus souvent par courrier, mais aussi par e-mail et par téléphone. La plainte est orientée par l'agent d'accueil qui la redirige vers le service concerné, agents et responsables. Une réponse écrite est rédigée en accord avec la responsable hiérarchique et envoyée au plaignant. Le suivi de la plainte est tracé à l'accueil dans un classeur dédié.

Les FSEI ne sont pas encore opérationnelles, car elles nécessitent la mise en place d'un circuit de traitement. Ce point est en cours d'étude. À ce jour, les incidents sont remontés oralement et une réponse est donnée, avec un écrit en fonction de l'évènement.

### **Sous plan 2.9 : L'ANALYSE ET LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX**

#### *Analyse*

Un plan d'actions a été établi et mis en œuvre, et l'ensemble des protocoles ont été rédigés.

3 ETP ASH sur 13 sont affectées entièrement au ménage des locaux. Elles travaillent de 8h00 à 16h00 ou de 10h00 à 18h00, sur un roulement de trois semaines. Une planification est établie en fonction de l'étage et de l'horaire. Elles disposent de deux chariots de ménage par étage. Toutes les ASH ménage n'ont pas suivi une formation récemment sur leur mission d'entretien des locaux.

Elles utilisent le logiciel GLPI pour communiquer au service technique et de maintenance les réparations à effectuer.

Un classeur qualité avec les protocoles d'hygiène est présent dans les locaux de ménage, qui sont équipés d'une centrale de distribution pour les produits d'entretien.

L'entretien des locaux est tracé avec un code couleur sur des feuilles d'émargement affichées dans la salle de soins de chaque étage. Elles servent aussi à la traçabilité de l'entretien fait par les AS et ASH. Un ménage approfondi des chambres est effectué régulièrement, à l'occasion des départs, des hospitalisations, ou autres absences.

En cuisine, une formation HACCP est planifiée pour 5 agents en 2014.  
Un plan de maîtrise sanitaire a été élaboré en 2012, et fait l'objet d'un suivi régulier.

La procédure du circuit des DASRI et la mise à jour du carnet sanitaire ont été formalisées en 2013.

La lingerie dispose de 1,60 ETP, de 8h00 à 16h00 ou de 9h30 à 16h00, sauf le jeudi.  
Le linge plat est traité par une entreprise extérieure qui effectue trois passages par semaine.  
Le linge des résidents, les tenues du personnel, les rideaux, traversins, oreillers et lavettes de ménage sont entretenus par l'établissement.

Le linge sale est amené à la lingerie par les soignantes au rythme de trois fois par jour. Un ascenseur est dédié au circuit du linge sale. La marche en avant est respectée avec deux lave-linges aseptiques. La lingère dispose de deux sèche-linges et d'une centrale de repassage.

Le marquage du linge est à la charge des familles.

Le linge propre est ramené dans les services et rangé dans les chambres par la lingère tous les deux jours.  
Un classeur est disponible avec des protocoles d'hygiène et de conduite à tenir en cas de linge contaminé.  
Les familles ont émis quelques plaintes en 2013 pour du linge abîmé, un remboursement a alors été effectué.

En cas de linge usé à remplacer, la lingère met un mot pour la famille dans la bannette de la chambre.

Elle participe à des réunions de service tous les deux mois et fait partie du COPIL.

Une traçabilité du nettoyage de la lingerie est en place sur des fiches hebdomadaires.

Pour les résidents sans famille, la lingère effectue des petits travaux de couture si nécessaire.

## **Sous plan 2.10 : COORDINATION, CONTINUITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS**

### *Analyse*

L'établissement dispose de 4 ETP IDE.

Horaires semaine : 6h45-14h45 / 8h00-16h00 / 12h00-20h00.

Horaires weekend à raison d'un weekend sur 4 : 6h45-12h30/16h00-19h00.

Les transmissions se font à chaque étage, à tour de rôle.

Les AS/ASH soins travaillent sur la base d'un plan de soins imprimé toutes les semaines par l'équipe de nuit. Une fiche de surveillance des selles est imprimée tous les 15 jours.

Les IDE travaillent sur la base d'un plan de soins qu'elles impriment tous les soirs pour le lendemain.

Le cadre de santé, en lien avec le médecin coordonnateur, a mis en place le chariot d'urgence, un stock de médicaments, et a fait un travail sur l'iatrogénie médicamenteuse et sur le livret thérapeutique. Le médecin est parti à la retraite le 30 avril 2014. L'établissement a lancé une procédure de recrutement pour 1 ETP en temps partagé avec le CHMB, l'arrivée du futur médecin coordonnateur est prévue pour le mois de septembre 2014.

Une psychologue est présente à 0,50 ETP, le mardi et le jeudi de 9h15 à 16h45. Elle a mis en place des axes de travail, principalement une prise en charge individuelle. Elle veille à répondre aux questionnements des professionnels, participe aux réunions après une fin de vie difficile, et fait partie du groupe Bien-être. Elle n'a cependant pas mis en œuvre une prise en charge individuelle ou collective des résidents par rapport aux troubles du comportement, aux symptômes dépressifs ou autres.

Deux agents sont présents la nuit, soit deux AS, soit une AS et une ASH. Elles travaillent de 20h50 à 6h50 et de 21h00 à 7h00.

À 20h50, le premier agent de nuit fait les transmissions avec l'équipe de jour. À l'arrivée du second agent de nuit, elles vérifient la fermeture de toutes les portes du RDC, qui sont fermées par l'équipe de jour vers 20h00. Elles distribuent les traitements de nuit pour une trentaine de résidents et font une ronde afin de changer 40 résidents environ.

Elles assurent ensuite l'entretien des parties carrelées du RDC, couloirs, hall d'entrée, toilettes.

Une deuxième ronde de sécurité est effectuée vers minuit avec accompagnement aux toilettes de certains résidents. Une dernière ronde est faite vers 4h00, lors de laquelle quelques résidents sont changés.

La traçabilité est effectuée sur PSI.

Enfin, elles peuvent donner une collation aux résidents qui le demandent.

11 médecins traitants, 2 kinésithérapeutes, une pédicure, une orthophoniste, et un ergothérapeute interviennent dans l'établissement. Mais, les intervenants libéraux refusent de signer une convention.

Un seul médecin n'utilise pas la prescription informatisée, obligeant l'infirmière à retranscrire.

En cas de changement de traitement, le médecin réimprime le document issu du logiciel PSI "feuille de traitement". Le livret thérapeutique existe mais n'est pas utilisé par les médecins.

Le pharmacien effectue deux passages par jour, pour la récupération des prescriptions, la délivrance des médicaments par caisse plastique fermée déposée dans la salle de soins centrale. Les prescriptions urgentes sont faxées à la pharmacie. Lors d'un renouvellement, les infirmières exercent une vigilance sur le stock et font l'inventaire.

Concernant les toxiques, la prescription est faite sur ordonnance sécurisée et envoyée à la pharmacie. Pour le retour les traitements sont remis en "main propre" à l'infirmière, accompagnés d'un bordereau par résident avec le nombre de comprimés, la date, la signature. Quatre résidents sont sous traitements stupéfiants.

Chaque fois qu'un traitement est délivré, l'infirmière le note et réévalue le stock.

En cas d'arrêt du traitement (décès), le reliquat est retourné à la pharmacie.

La préparation des piluliers se fait sur cinq jours ouvrés pour 8 jours, selon un planning par étage respectant un équilibre en nombre de piluliers à préparer. Le personnel de nuit transfère les piluliers dans les chariots de distribution pour le lendemain. Chaque pilulier journalier est identifié par le nom, le prénom du résident, et le n° de chambre. Pour faciliter la distribution, une codification couleur indique le lieu de repas du résident (étage ou chambre), avec une pastille bleue pour les résidents ayant un somnifère à distribuer par l'équipe de nuit.

L'infirmière prépare les médicaments, qu'elle distribue en partie 3 fois par jour, matin, midi, soir, avec l'aide d'un classeur regroupant les prescriptions en cours, la fiche récapitulative PSI de tous les médicaments et la photo du résident.

Pour une partie des résidents, les médicaments sont déblistérés et dispensés par les AS et les ASH soins.

Trois résidents ont leurs médicaments écrasés. Il n'existe pas de liste de médicaments à ne pas écraser.

L'infirmière trace sur PSI la distribution globale, avec la possibilité d'indiquer la non prise du traitement par un résident.

La coordination de la prise en charge est organisée.

Une commission d'admission commune, la "Commission Médicale d'Admission et d'Orientation du Territoire", à Antrain, Saint Georges-de-Reintembault, Saint Brice-en-Coglès, et Tremblay se réunit tous les 15 jours. Elle comprend les cadres des sites et le médecin coordonnateur de l'établissement d'accueil. Y sont traités les dossiers de demandes d'admission et notamment ceux nécessitant un accord formel du médecin coordonnateur.



2013 → 5,8% en hors maternités.

Dans une optique d'amélioration de la gestion des risques professionnels, une étude a été menée par un cabinet extérieur sur la qualité de vie au travail et sur la prévention des risques psycho-sociaux. Un comité de pilotage a été mis en place. Il était composé d'élus, de représentants des familles, de représentants du personnel et du médecin du travail. Ce comité de pilotage a été transformé en comité de suivi suite à la définition du plan d'actions, lequel a été transmis en mars 2013 au CHSCT. Ledit comité est également intégré à la démarche de mise à jour du document unique sur les risques professionnels.

7 agents ont suivi une formation sur « Les gestes d'urgence ». Une formation « Manutention » a été dispensée à 8 agents.

Les deux agents techniques travaillent du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00.

Le responsable technique est SSIAP 2. Il participe au CHSCT, au groupe de travail qualité, et à des réunions de direction institutionnelles mensuelles. Il souhaite continuer à informatiser le suivi des contrôles de maintenance et de sécurité.

Le registre de sécurité est tenu à jour, et les maintenances et contrôles périodiques réglementaires sont effectués.

L'établissement est vigilant sur les équipements électriques apportés par les résidents. Par exemple, les téléviseurs de plus d'un an doivent obligatoirement être révisés chez un professionnel avant d'être mis en service dans les chambres.

Il y a un groupe électrogène, mis en route chaque mois et vérifié visuellement chaque semaine.

Les agents se servent d'un logiciel GLPI pour le recueil des petites réparations à effectuer. Les professionnels peuvent indiquer le degré d'urgence de la réparation, et l'agent assure un suivi de la réponse apportée. Les portes des locaux de stockage de produits d'entretien sont sécurisées.

La Commission de Sécurité a émis un avis favorable à la poursuite de l'activité de l'établissement lors de sa visite du 12 janvier 2012.

Les professionnels de nuit connaissent les règles de sécurité et disposent d'une liste d'astreinte en cas d'urgence.

Le matériel médical et les équipements techniques font l'objet d'une maintenance et d'une adaptation régulière.

### Points remarquables du plan

-  La prévention et la prise en charge des chutes sont formalisées.
-  Le recueil des plaintes est formalisé et leur suivi est tracé.
-  La contention bénéficie d'un mode opératoire de mise en place depuis avril 2013.
-  Une Charte Bientraitance formalisée par un groupe de travail a été diffusée aux professionnels.  
[RBPP La Bientraitance : définitions et repères pour sa mise en œuvre ANESM Juillet 2008](#)
-  Les protocoles de maîtrise du risque infectieux sont rédigés (DARI, carnet sanitaire, plan de maîtrise alimentaire, circuit des DASRI.....), et les mesures d'analyse sont mises en œuvre.
-  Le DUERP est révisé chaque année avec les professionnels pour leur poste de travail.
-  L'établissement est intégré dans un réseau et a conventionné ses partenariats sur le territoire.  
[RBPP Ouverture de l'établissement à et sur son environnement ANESM Décembre 2008](#)
-  Un Plan Blanc est actualisé chaque année.
-  L'absentéisme est globalement très faible.
-  Les professionnels de nuit connaissent les règles de sécurité et disposent d'une liste d'astreinte.
-  Des partenariats sont formalisés avec de nombreux organismes.

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

-  Dès que les FSEI seront en circuit, mettre en œuvre une information et une sensibilisation des agents à leur utilisation.
-  Relancer une réflexion d'équipe sur la mise en œuvre d'une analyse de la pratique par une psychologue extérieure et des groupes de travail sur les EPP.
-  À l'arrivée du nouveau médecin coordonnateur, actualiser et mettre en œuvre en concertation avec les médecins traitants le livret thérapeutique et une commission de coordination gériatrique.  
[RBPP Qualité de vie en EHPAD \(Volet 4\) "L'accompagnement personnalisé de la santé du résident" Chap. IV, p.66 ANESM Septembre 2012](#)  
[Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du CASF](#)
-  Mettre en place un plat de substitution varié à chaque déjeuner et dîner.  
[RBPP Qualité de vie en EHPAD \(volet 2\) : "Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne" Chap. II, p. 33 - ANESM Juin 2011](#)

- ➔ Procéder à une communication et une information régulière des agents de nuit concernant le contenu des Recommandations, leur accessibilité, et leur application.
- ➔ Mettre en œuvre à l'entrée du résident un bilan gérontologique et cognitif global avec évaluation des risques de chute, dénutrition, escarres, douleur, sorties inopinées, suicide, niveau de dépendance.  
RBPP Qualité de vie en EHPAD (Volet 4) "L'accompagnement personnalisé de la santé du résident"  
Chap. II, p.32 ANESM novembre 2012
- ➔ Planifier une liste des résidents à amener aux toilettes à intervalles réguliers.  
"Les bonnes pratiques de soins en EHPAD" DGS/DGAS/SFGG p.67 Octobre 2007  
RBPP Qualité de vie en EHPAD (Volet 4) "L'accompagnement personnalisé de la santé du résident"  
Chap. III, p.57 ANESM Septembre 2012
- ➔ Revoir l'accompagnement par la psychologue.
- ➔ 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.
- ➔ Mettre en œuvre pour les ASH ménage des formations régulières au minimum tous les deux ans sur l'utilisation des produits d'entretien et les protocoles d'hygiène.
- ➔ Limiter strictement la dispensation des médicaments aux IDE et aux AS.
- ➔ Élaborer avec la pharmacie une liste de médicaments écrasables.

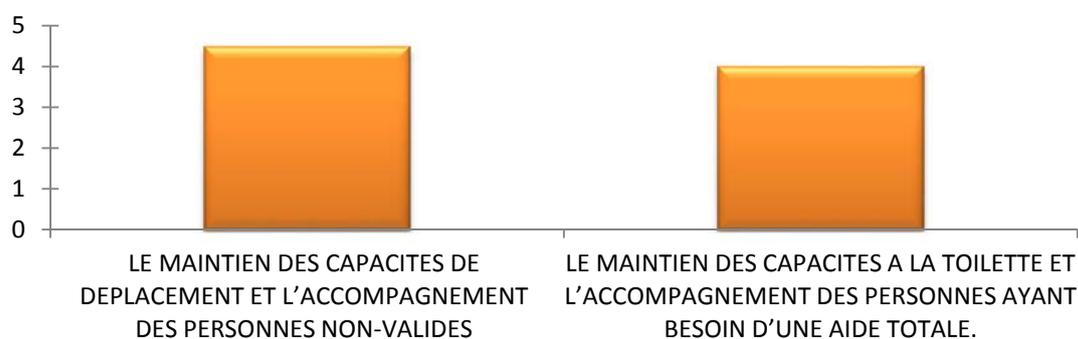
Indicateurs	<p><b><u>Taux d'évaluation de la douleur</u></b>  <i>Nombre de résidents pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du résident non douloureux ou au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du résident douloureux</i></p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: right;"><i>Nombre total de résidents inclus dans l'enquête</i> x 100</p> <p><b><u>Taux de résidents ayant chuté</u></b>  <i>Nombre de résidents ayant chuté au moins une fois en 12 mois</i></p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: right;"><i>Nombre total de résidents</i> x 100</p> <p><b><u>Taux d'escarres</u></b>  <i>Nombre d'usagers ayant acquis une escarre au cours des 12 derniers mois</i></p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: right;"><i>Nombre d'usagers inclus dans l'enquête</i> x 100</p> <p><b><u>Taux d'évaluation des troubles de l'humeur et du comportement</u></b>  <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 de troubles de ce type ou au moins deux résultats de mesures des troubles de l'humeur ou du comportement avec une échelle dans le dossier du résident présentant ce type de troubles</i></p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: right;"><i>Nombre de résidents ayant répondu à la dernière enquête de satisfaction</i> x 100</p> <p><b><u>Taux de signalements</u></b>  <i>Nombre de signalements de maltraitance effectués par le service (au procureur, (aux travailleurs sociaux, à la gendarmerie, etc) sur les 12 derniers mois</i></p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: right;"><i>Nombre total de suspicions de maltraitance sur les 12 derniers mois</i> x 100</p>
-------------	--

### 4.4.3. Plan 3 : MAINTIEN DES CAPACITÉS DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION DE DÉPENDANCE

#### *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 téléphonique, 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 d'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 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 3.1 : LE MAINTIEN DES CAPACITES DE DEPLACEMENT ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES NON VALIDES**

##### *Analyse*

Les principaux constats de l'évaluation interne démontrent que pour le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance :

- Les espaces extérieurs nécessitent d'être aménagés afin d'accroître l'accessibilité pour les personnes âgées. Ces travaux sont prévus en 2015.
- Une réflexion collective est à mener sur les possibilités laissées au résident de choisir et de faire seul afin de prévenir la perte d'autonomie.
- L'organisation des soins doit être adaptée au rythme des résidents dans le cadre des projets d'accompagnement individualisés (PAI).

Deux kinésithérapeutes interviennent dans l'établissement sur prescription médicale.

Le kinésithérapeute rencontré lors de la visite sur site a exprimé sa satisfaction pendant l'entretien, au sujet de ses "bonnes conditions d'intervention et des relations avec les équipes dans un établissement qui propose une prise en charge de qualité". Il vient tous les jours et accompagne une dizaine de résidents. Il se charge du renouvellement des prescriptions, et contacte les médecins, ou bien passe par l'intermédiaire des IDE.

Il pratique de la kinésithérapie respiratoire l'hiver et donne aussi des astuces aux agents pour mobiliser les résidents ou les installer dans un fauteuil.

Il fait aujourd'hui des transmissions orales, alors qu'il avait tracé sur PSI pendant un temps.

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

#### Analyse

Les principaux constats de l'évaluation interne ont démontré :

- l'absence de transmissions orales (elles ont été mises en place en janvier 2012), pas de partage d'informations ni de traçabilité ;
- l'absence de procédures et de protocoles ;
- le manque de structuration en l'absence de réunion d'équipe, et cela malgré la bonne volonté des agents.

15 résidents sont mis en tenue de nuit avant le dîner qu'ils prennent dans la chambre.

Les horaires des couchers ne sont pas tracés sur PSI dans le dossier du résident.

7 résidents sont couchés à 14h30, 20 résidents sont couchés avant le dîner.

#### Points remarquables du plan



L'établissement travaille avec des kinésithérapeutes extérieurs qui contribuent, par les soins de rééducation, au maintien de la mobilité des résidents.



La mise en œuvre des objectifs des PAI permet de prévenir la perte d'autonomie des résidents.

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



Procéder à une étude de faisabilité sur l'aménagement d'une salle de kinésithérapie avec un escalier, qui serait un véritable plus pour la prise en charge par le kinésithérapeute.



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



Mener une réflexion collective sur les possibilités laissées au résident de choisir et de faire seul afin de prévenir la perte d'autonomie.



Mettre en œuvre une évaluation de la nécessité et du besoin de coucher les résidents avant le dîner par rapport à leurs habitudes de vie.

RBPP "Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : "Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne" Chap. II, p. 28 ANESM Juin 2011

Indicateur

**Taux de satisfaction relatif au respect de l'autonomie**

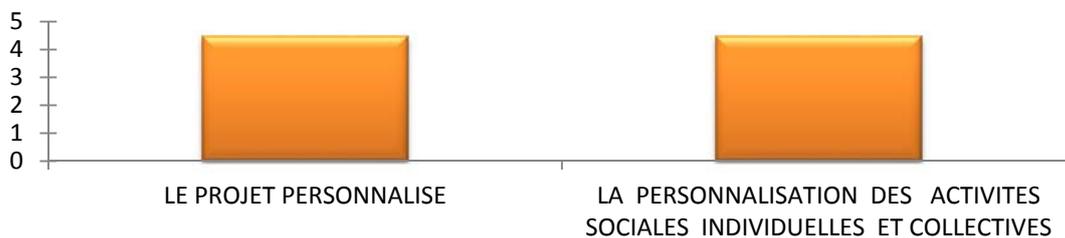
$\frac{\text{Nombre d'usagers déclarant que l'intervenant respecte leur autonomie}}{\text{Nombre de résidents ayant répondu à la dernière enquête de satisfaction}} \times 100$

#### 4.4.4. 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 téléphonique, 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 d'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 4.2 : LE PROJET PERSONNALISE**

###### *Analyse*

La démarche d'élaboration des projets d'accompagnement individualisés (PAI) est mise en place depuis juin 2012 pour tous les résidents.

Un groupe PAI a été constitué en 2012 avec une IDE, une AS par étage, l'animatrice, la psychologue et piloté par la cadre de santé, à raison de 3 à 4 réunions par an.

La trame du PAI est propre à l'établissement. Elle a été élaborée par le groupe de travail en s'appuyant sur la Recommandation traitant ce thème. Elle est évolutive et adaptée au fur et à mesure, dans le cadre d'une amélioration continue.

Une procédure d'élaboration des PAI a été actualisée en avril 2014. L'actualité de la procédure est vérifiée et le groupe peut procéder à des ajouts ou des ajustements si besoin. Cette procédure prévoit notamment la nomination de deux référents par résident, et les modalités d'élaboration des projets individualisés.

Un staff a lieu tous les jeudis de 13h30 à 15h30 pour l'élaboration des PAI. Les dossiers de 8 résidents sont vus par étage, 90% des PAI sont élaborés, avec les constats, les objectifs, les moyens, l'échéancier,

la réévaluation et l'analyse des difficultés rencontrées. Les données sont recueillies par la cadre de santé à l'admission, puis au bout de 6 mois par les référentes, et parfois par l'équipe de nuit.

Le PAI contient : l'état civil, la situation familiale, l'alimentation, les traitements, les contentions, l'état cutané, les transferts, l'évaluation gériatrique globale, l'analyse des chutes, les habitudes de vie, les animations, la partie psychologue, et la partie médicale avec une synthèse annuelle tirée de PSI.

Le résident et sa famille ne sont pas présents lors de l'élaboration des objectifs du PAI.

Des tableaux de bord de suivi sont élaborés et rangés dans un classeur pour être facilement consultés. Chaque PAI est revu au moins deux fois par an avec évaluation de l'atteinte des objectifs.

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

##### *Analyse*

La politique d'animation est dynamique. L'animatrice propose des activités collectives variées et adaptées et des sorties 5 jours sur 7. Un planning d'animation mensuel et quotidien élaboré par l'animatrice est affiché au niveau des ascenseurs et dans chaque service.

Certaines animations sont proposées à jours fixes : jeux de société le lundi, sorties le mardi, lecture du journal local le jeudi, jeux de mémoire le vendredi. Les anniversaires sont fêtés une fois par mois un mercredi. Des rencontres intergénérationnelles sont organisées avec le centre de loisirs, un collège, et les écoles primaires. Par ailleurs, douze résidents participent à un atelier informatique dans la perspective de l'ouverture de l'espace culturel au 1er étage.

Des bénévoles sont accueillis pour des chorales, ainsi qu'un accordéoniste. Des intervenants extérieurs viennent ponctuellement. Une dizaine de bénévoles intervient dans l'établissement pour effectuer des visites individuelles (lectures, conversations, etc.) aux résidents dans leur chambre en semaine. Les résidents à visiter sont désignés par l'animatrice. Les visites ne sont pas organisées, ni planifiées. Les conventions n'ont pas été retrouvées.

Des réunions avec les bénévoles sont organisées trois à quatre fois par an par la cadre de santé et l'animatrice.

En renfort de l'animatrice, des agents sont détachés pour la réalisation d'animations personnalisées dans les étages tels que des jeux de société, manucures, sorties, etc. Afin de faciliter la coordination, un référent animation AS ou ASH est nommé à chaque étage. Les ASH accompagnent parfois les résidents à des sorties (au théâtre par exemple). Pour les sorties un minibus est loué, soit à l'association Droit de Cité, soit auprès d'une société de location, dans l'attente de la livraison du minibus acheté en début d'année.

Une fiche technique est élaborée pour chaque activité. Une traçabilité est faite sur PSI par résident, mais sans bilan global du nombre de participants à chaque activité.

Des animations sont proposées un samedi sur 2 et au moins trois jours fériés et dimanches par an. Le samedi est réservé à des accompagnements personnalisés.

La commission d'animation se réunit tous les deux mois avec un ordre du jour préparé par l'animatrice et la cadre de santé, mais sans la présence des résidents, et un compte rendu rédigé manuellement par les soignants est affiché dans chaque salle de soins.

L'établissement dispose d'un véhicule de fonction, Renault 19. La révision du véhicule est assurée par un garage. L'entretien courant, comme la pression des pneus, est effectué par les agents mais n'est pas noté.

L'établissement a fait l'acquisition sur ses fonds propres d'un Kangoo aménagé pour un fauteuil roulant qui doit être livré prochainement.

Un minibus de 9 places pouvant accueillir 3 fauteuils roulants est commandé. Il est subventionné pour moitié par la Fondation des Hôpitaux de France, et devrait être livré à la fin de l'année.

Un bilan des animations est rédigé chaque année, inclus dans le rapport d'activité, et présenté au CVS, au CA et au CTE.

### Points remarquables du plan

-  La trame du PAI a été élaborée par un groupe de travail en s'adossant à la Recommandation traitant ce thème.
-  Une procédure d'élaboration des PAI a été actualisée en avril 2014.
-  90% des PAI sont élaborés, avec les constats, objectifs, moyens, échéanciers, évaluations de l'atteinte et analyses des difficultés rencontrées.
-  Des tableaux de bord de suivi sont élaborés et rangés dans un classeur.

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

-  Une traçabilité sera à mettre en place pour l'entretien courant des véhicules.
-  Formaliser par une convention la venue et les visites des bénévoles dans l'établissement.
-  Mettre en place, dans les 6 mois suivants 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](#)
-  Faire participer le résident et/ou sa famille à l'élaboration des objectifs d'accompagnement du projet personnalisé.  
[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](#)
-  Inclure la participation des résidents aux réunions de la commission d'animation.  
[RBPP "Qualité de vie en EHPAD \(volet 3\) : La vie sociale des résidents en EHPAD" Chapitre III, paragraphe 2, page 37- ANESM - Septembre 2011.](#)

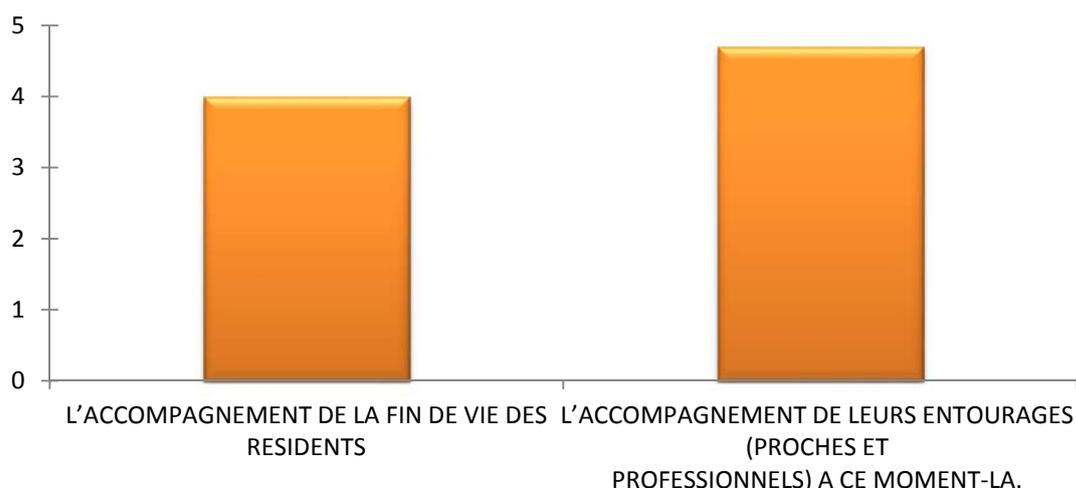
Indicateurs	<p><b><u>Taux de participation au projet</u></b></p> $\frac{\text{Nombre d'usagers ayant participé à l'élaboration de leur projet personnalisé au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre d'usagers accompagnés par le service dont le projet personnalisé a été élaboré durant les 12 derniers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

#### 4.4.5. 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 téléphonique, y compris dans le traitement des demandes en urgence.
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et de prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet.
4. Effectivité du projet d'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 5.1 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE DES RESIDENTS**

###### *Analyse*

30 décès sont survenus en 2012 et 24 en 2013. Ils sont consignés sur un registre des décès. Un accompagnement de fin de vie est assuré au sein de l'établissement dans la dignité et le respect des convictions du résident. Les consignes de fin de vie sont en général recueillies sans trop de difficultés. Les directives anticipées sont moins aisées à obtenir, les professionnels n'étant pas toujours très à l'aise pour aborder ce sujet, ni pour expliquer aux résidents ou aux familles ce dont il s'agit.

L'établissement dispose d'une chambre mortuaire mise à disposition à titre gracieux. En cas de décès, l'agent d'accueil explique les formalités administratives, prépare et affiche sur le tableau d'affichage devant la salle à manger, soit le faire-part de décès fourni par la famille, soit la publication du décès dans la presse. Les résidents qui souhaitent se rendre aux obsèques d'un autre

résident peuvent demander à se faire conduire.

Un bulletin de décès est demandé. Le dossier est archivé dans le local d'archivage en fin d'année. L'agent d'accueil avertit la pharmacie par e-mail, met à jour la liste des résidents présents, enregistre le décès dans le registre dédié et reverse la caution.

### Sous plan 5.2 : L'ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES ET DES PROFESSIONNELS

#### Analyse

Les familles sont informées et soutenues durant cette période par la psychologue et l'ensemble de l'équipe. Elles ont la possibilité de dormir dans la chambre du résident, mais sur un matelas posé à même le sol.

Une convention est signée avec l'unité mobile de soins palliatifs de Fougères. La psychologue de l'unité peut aussi intervenir au besoin.

En 2013, 2 groupes de 5 agents ont suivi une formation sur « Les différentes étapes de la vie ».

#### Points remarquables du plan



Les décès sont portés à la connaissance des résidents.



Le résident décédé est accompagné jusqu'à sa dernière demeure par les résidents qui le souhaitent.

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



Revoir le mode de couchage des familles qui accompagnent les résidents en fin de vie pour améliorer leur confort.

[RBPP Qualité de vie en EHPAD \(Volet4\) "L'accompagnement personnalisé de la santé du résident" Chap. IV, p. 85 ANESM Septembre 2012](#)

Indicateur

#### **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 les quels on retrouve un recueil de leurs souhaits en matière de fin de vie dans leur dossier*

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



## 5. Conclusions.

	Favorable - Atout	Défavorable - Handicap
Interne	<b>Forces.</b> - Une convention de direction commune a été signée avec le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne.	<b>Faiblesses.</b> - 58% des chambres ne sont pas équipées de douches.
Externe	<b>Opportunités.</b> - Une Unité Alzheimer est aménagée et en attente du financement du personnel.	<b>Menaces.</b> - L'offre en lits d'EHPAD est très importante pour ce secteur rural dans un rayon de 30 km avec plus de 1 600 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.
  - Conduite de l'évaluation interne de mai 2012 à mars 2013 en 4 phases : Définition du cadre évaluatif / Analyse et étude des informations / Bilan des enquêtes / Rédaction et validation du rapport / Définition des modalités de mise en œuvre et de suivi / Diffusion et transmission aux autorités.
  - Constitution d'un comité de pilotage pluridisciplinaire, recueil et analyse des caractéristiques de la population.
  - Développement d'un référentiel en concertation avec l'organisme de formation MQS.
  - Présentation d'un même questionnaire de satisfaction aux résidents, familles et professionnels.
  - Périmètre de l'évaluation interne : Garantie des droits individuels et collectifs / Prévention des risques liés à la santé et à la vulnérabilité des résidents / Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la dépendance / Personnalisation de l'accompagnement / Accompagnement de fin de vie.
  - Principaux constats à l'issue de l'évaluation interne : Chartes, documents loi 2002, CVS mal connus des professionnels / Absence de travail d'équipe / Pas de commission de coordination gériatrique / Circuits en cuisine non conformes à la réglementation HACCP / Espaces extérieurs non aménagés / Prévention de la perte d'autonomie à analyser / Élaboration d'un Plan d'Amélioration de la Qualité et d'un échéancier 2012-2017 avec 129 points à améliorer.
  - 80 actions réalisées en 2013 (atteinte des objectifs à hauteur de 62%), 33 actions en cours soit 26%, 16 non réalisées soit 12%, et 3 actions annulées.
  
2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'Anesm par l'ESSMS
  - Le référentiel a été développé sur la base des obligations réglementaires, des critères Qualicert, et des RBPP.
  - Les 12 Recommandations identifiées pour le cadre évaluatif ont représenté une base de réflexion pour mettre en œuvre des actions d'amélioration.

- Indicateurs retenus issus de la Recommandation de Bonnes Pratiques de l'ANESM « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » publiée en 2012.

A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

---

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

- Projet d'établissement 2009-2014 établi par un groupe de travail pluridisciplinaire avec 5 axes : Droits, libertés et Bienveillance / Animation et vie sociale / Communication / Projet d'accompagnement personnalisé / Soins.
- Valeurs mises en avant : Promotion de la Bienveillance / Respect de la personne humaine,
- Avec un Projet de vie : Individualisation de la prise en charge / Amélioration de la vie quotidienne / Qualité des prestations transversales.
- Un Projet de soins : Valeur des soins / Organisation des soins / Réalisation des soins / Maintien de l'autonomie.
- Un Projet d'animation inclus dans le Projet de vie.
- Un Projet social en lien avec le recrutement et l'accueil.
- Renouvellement du PE prévu en septembre 2014.

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 ;

- Équipements et matériels adaptés et en nombre suffisant.
- Résultat d'exploitation excédentaire en 2011 et 2012, donc fonds de roulement net global très confortable.
- Ratio d'encadrement de 0,57 / Manque de personnel soignant qualifié.

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

- Renouvellement de la convention tripartite envisagée en 2015 : besoins qualitatifs en compétences listés.
- L'établissement a estimé le besoin en temps soignant supplémentaire afin de mettre en œuvre les objectifs suivants :
  - o Améliorer le suivi psychologique.
  - o Diminuer l'amplitude horaire entre la fin du dîner et le début du petit déjeuner.
  - o Réorganiser le repas du soir : privilégier les repas en salle à manger ou dans les petits salons.
  - o Organiser des réunions de synthèse tous les 3 mois pour réévaluer l'ensemble des objectifs.

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

- Les grandes orientations du plan de formations sont définies en équipe de direction, après le recueil des souhaits en entretien annuel d'évaluation.
- Formations communes mutualisées avec le CHMB en fonction des thèmes et des besoins :
  - o 90 départs en formation en 2013.
  - o 2 ASH partent en formation AS en septembre.

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 ;

- Un Plan Blanc global aux 3 sites du CHMB est réactualisé tous les ans.
- Un CHSCT a été mis en place en 2012.
- Un DUERP a été élaboré en 2013.
- L'absentéisme est très faible.
- Étude menée par un cabinet extérieur sur la qualité de vie au travail et sur la prévention des risques psycho-sociaux.
- 7 agents ont suivi une formation sur « Les gestes d'urgence ».
- Une formation « Manutention » a été dispensée à 8 agents.

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 ;

L'évolution de l'état de santé et de l'autonomie des résidents est appréciée quotidiennement et reportée dans l'outil informatique de gestion des soins PSI.

Les indicateurs en lien avec l'accompagnement sont analysés régulièrement : nombre de décès à l'intérieur et hors de l'établissement, prises en charge par spécialités médicales, chutes, contentions, nutrition et type d'alimentation, incontinence, escarres, etc.

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

Recueil de données par la cadre de santé à l'admission, puis au bout de 6 mois par les référentes, et parfois par l'équipe de nuit.

Le PAI contient : alimentation, traitements, contentions, état cutané, transferts, évaluation gériatrique globale, analyse des chutes, habitudes de vie, animations, partie psychologue, partie médicale avec une synthèse annuelle tirée de PSI.

Chaque PAI est revu au moins deux fois par an avec évaluation de l'atteinte des objectifs.

L'animatrice propose des activités collectives variées et adaptées.

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'établissement est en réseau avec les CH de Fougères, Saint James et Avranches Granville. De nombreuses conventions sont signées :

- pour le Plan Bleu avec le CH de Fougères et le CHMB,
- avec l'Unité mobile de Soins Palliatifs de Fougères,
- avec le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition,
- avec la pharmacie de Saint Georges-de-Reintembault,
- avec le CHMB pour une direction commune,
- avec le groupement de commandes U.S.S.I.V.A.,
- avec le CCAS de Saint Georges-de-Reintembault,
- avec l'ADMR du Canton de Louvigné du Désert,
- avec la Ludothèque pour la participation au projet inter-génération.

Un partenariat est en place avec le centre aéré, l'école maternelle, le collège et avec le CCAS de Saint Etienne-en-Coglès,

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

L'établissement a une bonne réputation et n'a pas de problème d'activité.

Les conseillères en gérontologie du Pays de Fougères, les médecins libéraux, les kinésithérapeutes, font un bon retour et adressent des candidats.

Les familles adressent fréquemment des courriers de remerciement, notamment après un décès, et gardent le contact.

#### 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 ;

Une réunion inter services a lieu tous les deux mois.

Une réunion des familles a lieu une fois par an.

L'établissement collabore avec les conseillères en gérontologie du Pays de Fougères, et le service de consultation mémoire du CH de Fougères.

#### 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 ;

Un journal interne est diffusé au collège et à la mairie.

Le droit de vote est préservé.

Les familles sont très présentes.

Des rencontres intergénérationnelles sont organisées.

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 ;

Un recueil de données est effectué à l'admission auprès du résident et de sa famille. Il est réactualisé au bout de 6 mois par les référentes, et parfois aussi par l'équipe de nuit.

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.

Le résident et sa famille ne sont pas présents lors de l'élaboration des objectifs du PAI.

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 ;

Chaque PAI est revu au moins deux fois par an avec évaluation de l'atteinte des objectifs.

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

Toutes les modalités sont présentées dans le Règlement de fonctionnement page 6.

18. La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers ;

Le taux de retour de l'enquête menée auprès des résidents a été de 75%.

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

Le CVS se réunit 3 fois par an.

Une commission des menus se réunit 4 fois par an.

Une enquête de satisfaction a lieu chaque année.

Un journal interne va paraître 3 fois par an.

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

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

Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont en général signés le jour de l'entrée.

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie est annexée au règlement de fonctionnement.



Le consentement à l'entrée dans l'établissement est évalué.  
La liste des personnes qualifiées du département est intégrée dans le règlement de fonctionnement.  
Le résident a la possibilité de désigner une personne de confiance.  
Les différents documents sont présentés et expliqués.  
La participation financière de l'utilisateur est clairement définie.  
Si la personne ne peut pas se déplacer, la cadre de santé se rend auprès du futur résident.  
La sexualité des résidents fait l'objet d'une réflexion en équipe.  
Le droit de vote est respecté.  
La pratique du culte est respectée.

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

Une Charte Bientraitance propre à l'établissement a été élaborée en 2011.  
Un groupe Bientraitance est formé.  
Une formation Bientraitance est programmée.  
Une IDE est Référente Bientraitance.  
Le numéro vert maltraitance est affiché.  
Le recueil des plaintes est formalisé depuis début 2014.  
Les FSEI ne sont pas encore opérationnelles.

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

Toutes les chutes font l'objet d'une déclaration systématique, et d'une analyse tous les 6 mois.  
La procédure est bien connue.  
La prévention et la prise en charge de la dénutrition sont encadrées par des protocoles.  
L'incontinence et la mise en place d'une protection font l'objet d'un travail d'équipe, à formaliser.  
La formalisation du renouvellement de la prescription et de la réévaluation mensuelle ont été mises en place sur PSI pendant la visite sur site.  
Le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement sont à formaliser en renforçant les liens avec le secteur psychiatrique.  
Un DARI a été rédigé en avril 2013.

## 6.2. Abrégé du rapport

La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
-------	--------	------------	-----------------------------



(5 maximum)			formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	L'évaluation interne a été réalisée par un groupe de pilotage pluridisciplinaire sur la base d'un référentiel propre à l'établissement.		
Modalités de participation des usagers	Le questionnaire de satisfaction des usagers a obtenu un taux de retour de 75%.		
Modalités d'élaboration du plan d'amélioration de la qualité	Les actions entreprises pour atteindre les objectifs de prise en charge et les moyens nouveaux nécessaires pour y parvenir ont fait l'objet d'un tableau de synthèse.		

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	Le référentiel a été développé sur la base des RBPP.		Mettre à disposition des professionnels les synthèses des Recommandations ( <i>fait depuis début mai</i> ) et organiser une communication et une information régulière sur les thèmes abordés.
Recommandations prises en référence	12 Recommandations ont été identifiées pour le cadre évaluatif. Les indicateurs retenus sont issus de la Recommandation « L'évaluation interne : repères pour les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ».		
Gestion et connaissance des RBPP par les professionnels	Les professionnels ne connaissent pas les RBPP. Les pratiques professionnelles reflètent cependant une attitude bienveillante des équipes vis-à-vis des résidents.		

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	Le renouvellement du	PE débutera en	



projet d'établissement	septembre 2014.	
Évaluation de l'atteinte des objectifs du projet d'établissement	L'évaluation de l'atteinte des objectifs du projet d'établissement est assurée par un comité de pilotage qui est animé par un cabinet extérieur.	
Organisation médicale et paramédicale	Un glissement des tâches est observé, notamment au niveau du circuit du médicament.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Limiter strictement la dispensation des médicaments aux IDE et aux AS.</li> </ul>

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	Une dizaine de conventions de partenariats sont signées.		
Perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS	L'établissement a une bonne réputation et n'a pas de problème d'activité. Les conseillères en gérontologie, les médecins libéraux, les kinésithérapeutes, font un bon retour. Les familles adressent fréquemment des courriers de remerciement et gardent le contact.		
Modalités d'intervention des intervenants libéraux	La traçabilité des actes des kinésithérapeutes n'est pas systématique.		Mettre en œuvre une vigilance sur la traçabilité des actes des intervenants extérieurs.

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de recueil des besoins et attentes	Les familles et les résidents sont entendus pour le recueil des données réalisé au moment de l'admission, et par la suite par les référents et autres professionnels.		Mettre en œuvre à l'entrée du résident un bilan gérontologique et cognitif global avec évaluation des risques de chute, dénutrition, escarres, douleur, sorties inopinées, suicide, niveau de dépendance.
Modalités d'élaboration du projet personnalisé	Le résident et la famille ne participent pas à l'élaboration des objectifs du projet personnalisé.		Faire participer le résident et/ou sa famille à l'élaboration des objectifs d'accompagnement du projet personnalisé.
Conformité à la réglementation	L'élaboration du projet personnalisé et des objectifs d'accompagnement ne font pas l'objet d'un avenant au contrat de séjour.		Mettre en place dans les 6 mois suivants 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	Les espaces extérieurs ne sont pas accessibles aux résidents à mobilité réduite ou en fauteuil roulant.		Aménager les espaces extérieurs pour les rendre accessibles aux résidents à mobilité réduite ou en fauteuil roulant. <i>Note de l'établissement : Projet en cours.</i>

L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
L'animation	Les résidents ne participent pas aux réunions de la commission d'animation.		Inclure la participation des résidents aux réunions de la commission d'animation.
Le Conseil de la Vie Sociale	Le CVS se réunit 3 fois par an. Les CR de réunion sont affichés dans l'établissement.		
Le recueil de la satisfaction du résident	La dernière enquête de satisfaction a généré un taux de retour des résidents de 75%.		

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Fiches de signalement des Événements indésirables	Les FSEI ne sont pas encore opérationnelles, car elles nécessitent la mise en place d'un circuit de traitement.		Dès que les FSEI seront en circuit, mettre en œuvre une information et une sensibilisation des agents à leur utilisation.
Le recueil des plaintes et réclamations	Le recueil des plaintes est formalisé depuis début 2014. La plainte est orientée par l'agent d'accueil. Une réponse écrite est rédigée. Le suivi de la plainte est tracé à l'accueil dans un classeur dédié.		
Prévention de la maltraitance	Un groupe Bientraitance est formé et commence à se réunir en mai avec un rythme de réunion bimensuel. Une formation Bientraitance est programmée en septembre pour 2 agents référents du groupe. Une IDE est référente Bientraitance. Le numéro vert maltraitance est affiché.		
Accompagnement de fin de vie	Une convention est signée avec l'unité mobile de soins palliatifs de Fougères. Le recueil des consignes de fin de vie et des directives anticipées n'est pas systématique.		Élaborer une fiche de recueil des consignes de fin de vie et des directives anticipées à faire compléter par le résident à son entrée dans l'établissement, dans la mesure des capacités du résident. <i>L'information systématique est obligatoire, pas le renseignement de la fiche.</i>
Analyse de la pratique professionnelle	Il n'y a pas d'analyse de pratique ou de réunion d'équipe systématique. La mise en place d'un dispositif de soutien particulier ne semblait pas adaptée, les équipes n'ayant exprimé aucun besoin lors de la démarche d'évaluation interne.		Relancer une réflexion d'équipe sur la mise en œuvre d'une analyse de la pratique par une psychologue extérieure et des groupes de travail sur les EPP.

L'EHPAD Les Acacias tire aujourd'hui sa force de la direction commune avec le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, qui lui apporte son infrastructure hospitalière, une solide implantation dans le territoire, une puissance de négociation, et les compétences d'une équipe de direction hautement qualifiée et exigeante.

Cette conjoncture favorable permet à l'établissement de sortir tête haute d'une période difficile qu'il a traversée pendant les années 2000.

Forte de cette mutualisation de moyens, et redynamisée par sa démarche qualité, l'institution aborde la renégociation de sa convention tripartite sous les meilleurs auspices.

### Méthodologie de l'évaluation externe

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	28 entretiens individuels et collectifs.
Durée de l'évaluation externe sur le terrain	3 jours / 2 évaluateurs. Du 7 au 9 avril 2014.

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

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Certaines recommandations sont pertinentes. En revanche, d'autres figurants dans le pré-rapport étaient inappropriées en raison de conclusions inexactes qui témoignent d'un décalage entre les constats relevés lors de la visite sur site et le pré rapport. Par ailleurs la qualité rédactionnelle n'est pas entièrement satisfaisante.</p>

### 6.3. Composition de l'équipe d'évaluation

Identité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sylviane MOUSSET</li> </ul>
Place dans l'équipe d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluatrice</li> <li>Professionnel spécialiste « Personne âgée »</li> </ul>
Formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>2011 : Certification AFNOR pour la fonction d'Évaluateur Interne et Externe Expert des Organisations de l'Économie Sociale, Espace SENTEIN à Montpellier</li> <li>2003 : C.A.F.D.E.S. Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement Social, I.R.T.S. Talence Gironde</li> <li>1992 : D.U.T. d'Ergonomie et D.U.T. de Préparation aux Actions de Santé dans l'Entreprise Université de Bordeaux 2</li> <li>1975 : Diplôme d'État d'Infirmière - École d'Infirmières du Centre Hospitalier Régional de Haguenau (Bas-Rhin)</li> </ul>
Expérience	<ul style="list-style-type: none"> <li>2013 : Consultant pour l'évaluation externe de 22 établissements</li> <li>Membre du Jury AAPAPD (Agent d'Accompagnement auprès des Personnes Âgées et des Personnes Dépendantes)</li> <li>Depuis 2011 : Bénévole à l'Association caritative St Vincent de Paul</li> <li>2008-2009 : Directrice des deux EHPAD pour le Groupe AUVENCE</li> <li>2005 : Acquisition et direction de l'EHPAD Burgundia à Arcachon (18 lits)</li> <li>2002 : Acquisition et direction de l'EHPAD La Savane à Gujan Mestras (40 lits)</li> <li>1988–2002 : Responsable du Service Médico-social, Société Cofinoga</li> <li>1986–1988 : Responsable du Service Médico-social, Société C.E.E.T. (Compagnie Européenne Électro-Thermique), à Orléans</li> <li>1983–1986 : Responsable du Service Médico-social, Société MARS Alimentaire à Haguenau (Bas-Rhin)</li> <li>1975-1983 : Infirmière en Traumatologie et Réanimation au Centre Hospitalier Régional de Haguenau (Bas-Rhin)</li> </ul>



Identité	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patricia MANDARON</li></ul>
Place dans l'équipe d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évaluatrice</li><li>• Professionnel spécialiste « Personne âgée »</li></ul>
Formation	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2013 : Certification formatrice « aux bonnes pratiques professionnelles », AFNOR</li><li>• 2013 : Certification évaluateur externe expert, AFNOR</li><li>• 2008 : Diplôme universitaire de Gestion des Etablissements Sanitaires et Sociaux, Lyon 1, Niveau 1</li><li>• 2001 : Licence de management des petites et moyennes structures sanitaires et sociales Université Lyon 1</li><li>• 1980 : DE infirmière</li></ul>
Expérience	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 2009-2011 : Directrice EHPAD, résidence Blanqui, ACPPA.</li><li>• 2002-2009 : Cadre de santé, responsable pôle soin, EHPAD Les Amandines, ACPPA.</li><li>• 1982-2002 : Infirmière libérale Lyon 3<sup>ème</sup></li><li>• 1980-1982 : Infirmière en neurochirurgie infantile, hôpital Wertheimer à Lyon.</li><li>• Mars à juillet 1980 : Infirmière en soins à domicile dans une structure sociale à Villeurbanne.</li><li>• <u>Formations</u><ul style="list-style-type: none"><li>○ 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.</li><li>○ Formations courtes orientées en gériatrie de 2003 à 2006 :</li><li>○ Formation démence, maltraitance, gestion des violences, cohésion d'équipe, nutrition de la personne âgée, prise en charge des plaies et cicatrisation.</li></ul></li></ul>

## 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.*

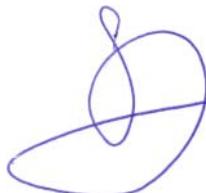
*Je m'engage à déclarer sans délai et par écrit tout évènement ne me permettant pas de réaliser la mission d'évaluation externe à laquelle je me suis engagé dans les conditions d'indépendance, d'objectivité et de déontologie attendue par le décret du 15 mai 2007.*

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

À Blies Ebersing, le 06/07/2014

**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  

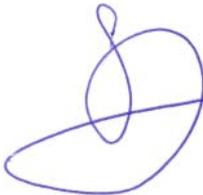



## 6.5. Déclaration sur l'honneur des évaluateurs

Je soussigné, atteste sur l'honneur remplir les conditions nécessaires à l'évaluation de l'organisme «EHPAD Les Acacias» 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 ».

**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

Lundi 7 avril 2014	Programme	Lieu	S. MOUSSET Evaluateur externe / Chef de projet	P. MANDARON Evaluateur externe	Personnes OBLIGATOIREMENT présentes pour entretien individuel	Personnes devant être disponibles à leur poste
9h00 - 9h30	Réunion d'ouverture	Salle de réunion rez- de-jardin	X	X	J. BETTLER EH. BEASSE E. CONSTANCY M. LE FLOCH J. PETITPAS M. BOUILLON	∅
9h30 - 11h00	Visite des locaux		X	X	M. LE FLOCH M. BOUILLON	R. GILLES M. GOUABLIN M. MOISON V. BESNARD C. BREGAIN B. BARRIER D. CHALVIN I. CAHU T. SOURDIN F. LEMARCHANDEL/ L. BOISMARTEL / C. GOBE D. LOYER / C. BOIVENT
11h00 - 12h00	Pratiques professionnelles (suivi dans les services)	Salle de réunion rez- de-jardin disponible pour éventuel entretien		X	F. LEMARCHANDEL / M.SENECHAL/S.HAMARD/L. BOISMARTEL/C.GOBE/A.RO BINE	M. BOUILLON T.SOURDIN
12h30 - 13h30	Pause repas	Salle à manger des familles	X	X	∅	∅
13h30 - 14h00	Participation temps de transmission	Salle de soins IDE	X	X	M.BOUILLON T.SOURDIN/P.CROCHET/E.D OUASBIN M.SENECHAL/C.NOVEL C.BOIVENT/L.MAZIER	∅
14h00 - 15h00	Organisation des soins	Salle de pause rez- de-chaussée	X		J. PETITPAS M. BOUILLON	T.SOURDIN
14h00 - 15h00	Cuisine	Salle de réunion rez- de-jardin		X	C. BREGAIN E. CONSTANCY ML. BATTY	V.AUBRY
15h00 - 16h00	Pratiques professionnelles (suivi dans les services)	Salle de pause rez- de-chaussée disponible pour éventuel entretien	X		C.HAREL/V.DESDOUETS/A.R ACINAIS	T.SOURDIN
15h00 - 16h00	Mise en œuvre des soins - Protocoles et procédures - Circuit du médicament	Salle de réunion rez-de-jardin		X	M. BOUILLON	T.SOURDIN
16h00 - 17h00	Gestion des ressources humaines - DUERP - Formations - Organisation collective	Salle de pause rez- de-chaussée	X		EH. BEASSE R. GILLES	M. BOUILLON
16h00 - 17h00	Pratiques professionnelles (suivi dans les services)	Salle de réunion rez- de-jardin disponible pour éventuel entretien		X	A.RACINAIS/L.MAZIER/C.DE NOUAL	M. BOUILLON E. DOUASBIN
17h00 - 17h30	Analyse doc préparation de la réunion intermédiaire	Salle de réunion rez- de-chaussée	X	X	∅	M. LE FLOCH M. BOUILLON
17h30 - 18h00	Restitution intermédiaire	Salle de réunion rez- de-jardin	X	X	J. BETTLER EH. BEASSE E. CONSTANCY M. LE FLOCH J. PETITPAS M. BOUILLON	∅
21h00 - 22h00	Accompagnement de nuit (suivi dans les services)	Salle de pause rez- de-chaussée disponible pour éventuel entretien	X	X	F. RONCERAY/M. LEVRARD	M. BOUILLON et/ou M. LE FLOCH

Comité de Direction  
Soins (IDE/AS/ASH)

Cuisine  
Encadrement soins

RH  
Nuit

Encadrement site

Mardi 8 avril 2014	Programme	Lieu	S. MOUSSET Evaluateur externe / Chef de projet	P. MANDARON Evalueur externe	Personnes OBLIGATOIREMENT présentes pour entretien individuel	Personnes devant être disponibles à leur poste
9h00 - 10h00	Pilotage ouverture Gestion des plaintes Droits et libertés du résident Partenariats et réseaux Prévention et maltraitance	Salle de réunion rez- de-jardin	X		M. LE FLOCH M. BOUILLON	V. BESNARD T.SOURDIN M. GOUABLIN
9h00-10h00	Maintenance et sécurité Prévention et gestion des risques	Salle de pause rez- de-chaussée		X	E. CONSTANCY D. CHAUVIN	T. DUBREUIL
10h00 - 11h00	Accueil téléphonique Dossiers administratifs	Salle de réunion rez- de-jardin	X		M. GOUABLIN M. LE FLOCH	R. GILLES M. MOISON
10h00 - 11h00	Pilotage des soins, chutes, douleur, fin de vie, etc.	Salle de pause rez- de-chaussée		X	M. BOUILLON T.SOURDIN	∅
11h00 - 12h00	Expression et participation des familles. Appréciation sur leur projet personnel	Salle de réunion rez- de-jardin	X		M. PANNIER M. MARTIN Mme LÉFÈVRE	V. BESNARD M. LE FLOCH
11h00 - 12h00	Hygiène et entretien des locaux (suivi dans les services)	Salle de pause rez- de-chaussée disponible pour éventuel entretien		X	C.DELATOUCHE	M. BOUILLON
12h00 - 13h30	Pause repas	Salle à manger des familles	X	X	∅	∅
13h30 - 14h00	Analyse de document	Salle de réunion rez- de-chaussée	X	X	∅	M. LE FLOCH M. BOUILLON
14h00 - 15h00	Projet de soins Dossier de soins Coordination équipe soignante Coordination gériatrique Projet personnalisé	Salle de pause rez- de-chaussée	X		Dr DE WAILLY M. BOUILLON	∅
14h00 - 15h00	Prise en soins psychologique	Salle de réunion rez- de-jardin		X	S. CAMOUS	∅
15h00 - 16h00	Transmission de l'information Protocoles et procédures Circuit du médicament	Salle de pause rez- de-chaussée	X		M. BOUILLON E.DOUASBIN	∅
15h00 - 16h00	Pratiques professionnelles (suivi dans les services)	Salle de réunion rez- de-jardin disponible pour éventuel entretien		X	D.LOYER/C.HAREL/ V.DESDOUETS	R.MAUDET/ M.BOUILLON
16h00 - 17h00	Idem ?					
16h00 - 17h00	Maintien du lien avec l'extérieur (bénévole)	Salle de pause rez- de-chaussée		X	Mme LEPAILLE et/ou Mme BAMBIN	V. BESNARD
17h00 - 17h30	Analyse doc préparation de la réunion intermédiaire	Salle de réunion rez- de-chaussée	X	X	∅	M. LE FLOCH M. BOUILLON
17h30 - 18h00	Restitution intermédiaire	Salle de réunion rez- de-jardin	X	X	J. BETTLER EH. BEASSE E. CONSTANCY M. LE FLOCH J. PETITRAS M. BOUILLON	∅

### Comité de Direction

Soins (IDE/AS/ASH)

Service Technique

Accompagnement médical et soignant

Représentants familles et résidents

Encadrement site

Encadrement soins

Hygiène

Psychologue

Bénévoles

Accueil

Mercredi 9 avril 2014	Programme	Lieu	S. MOUSSET Evaluateur externe / Chef de projet	P. MANDARON Evaluateur externe	Personnes OBLIGATOIREMENT présentes pour entretien individuel	Personnes devant être disponibles à leur poste
9h00 - 10h00	Vie sociale	Salle de pause rez-de-chaussée	X		V. BESNARD	∅
10h00 - 11h00	Intervenant extérieur (kiné)	Salle de pause rez-de-chaussée	X		S. POMMEREUL	M. BOUILLON
10h00 - 11h00	Sécurité alimentaire, restauration	Salle de réunion rez-de-jardin		X	B. BARRIER M. BOUILLON	∅
11h00 - 12h00	Personnalisation de l'accompagnement	Salle de pause rez-de-chaussée	X		M. BOUILLON	T. SOURDIN L. BOISMARTEL F. LEMARCHANDEL V. BESNARD
11h00 - 12h00	Pratiques professionnelles (suivi dans les services)	Salle de réunion rez-de-jardin disponible pour entretien éventuel		X	F. LEMARCHANDEL/L. BOISMARTEL/C. GOBE	T. SOURDIN
12h00 - 13h30	Pause repas	Salle à manger des familles	X	X	∅	∅
13h30 - 14h00	Analyse de document	Salle de réunion rez-de-chaussée	X	X	∅	M. LE FLOCH M. BOUILLON
14h00 - 14h30	Hygiène et entretien des locaux (suivi dans les services)	Salle de pause rez-de-chaussée disponible pour entretien éventuel	X		O. ROBIDEL/C. NOUVEL/L. MAZIER	T. SOURDIN
14h00 - 15h00	Circuit du linge (suivi dans les services)	Salle de réunion rez-de-jardin disponible pour entretien éventuel		X	I. CAHU H. GERVIS M. BOUILLON	∅
15h00 - 16h00	Echange entre les évaluateurs préparation de la restitution	Salle de réunion rez-de-chaussée	X	X	∅	M. LE FLOCH M. BOUILLON
16h00 - 17h00	Restitution	Salle de réunion rez-de-jardin	X	X	M. BOUCHER J. BETTLER E.H. BEASSE E. CONSTANCY M. LE FLOCH J. PETITPAS M. BOUILLON	∅
17h00	Fin de la visite					

**Animation**  
Soins (IDE/AS/ASH)  
Hygiène

**Intervenant extérieur**  
Encadrement soins  
Lingerie

**Restauration**  
Comité de Direction

## 6.7. Contrat d'évaluation externe et questionnaire évaluatif

(Annexes non paginées)

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	Y a-t-il des enquêtes de satisfaction ? Le PAI est-il un outil de travail pour améliorer les prestations servies au résident ? Où en est l'élaboration du journal interne ?
		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	La personne de confiance est-elle désignée ? Y a-t-il des lieux collectifs où le résident peut recevoir sa famille dans l'intimité ? Y a-t-il une procédure d'accès au dossier du résident ? La famille est-elle partie prenante dans l'accompagnement du résident ?
2.	PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE ET INHERENTS A LA VULNERABILITE DES PERSONNES	2.1. LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR Dépister et soulager 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 ?
		2.2. LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES Prévenir et prendre en charge les chutes	Y a-t-il une évaluation du risque de chute à l'entrée du résident ? 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	Y a-t-il une évaluation du risque d'escarre à l'entrée du résident ? Un planning des changements de position ?
		2.4. LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION Prévenir et prendre en charge la dénutrition	Y a-t-il une évaluation du risque de dénutrition à l'entrée du résident ?
		2.5. LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE Prévenir et prendre en charge l'incontinence	Y a-t-il une évaluation du risque d'incontinence à l'entrée du résident ? Une évaluation du type de change ? Un planning de changes des protections
		2.6. PREVENTION DES RISQUES LIES A LA CONTENTION Limiter et suivre les mises en place de contentions	Quelle est la fréquence des évaluations et des prescriptions des contentions ?
		2.7. 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	Y a-t-il un dépistage du risque de suicide à l'admission du résident ?
		2.8. PREVENTION ET LUTTE CONTRE LES ACTES DE MALTRAITANCE Prévenir les actes de maltraitance ; promouvoir la culture de la bientraitance	Quelle est le niveau d'information des professionnels de la procédure de signalement ?

		2.9.	L'ANALYSE ET LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX	Identifier, analyser, gérer le risque infectieux et Informer les acteurs	
		2.10.	COORDINATION, CONTINUITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS	Optimiser la continuité des soins, assurer la sécurité des soins	Quel est le circuit de l'information ? Y a-t-il une procédure relative au circuit du médicament ?
		2.11.	SÉCURITÉ DU CADRE DE VIE ET DU MATÉRIEL	Garantir la sécurité du cadre de vie et du matériel	Comment sont gérés les paradoxes ?
3.	MAINTIEN DES CAPACITÉS DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION DE DÉPENDANCE	3.1.	LE MAINTIEN DES CAPACITÉS DE DÉPLACEMENT ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES NON-VALIDES	Prévenir la perte d'autonomie en accompagner la dépendance en termes de déplacement	Quelles mesures sont mises en œuvre pour maintenir la mobilité des résidents ?
		3.2.	LE MAINTIEN DES CAPACITÉS À LA TOILETTE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AYANT BESOIN D'UNE AIDE TOTALE	Prévenir la perte d'autonomie en accompagner la dépendance lors de la toilette	Y a-t-il des toilettes évaluatives suivies de toilettes thérapeutiques ? Les professionnels ont-ils des formations au toucher relationnel, au toucher massage ?
4.	LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	4.1.	LE PROJET PERSONNALISÉ	Prendre en compte les besoins et les attentes de chaque résident	Combien de résidents ont-ils un PAI ?
		4.2.	LA PERSONNALISATION DES ACTIVITÉS SOCIALES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES	Offrir aux résidents la possibilité de choisir des activités correspondant à leurs attentes ; Maintenir et développer les liens sociaux	Y a-t-il un recueil des animations et activités préférées du résident ? Comment les liens familiaux sont-ils préservés ?
5.	ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE	5.1.	L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE DES RÉSIDENTS	Respecter la volonté et la dignité de la personne.	Les directives anticipées sont-elles recueillies ?
		5.2.	L'ACCOMPAGNEMENT DE LEURS ENTOURAGES (PROCHES ET PROFESSIONNELS) À CE MOMENT-LÀ.	Soutenir les familles et les résidents	Un accompagnement est-il proposé aux familles et est-il formalisé ?



## Composition du comité de suivi et de pilotage de l'Evaluation Externe en EHPAD

### Président, Représentant légal

Mme J. BETTLER - Directrice CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 46.01

### **Et ses représentants,**

**Directrice adjointe, Directrice Qualité - Responsable du site de ST GEORGES DE R.**

Mme M. LE FLOCH CHMB 35420 ST GEORGE DE R. Hôpi. 46.16

**Directrice adjointe, Directrice des Ressources Humaines- Responsable du site d'ANTRAIN**

Mme EH. BEASSE CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 46.55

**Directrice adjointe, Directrice des services économiques, logistiques, techniques et informatiques -  
Responsable du site de ST BRICE EN C.**

Mme E. CONSTANCY CHMB 35560 ST BRICE EN C. Hôpi. 46.70

### Cadre supérieure de santé, responsable des soins

Mme J. PETITPAS CHMB 35560 ANTRAIN Hôpi. 46.67

### Médecin gériatre, Coordonnateur de l'EHPAD

Docteur L. DEWAILLY EHPAD 35420 ST GEORGES DE Rt

### Cadre de santé, EHPAD

Mme M. BOUILLON EHPAD 35420 ST GEORGES DE Rt 02.99.97.11.67

### Accueil/Admission

Mme M. GOUABLIN EHPAD 35420 ST GEORGES DE Rt 02.99.97.03.10

## Comité de suivi et de pilotage élargi selon l'ordre du jour

### Animatrice

Mme V. BESNARD EHPAD 35420 ST GEORGES DE Rt 02.99.97.11.69

### Psychologue

Mme S. CAMOUS EHPAD 35420 ST GEORGES DE Rt

### Services techniques

M. D. CHAUVIN EHPAD 35420 ST GEORGES DE Rt 06.73.27.50.94

**Cuisine/Restauration**

M. J. LECRIVAIN	EHPAD	35420 ST GEORGES	DE Rt
-----------------	-------	------------------	-------

**Représentant des services soins**

Mme S. ANSEMI (IDE)	EHPAD	35420 ST GEORGES	DE Rt
Mme A. ROBINE (AS)	EHPAD	35420 ST GEORGES	DE Rt

**Services généraux**

Mme I. CAHU	EHPAD	35420 ST GEORGES	DE Rt
Mme C. DELATOUCHE	EHPAD	35420 ST GEORGES	DE Rt

MARCHES PUBLICS ET ACCORDS-CADRES

NOTI5

NOTIFICATION DU MARCHÉ PUBLIC OU DE L'ACCORD-CADRE<sup>1</sup>

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.

<sup>1</sup> 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 Antracun , le 18 Novembre 2012

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

Centre Hospitalier  
Antracun - St-Basile-en-Bois



## 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.)





Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DE L'INDUSTRIE ET DE L'EMPLOI  
Direction des Affaires Juridiques

MARCHES PUBLICS

DC3

## ACTE D'ENGAGEMENT<sup>1</sup> 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 alternatives<sup>2</sup> suivantes :

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

<sup>2</sup> 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](mailto: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 taxes<sup>2</sup> :

Montant hors taxes arrêté en chiffres à : .....

Montant hors taxes arrêté en lettres à : .....

Montant TTC<sup>3</sup> :

Montant TTC arrêté en chiffres à : .....

Montant TTC arrêté en lettres à : .....

OU

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

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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. CONSEILS 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 :  
(Cocher 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 Brice en Cogle

Date de la dernière mise à jour : 15/09/2010.



## **ABREGÉ DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE**

### **EHPAD Les Acacias - Saint Georges de Reintembault -**

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

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

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

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

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

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

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

## ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION 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	L'évaluation interne a été menée de mai 2012 à mars 2013. Un référentiel a été développé en concertation avec l'organisme de formation MQS, à partir d'un référentiel de base consultable sur la plateforme du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine (Aqualie). Un comité de pilotage pluridisciplinaire a été constitué et a défini le périmètre de l'évaluation interne. Les caractéristiques de la population accueillie ont été recueillies et analysées par le Comité de Pilotage.				
Modalités de participation des équipes et des usagers	Un même questionnaire de satisfaction a été présenté aux résidents, aux familles, et aux professionnels. Le taux de retour est de 75% pour les résidents, et de 40% pour les familles. Cette enquête n'était cependant pas adaptée aux préoccupations des agents, d'où un taux de retour de 52%.				
Modalités de suivi des actions du plan d'amélioration	Le Comité de Pilotage a évalué chaque caractéristique et a attribué une cotation afin de définir des marges de progression. Les 12 Recommandations identifiées pour le cadre évaluatif ont représenté une base de réflexion pour mettre en œuvre des actions d'amélioration. Les résultats de l'évaluation interne ont été présentés devant l'ensemble des instances de l'établissement, y compris le CVS.				
Mise en œuvre des axes d'amélioration	Un Plan d'Amélioration de la Qualité a été élaboré suite aux résultats de l'évaluation interne, ainsi qu'un échéancier sur 2012-2017. Un ou plusieurs des processus appliqués sont interrogés afin de répondre aux objectifs d'accompagnement et de soins, d'évaluer leurs effets pour les résidents et de mesurer l'impact du plan d'amélioration mis en place suite à l'évaluation. Un Comité de pilotage est chargé du suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration à raison d'une réunion par trimestre.				
Résultats observés	Un Plan d'Amélioration de la Qualité a été élaboré suite aux résultats de l'évaluation interne, ainsi qu'un échéancier sur 2012-2017. La démarche a permis d'identifier des points forts et 129 points à améliorer. À ce jour, 80 actions ont été réalisées en 2013 soit une atteinte des objectifs à hauteur de 62%, 33 actions sont en cours, 16 ne sont pas réalisées, et 3 ont été annulées.				

## ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION 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	Les 12 Recommandations identifiées pour le cadre évaluatif ont représenté une base de réflexion pour mettre en œuvre des actions d'amélioration. Les indicateurs retenus sont issus de la Recommandation de Bonnes Pratiques de l'ANESM intitulée « L'évaluation interne : repères pour les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes » publiée en 2012.	Le projet d'établissement ne fait pas référence aux RBPP.	Lors de la réécriture du PE, s'appuyer sur les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles concernées.		
Mise à disposition des Recommandations		Une seule Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'ANESM est à la disposition des professionnels dans la salle de pause, le volet 4 de la "Qualité de vie en EHPAD - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident - Novembre 2012".	Mettre à disposition du personnel les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles. <i>Fait depuis le mois de mai.</i>		
Communication et présentation des Recommandations		Une diffusion est faite, mais sans explication particulière.			
Modalités d'appropriation des Recommandations		Les professionnels ne se sont pas appropriés les Recommandations.	Présenter les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles au personnel afin qu'il se les approprie.		
Connaissance des Recommandations		Le personnel ne connaît pas les RBPP publiées par l'Anesm. Les pratiques professionnelles reflètent cependant une attitude bienveillante des équipes vis-à-vis des résidents.			

## ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

<b>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.</b>					
(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 2009-2014 a été établi par un groupe de travail représentatif des différents métiers. La démarche a reposé sur une analyse de la situation et des évolutions futures de l'environnement de proximité, complétée par les résultats d'une auto-évaluation réalisée avec l'aide d'un organisme extérieur. Il comprend un projet de soins, un projet de vie qui contient le projet d'animation, et un projet social.	Les résidents, les familles, le CVS, n'ont pas été associés à l'écriture du projet d'établissement.	Rédiger un nouveau projet d'établissement. Lors de son écriture, associer les usagers, les familles, et le CVS, à son élaboration.		
Articulation des objectifs avec l'environnement	Sur la première page du logiciel PSI, tous les agents ont accès à la liste des entrées et sorties, hospitalisations, rendez-vous extérieurs, absences diverses, animations du jour, anniversaires, informations ponctuelles. Tous les professionnels ont accès à l'intranet.	Le projet d'établissement n'a pas été présenté aux partenaires extérieurs.	Lors de l'écriture du prochain PE, associer les partenaires extérieurs à son élaboration.		
Cohérence des activités déployées avec les objectifs du projet d'établissement	Les indicateurs en lien avec l'accompagnement sont analysés régulièrement .	Le projet d'établissement n'est pas reconnu comme un outil de travail par les salariés.	Lors de l'écriture du prochain projet d'établissement, 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, de l'accompagnement et des ressources à la population accueillie	Le renouvellement de la convention tripartite devrait intervenir en 2015. Les besoins qualitatifs en compétences ont été listés. Les aides-soignantes qualifiées sont trop peu nombreuses au regard du nombre d'agents des services hospitaliers.	Les professionnels connaissent mal les fiches de poste, les Chartes, les documents de la loi 2002-2, et le CVS.	Dater, faire signer, et communiquer sur les fiches de poste des différentes fonctions. Élaborer un Livret d'accueil dédié aux nouveaux salariés et aux stagiaires. Communiquer auprès des professionnels sur les Chartes relatives à la population accompagnée, sur les documents légaux de la loi 2002-2, et sur le CVS. Revoir l'accompagnement par la psychologue.		
Modalités de suivi et d'actualisation du projet d'établissement ou de service	L'évaluation de l'atteinte des objectifs du projet d'établissement est assurée par un groupe pilote, animé par un consultant extérieur. L'établissement suit régulièrement les indicateurs et le taux d'occupation figurant dans le rapport d'activité annuel. L'actuel projet arrivant à échéance, le processus de renouvellement débutera dès le mois de septembre 2014. L'évolution de l'état de santé et de l'autonomie des résidents est appréciée quotidiennement et reportée dans l'outil informatique de gestion des soins, dit Projet de Soins Informatisés (PSI).				

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

## ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

(Exemples d'items: Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur, prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu, contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement...)					
Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe		
Perception du rôle de l'établissement par les partenaires	L'établissement a bonne réputation et ne connaît pas de problème d'activité. Il ne sélectionne pas les futurs résidents en fonction du niveau de dépendance, mais selon la charge en soins, notamment la nuit. Les familles envoient fréquemment des courriers de remerciements, notamment après un décès, et gardent le contact.	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	De nombreuses conventions sont signées : pour le Plan Bleu avec le Centre Hospitalier de Fougères et le CHMB, avec l'Unité mobile de soins palliatifs de Fougères, avec la pharmacie de Saint Georges-de-Reintembault, pour une direction commune avec le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, etc.				
Nature et objet des partenariats mis en place (vie sociale...)					
Prise en compte des réseaux de proximité	Les conseillères en gérontologie du Pays de Fougères, les médecins libéraux, les kinésithérapeutes, font un bon retour et adressent des résidents.	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	Des rencontres intergénérationnelles sont organisées avec le centre de loisirs, un collège et les écoles primaires.	Les espaces extérieurs ne sont pas accessibles aux résidents à mobilité réduite ou en fauteuil roulant.	Aménager les espaces extérieurs pour les rendre accessibles aux résidents à mobilité réduite ou en fauteuil roulant.		

## ABREGÉ DU RAPPORT D'EVALUATION 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	La démarche d'élaboration des projets d'accompagnement individualisés (PAI) est mise en place depuis juin 2012 pour tous les résidents. Un groupe PAI a été constitué. La trame du PAI est propre à l'établissement. Elle a été élaborée par le groupe de travail en s'appuyant sur la Recommandation traitant ce thème. Elle est évolutive et adaptée au fur et à mesure, dans le cadre d'une amélioration continue. Une procédure d'élaboration des PAI a été actualisée en avril 2014.				
Recueil des besoins des usagers	Les familles et les résidents sont entendus pour les recueils de données faits au moment de l'admission, et par la suite par les référents et autres professionnels.				
Participation des usagers à l'élaboration de leur projet		Le résident et la famille ne participent pas à l'élaboration des objectifs du projet personnalisé. L'élaboration du projet personnalisé et des objectifs d'accompagnement ne fait pas l'objet d'un avenant au contrat de séjour.	Faire participer le résident et/ou sa famille à l'élaboration des objectifs d'accompagnement du projet personnalisé. Mettre en place dans les 6 mois suivants l'entrée du résident un avenant au contrat de séjour listant les objectifs d'accompagnement et prévoir un nouvel avenant une fois par an.		
Outils de suivi et d'évaluation	Des tableaux de bord de suivi sont élaborés et rangés dans un classeur pour être facilement consultés.		Mettre en œuvre à l'entrée du résident un bilan gérontologique et cognitif global avec évaluation des risques de chute, dénutrition, escarres, douleur, sorties inopinées, suicide, niveau de dépendance.		
Actualisation des projets	Chaque PAI est revu au moins deux fois par an avec évaluation de l'atteinte des objectifs. Un staff a lieu tous les jeudis de 13h30 à 15h30 pour l'élaboration des PAI.				

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		
Conseil de la Vie Sociale	Le CVS se réunit 3 fois par an. Les CR de réunion sont affichés dans l'établissement.				
Autres instances de participation	Une commission des menus est en place avec trois réunions par an.	Les résidents ne participent pas aux réunions de la commission d'animation.	Inclure la participation des résidents aux réunions de la commission d'animation.		
Recueil de la satisfaction de l'utilisateur	Une enquête de satisfaction a lieu chaque année. Le questionnaire a été retravaillé pour plus de pertinence.				

**ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE**

Maintien des liens sociaux	Une fête des familles a lieu une fois par an à l'automne, avec un repas, de la musique, et un investissement important du personnel. Une réunion des familles est organisée une fois par an. Les familles sont aussi invitées à la galette des rois.				
----------------------------	---	--	--	--	--

## ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION 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	<p>Le processus d'admission est structuré. Les documents issus de la loi 2002-2 sont remis au nouveau résident lors de son entrée. La Charte des droits et libertés de la personne accueillie, et la Charte Bientraitance, spécifique à l'établissement. Deux panneaux d'affichage sont situés à chaque niveau avec les notes de service, les comptes rendus de CVS, les e-mails. La sexualité des résidents fait l'objet d'une réflexion en équipe. Le consentement à l'entrée dans l'établissement est évalué par le cadre de santé ou par l'IDE. Le libre choix du médecin traitant est garanti. Le droit à l'image est respecté. La liste des personnes qualifiées du département est intégrée dans le règlement de fonctionnement. Le résident a la possibilité de désigner une personne de confiance sur une feuille prévue à cet effet. La pratique du culte est respectée.</p>				
La sécurité des résidents	<p>Un Plan Blanc est actualisé chaque année. Les protocoles de maîtrise du risque infectieux sont rédigés (DARI, carnet sanitaire, plan de maîtrise alimentaire, circuit des DASRI, etc.), et les mesures d'analyse sont mises en œuvre. Le registre de sécurité est tenu à jour, et les maintenances et contrôles périodiques réglementaires sont effectués. L'établissement est vigilant sur les équipements électriques apportés par les résidents. Par exemple, les téléviseurs de plus d'un an doivent obligatoirement être révisés chez un professionnel avant d'être mis en service dans les chambres. Le matériel médical et les équipements techniques font l'objet d'une maintenance et d'une adaptation régulière. Il y a un groupe électrogène, mis en route chaque mois et vérifié visuellement chaque semaine.</p>	<p>Un glissement des tâches est observé, notamment au niveau du circuit du médicament.</p>	<p>Revoir l'organisation du travail pour revenir progressivement au respect du rôle propre des ASH et mettre un terme au glissement des tâches. Limiter strictement la dispensation des médicaments aux IDE et aux AS.</p>		

## ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

Les risques individuels	<p>La prévention des risques liés à la santé et inhérents à la vulnérabilité des personnes est l'un des axes d'amélioration définis lors de la démarche d'évaluation interne. La contention bénéficie d'un mode opératoire de mise en place depuis avril 2013. La prévention et la prise en charge des chutes sont formalisées.</p> <p>L'incontinence et la mise en place d'une protection font l'objet d'une réflexion en équipe. Un groupe de suivi nutrition est constitué. La prévention et la prise en charge de la dénutrition sont encadrées par des protocoles.</p> <p>La cadre de santé, en lien avec le médecin coordonnateur, a mis en place le chariot d'urgence, un stock de médicaments.</p> <p>Le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement ont fait l'objet de formations dispensées en 2013.</p>				
Evènements indésirables (analyse, suite donnée)	<p>Le recueil des plaintes est formalisé depuis début 2014. La plainte est orientée par l'agent d'accueil. Le suivi de la plainte est tracé à l'accueil dans un classeur dédié. Une réponse écrite est rédigée.</p>	<p>Les FSEI ne sont pas encore opérationnelles, car elles nécessitent la mise en place d'un circuit de traitement.</p>	<p>Dès que les FSEI seront en circuit, mettre en œuvre une information et une sensibilisation des agents à leur utilisation.</p>		
Faits de maltraitance (analyse, suite donnée)	<p>Un groupe Bientraitance est formé et commence à se réunir en mai avec un rythme de réunion bimensuel. Une formation Bientraitance est programmée en septembre pour 2 agents référents du groupe. Une IDE est référente Bientraitance.</p> <p>Le numéro vert maltraitance est affiché.</p>				
L'accompagnement de fin de vie	<p>Un accompagnement de fin de vie est assuré au sein de l'établissement dans la dignité et le respect des convictions du résident. Les consignes de fin de vie sont en général recueillies sans trop de difficultés. Les familles sont informées et soutenues durant cette période par la psychologue et l'ensemble de l'équipe.</p>	<p>Les directives anticipées sont moins aisées à obtenir, les professionnels n'étant pas toujours très à l'aise pour aborder ce sujet, ni pour expliquer aux résidents ou aux familles ce dont il s'agit.</p>			

## ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

### 8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'EHPAD Les Acacias tire aujourd'hui sa force de la direction commune avec le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, qui lui apporte son infrastructure hospitalière, une solide implantation dans le territoire, une puissance de négociation, et les compétences d'une équipe de direction hautement qualifiée et exigeante. Cette conjoncture favorable permet à l'établissement de sortir tête haute d'une période difficile qu'il a traversé pendant les années 2000. Forte de cette mutualisation de moyens et redynamisée par sa démarche qualité, l'institution aborde la renégociation de sa convention tripartite sous les meilleurs auspices.

### 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	28 entretiens
Nombre de jours pour conduire l'évaluation externe	8 jours
Dates de début et de fin de mission	du 7 au 9 avril 2014

### Commentaires de l'ESSMS

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Certaines recommandations sont pertinentes. En revanche, d'autres figurants dans le pré-rapport étaient inappropriées en raison de conclusions inexactes qui témoignent d'un décalage entre les constats relevés lors de la visite sur site et le pré rapport. Par ailleurs la qualité rédactionnelle n'est pas entièrement satisfaisante. Après corrections, l'équipe de Direction et encadrante est en accord avec les conclusions générales apportées au rapport final de l'évaluation externe de l'EHPAD Résidence Les Acacias</p>

