

# RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

*DOCUMENT DE SYNTHÈSE*

***EHPAD Casteran**  
18 rue du Dr Poirrier  
53370 St Pierre des nids*



## INTRODUCTION

Conformément à la réglementation, et à notre engagement, nous réalisons notre évaluation externe au premier semestre 2014.

- D'abord, nous avons reçu un pré rapport « V1 » au printemps 2014.
- Ensuite, ce document a été porté à la connaissance du personnel et de la cellule qualité.
- Puis, après débat, nous avons fait un retour de lecture « V2 » en septembre.
- Enfin, le rapport final « V définitif » nous a été remis.

La réalisation de cette évaluation s'inscrit pleinement dans la démarche qualité entreprise par l'établissement.

- Le suivi d'un « programme d'amélioration continue de la qualité » (PAQ), participe à la mobilisation des personnels.
- Il traduit la vision, l'intention, l'engagement de notre équipe, et sa conception de l'accompagnement de la personne âgée.
- Cette conception s'est construite et continue à se construire au fil des jours en permanence traversée par une éthique partagée : « **placer le résident au centre des préoccupations** ».

Le document qui vous est présenté est une synthèse. Le rapport en version complète est à votre disposition dans l'établissement.

Nous espérons que cette lecture vous donnera un éclairage complémentaire sur notre action au service de la personne âgée.

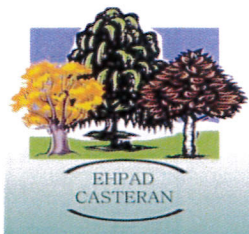
Le Directeur,  
Philippe Guilloux

Le Président,  
Jean Rapy

« Ehpad CASTERAN »  
18, rue du Docteur Poirrier  
53370 Saint Pierre des nids

**RAPPORT  
D'ÉVALUATION EXTERNE**

Mission d'évaluation externe réalisée  
Sur site de janvier à avril 2014



Version : RAPPORT FINAL

Date : 2 / 02 / 2015

## PARTIE 5 – SYNTHÈSE (SELON LE MODÈLE ANESM)

### Domaine 1 : INTRODUCTION

#### 1-1 L'évaluation interne mise en œuvre par l'établissement :

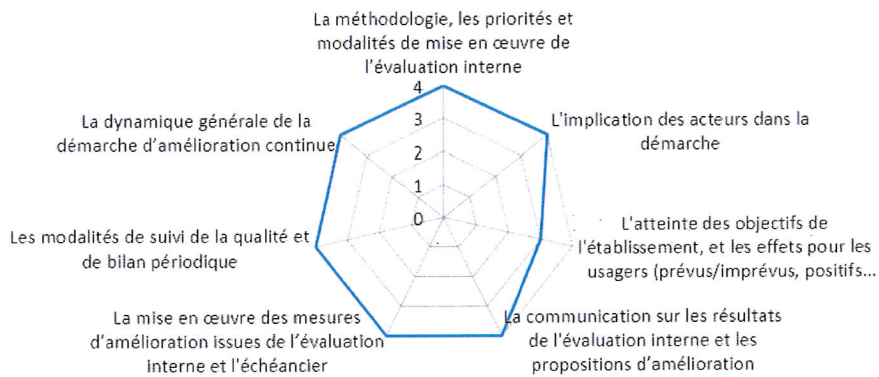
	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
1-1-1	La méthodologie, les priorités et modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne	4	Démarche évaluative organisée, avec des outils adaptés aux spécificités de l'établissement, réalisée de manière participative. Evaluation interne dont les résultats ont alimenté directement la démarche de renégociation de la convention tripartite ainsi que la révision du projet d'établissement.	
1-1-2	L'implication des acteurs dans la démarche	4	Démarche conduite de manière participative, en impliquant fortement les professionnels, mais en allant également recueillir des informations auprès des résidents, et en informant tous les acteurs. Le questionnement sur les pratiques est inscrit, dans le projet d'établissement, parmi les principes d'action des professionnels	
1-1-3	L'atteinte des objectifs de l'établissement, et les effets pour les usagers (prévus/imprévus, positifs ou négatifs)	3	Savoir-faire méthodologique, avec la mise en œuvre de la pratique d'audit ayant conduit à interroger directement les résidents. Taux de satisfaction globale des résidents.	La démarche d'évaluation interne ne s'est pas appuyée sur des résultats d'enquête de satisfaction, permettant de mesurer les effets pour les usagers.
1-1-4	La communication sur les résultats de l'évaluation interne et les propositions d'amélioration	4	Information continue du personnel tout au long de la démarche d'évaluation. Information collective des résidents et des proches sur les résultats de l'évaluation interne et sur les différentes actions d'améliorations inscrites au plan.	
1-1-5	La mise en œuvre des mesures d'amélioration issues de l'évaluation interne	4	Plan d'actions défini, avec description de l'action, pilote, priorité, échéance.	



	et l'échéancier		
1-1-6	Les modalités de suivi de la qualité et de bilan périodique	4	COPIIL qualité, se réunissant mensuellement.
1-1-7	La dynamique générale de la démarche d'amélioration continue	4	Les savoir-faire méthodologiques sont acquis. Les professionnels sont impliqués. Ils sont encouragés par le style de management participatif de la direction. Il existe une forte dynamique générale d'amélioration de la qualité.

**Propositions / Préconisations**

- Réfléchir à la fonction de "responsable qualité", et au rôle qui pourrait lui être défini, notamment par rapport à la gestion des risques.

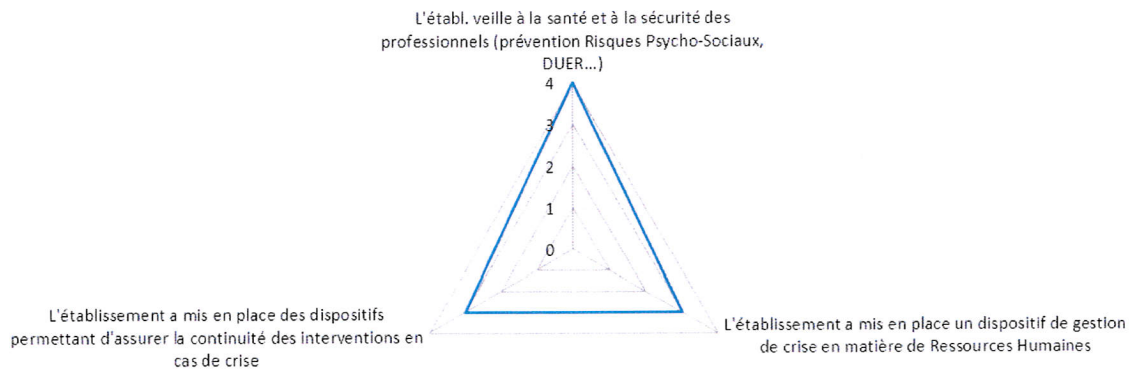


**1-2 La prise en compte des recommandations de l'Anesm par l'établissement**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
1-2-1	Les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm sont un outil de référence pour l'encadrement	4	Prise en compte des recommandations de l'Anesm dans le domaine de l'animation et pour les projets personnalisés.	
1-2-2	La pratique des professionnels s'appuie sur les recommandations de l'Anesm qui concernent l'établissement	3	Mise à disposition des recommandations pour tous les professionnels de l'établissement.	Faible connaissance de l'Anesm de la part des professionnels (hormis les membres de la cellule qualité).
1-2-3	L'établissement s'organise afin d'améliorer la connaissance des recommandations de l'Anesm qui concernent ses activités	2		Pas d'action volontariste visant à améliorer la connaissance des recommandations.

**Propositions / Préconisations**

- Lors de la prochaine évaluation interne (2016), se baser sur la recommandation de mars 2012 sur l'évaluation interne des ehpad.
- Afin de favoriser l'appropriation des recommandations Anesm par les professionnels, il pourrait être intéressant de mettre à disposition de chaque référent les recommandations se rapportant à son domaine de référence. Ou tout au moins les synthèses (selon tableau à définir).





**Domaine 2 : - LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET SA MISE EN OEUVRE**

**Le PE définit son objectif central en cohérence avec les missions imparties, et le décline en objectifs opérationnels**

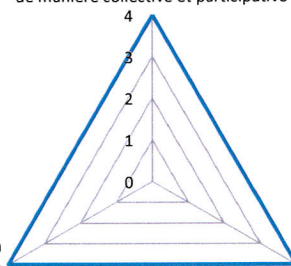
2-1

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-1-1	Le PE est établi, actualisé et valide ; il a été élaboré de manière collective et participative	4	Lien entre le projet d'établissement et l'évaluation interne réalisée précédemment. Les consultations obligatoires (CVS, CA du CCAS) ont été faites.	Les conditions d'élaboration et révision du PE ne sont pas définies, en l'absence de procédure de gestion documentaire.
2-1-2	Le PE énonce clairement l'objectif central de l'établissement ; celui-ci est pertinent au regard des missions imparties	4	L'objectif central est énoncé et est pertinent au regard des missions confiées par la convention tripartite et en cohérence avec le schéma départemental personnes âgées.	
2-1-3	L'objectif central de l'établissement se décline en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions	4	L'offre de l'établissement est présentée de manière détaillée et concrète sous la forme de 10 objectifs.	

**Propositions / Préconisations**

- Définir une procédure d'élaboration et d'actualisation du projet d'établissement, pouvant être incluse dans une "procédure de gestion documentaire" plus générale (définissant les modalités de rédaction, diffusion, mise à jour, archivage des différents documents, procédures, protocoles...).

Le PE est établi, actualisé et valide ; il a été élaboré de manière collective et participative



L'objectif central de l'établissement se décline en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions

Le PE énonce clairement l'objectif central de l'établissement ; celui-ci est pertinent au regard des missions imparties

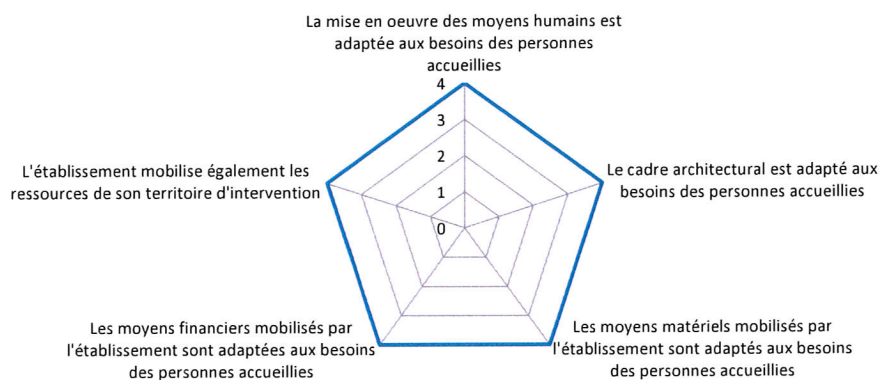
**2-2 Les ressources mobilisées par l'établissement permettent de mettre en oeuvre son projet.**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-2-1	La mise en oeuvre des moyens humains est adaptée aux besoins des personnes accueillies	4	Professionnels formés, diplômés, très motivés. Organisation par domaines de référence, très "dynamisante" pour l'équipe.	
2-2-2	Le cadre architectural est adapté aux besoins des personnes accueillies	4	Bâtiment adapté, propre, entretenu, fonctionnel. Construction autour du patio traité en "place centrale" Extérieurs bien traités.	Acoustique du patio.
2-2-3	Les moyens matériels mobilisés par l'établissement sont adaptés aux besoins des personnes accueillies	4	Matériels et équipements adaptés à disposition. Equipements entretenus. Professionnels organisés pour être toujours "au mieux" Optimisation des équipements et matériels.	
2-2-4	Les moyens financiers mobilisés par l'établissement sont adaptés aux besoins des personnes accueillies	4	CCAS très impliqué.	
2-2-5	L'établissement mobilise également les ressources de son territoire d'intervention	4	Nombreux partenariats dans lesquels l'établissement est très impliqué.	

**Propositions / Préconisations**

- L'organisation par domaines de références gagnerait à être clarifiée par un tableau matriciel (tableau à double entrée : par ex avec les services en colonnes, et les domaines de référence en lignes)
- Un travail sur l'acoustique, dans le patio central, pourrait être envisagé.
- Réfléchir à l'aménagement du bureau de la secrétaire, afin de lui donner une vue sur l'entrée et le sas d'entrée/sortie.





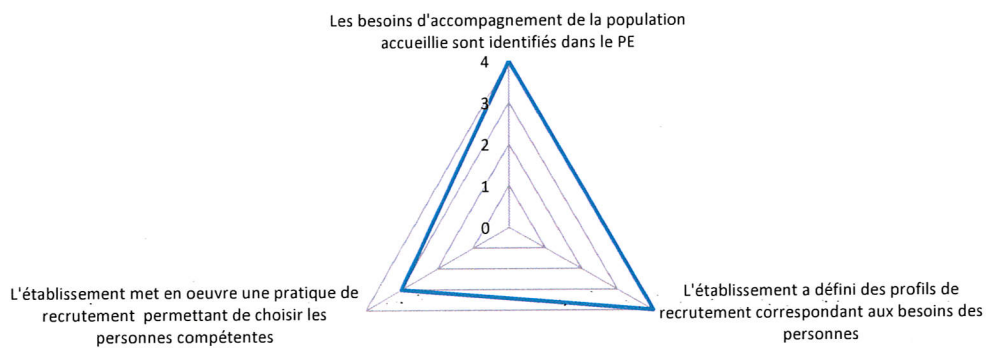
**2-3 Le profil des professionnels et leurs compétences sont adaptés aux besoins de la population accompagnée**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-3-1	Les besoins d'accompagnement de la population accueillie sont identifiés dans le PE	4	Procédure d'accueil et d'admission, allant du l'inscription à l'établissement du Projet Personnalisé.	
2-3-2	L'établissement a défini des profils de recrutement correspondant aux besoins des personnes	4	Document RH regroupant toutes les fiches de poste et de tâche. Fiches actualisées	Quelques fiches à actualiser

2-3-3	L'établissement met en oeuvre une pratique de recrutement permettant de choisir les personnes compétentes	3		Une procédure RH serait à définir, préciser les modalités de recrutement.
-------	---	---	--	---

**Propositions / Préconisations**

- Etablir une procédure RH traitant du recrutement, de l'évaluation, de la formation...



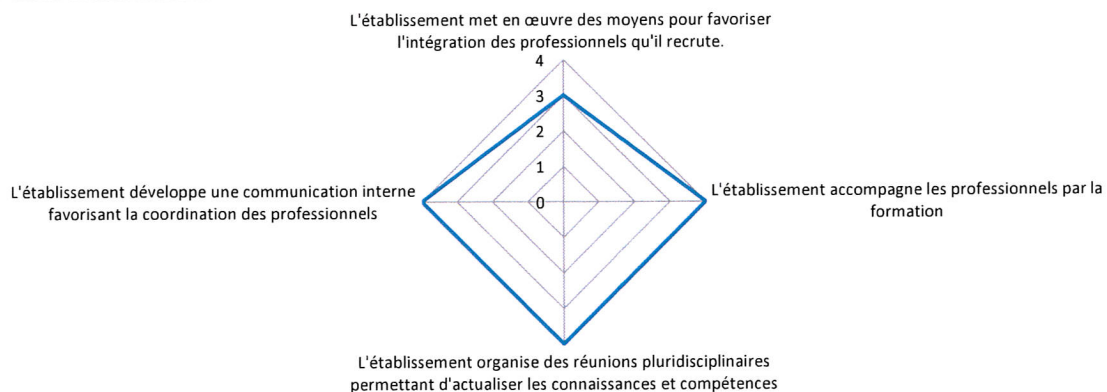


**2-4 L'établ. s'organise pour adapter les professionnels à leur fonction et améliorer leurs compétences**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-4-1	L'établissement met en œuvre des moyens pour favoriser l'intégration des professionnels qu'il recrute.	3	Des documents permettent de faciliter l'intégration, en précisant les attendus de l'établissement (Règlement intérieur, avec une partie déontologie, livret d'accueil...)	Pas de procédure RH, relative à l'intégration des nouveaux embauchés (fait l'objet de la fiche action FA14-02)
2-4-2	L'établissement accompagne les professionnels par la formation	4	La formation est une préoccupation de l'établissement. La cohérence entre les priorités du plan de formation est l'organisation par domaines de référence.	
2-4-3	L'établissement organise des réunions pluridisciplinaires permettant d'actualiser les connaissances et compétences	4	Soutien des professionnels par la psychologue de l'établissement. Réunions semestrielles, où les responsables de domaines de référence peuvent intervenir.	
2-4-4	L'établissement développe une communication interne favorisant la coordination des professionnels	4	Un outil intranet permettant de diffuser facilement l'information à tous les professionnels, et une meilleure coordination.	

**Propositions / Préconisations**

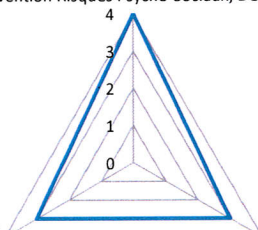
- Définir de manière formelle (dans une procédure RH) l'intégration des nouveaux embauchés pour la prise de poste et pour les premiers jours de travail (en définissant par ex une période de tutorat, les documents remis tels que livret, règlement intérieur, fiche de poste...)



**2-5 L'établ s'organise pour prévenir les risques professionnels et met en place des dispositifs de gestion de crise**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-5-1	L'établ. veille à la santé et à la sécurité des professionnels (prévention Risques Psycho-Sociaux, DUER...)	4	Document unique établi, et démarche de prévention organisée, avec le concours de 2 référents gestion des risques.	
2-5-2	L'établissement a mis en place un dispositif de gestion de crise en matière de Ressources Humaines	4	Plan global de gestion des crises. Conventions avec des établissements hospitaliers.	
2-5-3	L'établissement a mis en place des dispositifs permettant d'assurer la continuité des interventions en cas de crise	3	Plan bleu actualisé. Espace climatisé. Groupe électrogène.	
<b>Propositions / Préconisation</b>				

L'établ. veille à la santé et à la sécurité des professionnels  
(prévention Risques Psycho-Sociaux, DUER...)



L'établissement a mis en place des dispositifs permettant d'assurer la continuité des interventions en cas de crise

L'établissement a mis en place un dispositif de gestion de crise en matière de Ressources Humaines

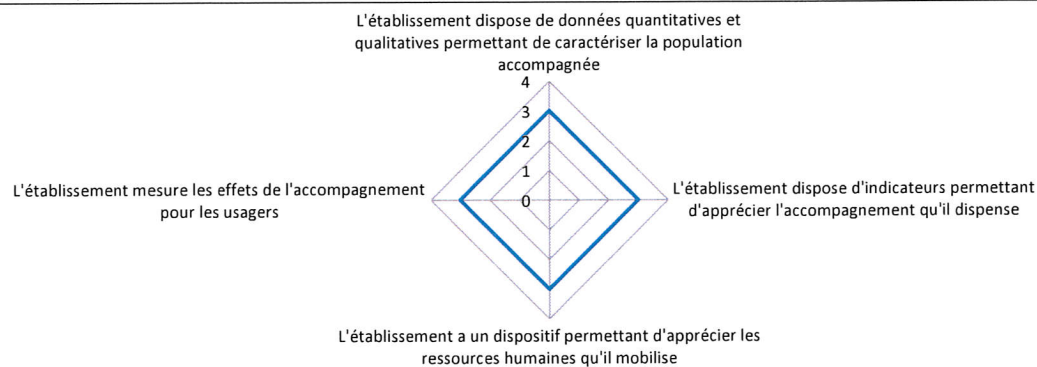


**2-6 L'établ dispose de données permettant de caractériser la population et d'apprécier les ressources qu'il mobilise**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-6-1	L'établissement dispose de données quantitatives et qualitatives permettant de caractériser la population accompagnée	3	Recueil complet et pluridisciplinaire des données des résidents. Dossier informatisé	
2-6-2	L'établissement dispose d'indicateurs permettant d'apprécier l'accompagnement qu'il dispense	3		Tableau de bord de suivi des indicateurs à mettre en place.
2-6-3	L'établissement a un dispositif permettant d'apprécier les ressources humaines qu'il mobilise	3		L'évaluation des collaborateurs pourrait utilement évoluer vers une appréciation des compétences avec la fixation d'objectifs.
2-6-4	L'établissement mesure les effets de l'accompagnement pour les usagers	3	Enquêtes de satisfaction. Réunions de résidents et familles Activité importante du CVS Avis des résidents entendus	Entre 2010 et 2012 (période de l'évaluation interne), l'établissement n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction.

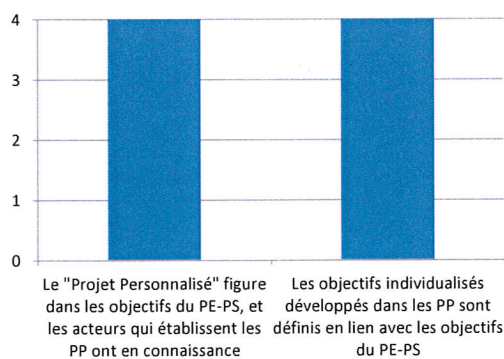
**Propositions / Préconisations**

- Entreprendre un travail sur la politique du dossier du résident (en se référant au guide DGAS "le dossier de la personne accueillie..." 06/2007), définir son architecture-type, la durée de conservation des informations, les modalités d'accès au dossier...
- Mettre en place un tableau de bord de suivi d'indicateurs, notamment ceux proposés par l'Anesm (cf Recomm Evaluation Interne Ehpad de 02/2012, ou circ 31/12/2013 annexe5). Et le suivi d'indicateurs RH (turn-over, absentéisme, formation...)
- Faire évoluer le système de notation administrative vers un entretien d'appréciation des compétences pouvant conduire à la fixation d'objectifs.



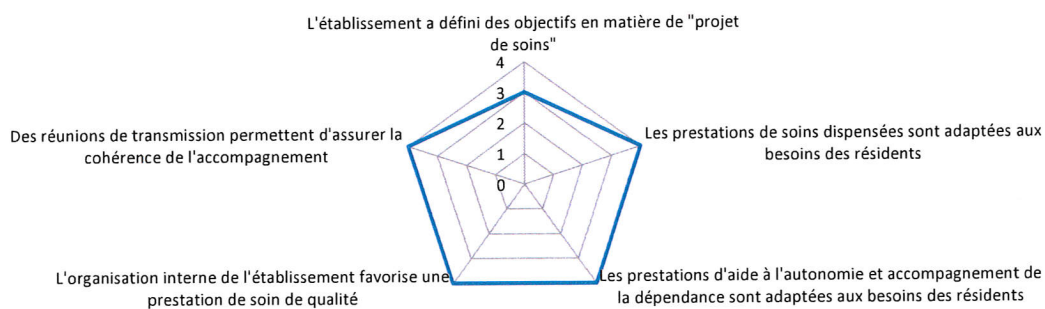
**2-7 Les objectifs du PE-PS se déclinent, au niveau des usagers, en Projets Personnalisés**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-7-1	Le "Projet Personnalisé" figure dans les objectifs du PE-PS, et les acteurs qui établissent les PP ont en connaissance	4	Pilotage organisé des Projets Personnalisés Co-construction des projets en équipes et participation des usagers	
2-7-2	Les objectifs individualisés développés dans les PP sont définis en lien avec les objectifs du PE-PS	4	Objectifs des PP en totale cohérence avec les objectifs du PE	
<b>Propositions / Préconisations</b>				



**2-8 L'établissement développe une organisation pertinente des soins aux résidents**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-8-1	L'établissement a défini des objectifs en matière de "projet de soins"	3	Les deux grandes lignes du projet de soins (articulation soin/vie sociale et gestion des risques) sont pertinentes.	Le projet de soin détaillé reste à formaliser.
2-8-2	Les prestations de soins dispensées sont adaptées aux besoins des résidents	4	Décisions personnalisées et adaptées Plan de soins personnalisé Médecin Co présent et Psychologue Travail en équipe	Manque de temps pour les actes "non mesurables" prévention, précaution, anticipation.
2-8-3	Les prestations d'aide à l'autonomie et accompagnement de la dépendance sont adaptées aux besoins des résidents	4	Plan d'aide à l'autonomie individualisé Equipe pluridisciplinaire	
2-8-4	L'organisation interne de l'établissement favorise une prestation de soin de qualité	4	Organisation originale et très performante Médecin Co efficace et moteur Travail en réseau, en utilisant les ressources du territoire.	
2-8-5	Des réunions de transmission permettent d'assurer la cohérence de l'accompagnement	4	Transmissions régulières Transmissions ciblées Tracées dans le logiciel de soins Présence du Médecin Co et de la Psychologue	
<b>Propositions / Préconisations</b>				
- Formaliser le "projet de soins" dans toutes les dimensions de la prise en charge, en détaillant les moyens mis en oeuvre.				

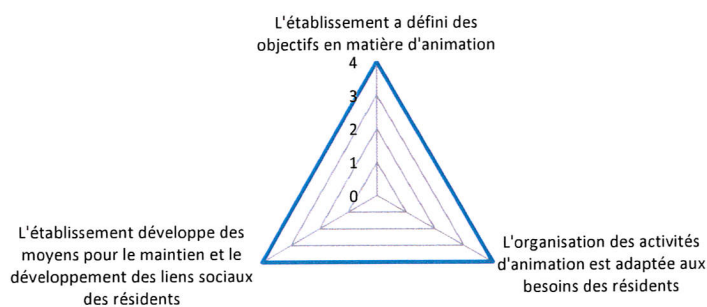




**2-9 L'établissement développe une organisation pertinente de activités sociales**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-9-1	L'établissement a défini des objectifs en matière d'animation	4	Objectifs définis précisément Vision transversale large de la vie sociale, dans une prise en charge globale.	
2-9-2	L'organisation des activités d'animation est adaptée aux besoins des résidents	4	Activités adaptées et appréciées. Notion large de la "vie sociale" Architecture favorable PP prenant en compte les activités	
2-9-3	L'établissement développe des moyens pour le maintien et le développement des liens sociaux des résidents	4	Liens avec les familles. Liens avec la vie communale Coopération inter-établissement Association locale et bénévolat L'association "Vie l'Age" initiée par les professionnels de l'établissement.	

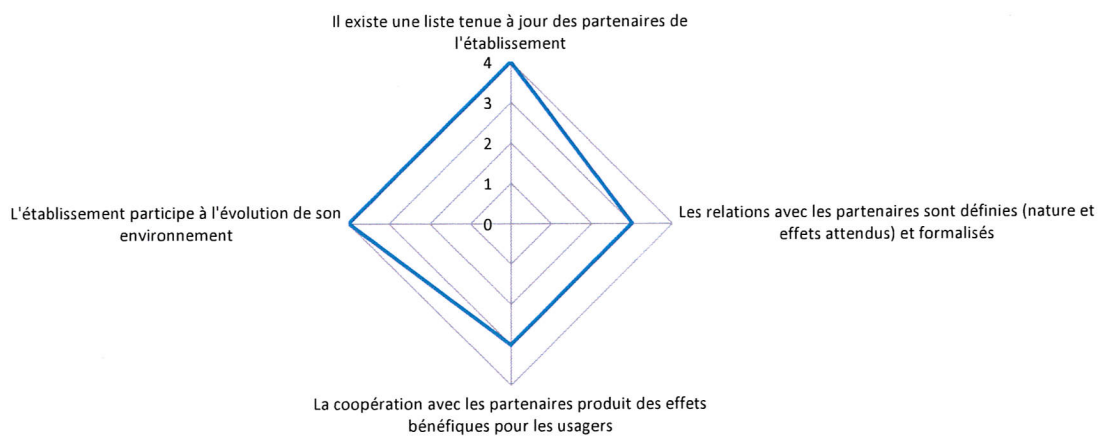
**Propositions / Préconisations**



**Domaine 3 : - L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT**

**3-1 L'établissement a mis en place des partenariats (externes, et/ou internes)**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
3-1-1	Il existe une liste tenue à jour des partenaires de l'établissement	4	Médecins et Kinés ont signé la convention intervenants libéraux L'établissement est inscrit dans son environnement Partenariats de ressources.	
3-1-2	Les relations avec les partenaires sont définies (nature et effets attendus) et formalisés	3	Partenariats nombreux et formalisés Apport à la prise en charge Implication forte des professionnels dans certains partenariats (soins palliatifs,...)	Dans les conventions de partenariats, l'effet attendu pour les résidents n'est pas toujours décrit. La coopération entre les ehpad des avaloirs n'est pas formalisée par une structure juridique. Rendre effective la signature de la "charte de bénévolat" par ceux-ci
3-1-3	La coopération avec les partenaires produit des effets bénéfiques pour les usagers	3	Apport des partenariats à la qualité de la prise en charge. DLU informatisé. Recherche de fluidité dans les hospitalisations/retours par l'établissement.	Collaboration faible des CH dans la recherche de fluidité dans les hospitalisations/retours. Ces collaborations, pourtant inscrites dans les conventions ne sont pas effectives, elles ne sont pas évaluées en partenariat.
3-1-4	L'établissement participe à l'évolution de son environnement	4	Coopération des Avaloirs et projets communs Présence sur le secteur gérontologique	
<p><b>Propositions / Préconisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lors de l'évaluation des différentes conventions signées, avant reconduction de celles-ci, faire en sorte que les effets attendus pour les résidents soient bien précisés.</li> <li>- Formaliser le partenariat entre les ehpad des avaloirs par une structure juridique de coopération, définissant les objectifs et les moyens.</li> </ul>				

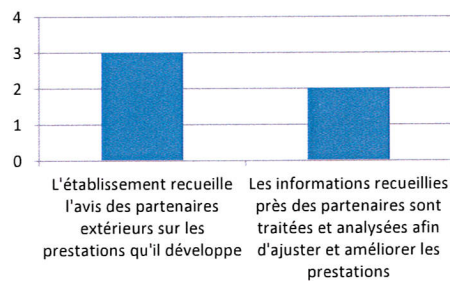


**3-2 La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'établissement est positive**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
3-2-1	L'établissement recueille l'avis des partenaires extérieurs sur les prestations qu'il développe	3	A l'écoute des avis. Tient compte de l'avis des partenaires Les partenaires perçoivent l'établissement de façon positive.	Formalisation du recueil de l'avis des partenaires, enquêtes, registre, interviews, ... Rechercher l'avis de tous les partenaires (recherche de l'image le l'établissement).
3-2-2	Les informations recueillies près des partenaires sont traitées et analysées afin d'ajuster et améliorer les prestations	2	Très bonne image extérieure.	Formaliser les avis des partenaires et rechercher les avis objectifs. Interviewer les stagiaires, les remplaçants, par l'intermédiaire d'un questionnaire.

### Propositions / Préconisations

- Réfléchir à l'idée d'un cahier ou d'un système d'enregistrement des relations avec les partenaires, y noter leurs demandes, leurs avis, les suites données...
- Exploiter le regard extérieur des stagiaires qui passent dans l'établissement, par exemple en leur demandant de produire un "rapport d'étonnement"...



### 3-3 Les interventions des partenaires s'intègrent aux projets personnalisés

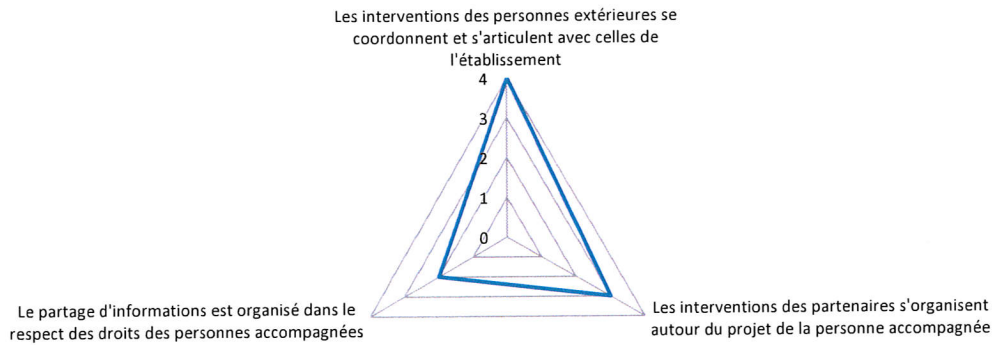
	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
3-3-1	Les interventions des personnes extérieures se coordonnent et s'articulent avec celles de l'établissement	4	Coordination avec les médecins, kinés ... Coordination "naturelle" organisée et formalisée Commission de coordination gériatrique Adhésion au PE et PP	
3-3-2	Les interventions des partenaires s'organisent autour du projet de la personne accompagnée	3	Communication existante et efficace	Formalisation de la communication autre que médicale



3-3-3	Le partage d'informations est organisé dans le respect des droits des personnes accompagnées	2	Secret et confidentialité effectifs. Pilotage par l'encadrement et réflexion en équipe.	Inscription au PE. Echange avec le résident, et formalisation de son consentement au partage d'informations qui le concerne. Formalisation de la réflexion en équipe.
-------	--	---	--	---

**Propositions / Préconisations**

- Il pourrait être précisé quelque part (par ex. dans le contrat de séjour, et le règlement de fonctionnement, ou le PE afin qu'il y ait cohérence entre tous ces documents) que le résident consent au partage d'informations personnelles, entre les professionnels (internes et externes) intervenant dans sa prise en charge, dans son intérêt.

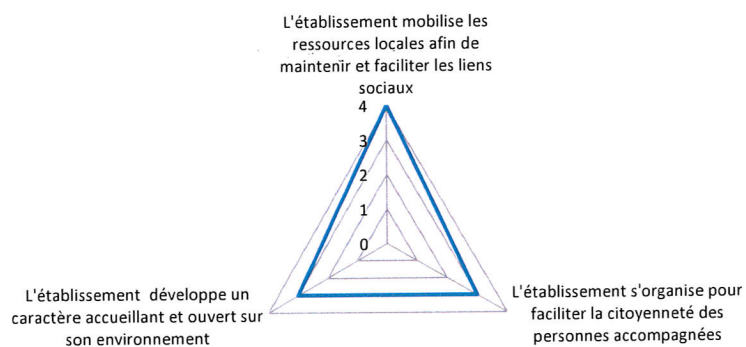


**3-4 L'établ mobilise les ressources du territoire pour promouvoir l'intégration sociale et citoyenne des usagers**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
3-4-1	L'établissement mobilise les ressources locales afin de maintenir et faciliter les liens sociaux	4	Ouverture vers et à l'environnement Participation à la vie locale Association interne "Vie l'Age" Action des bénévoles	
3-4-2	L'établissement s'organise pour faciliter la citoyenneté des personnes accompagnées	3	La citoyenneté est inscrite dans les valeurs et principes d'action de l'établissement	Dans les documents (PE) la participation aux consultations électorale n'est pas envisagée comme modalité d'expression de la citoyenneté
3-4-3	L'établissement développe un caractère accueillant et ouvert sur son environnement	3	Cadre architectural bien adapté aux missions, et accueillant.	Faciliter l'accès aux extérieurs pour les personnes âgées.

**Propositions / Préconisations**

- Lors d'une révision du PE, il pourrait être pertinent d'évoquer la question de la participation aux consultations électorales parmi les modalités d'expression de la citoyenneté (dans le strict respect de la neutralité, en raison du statut d'établissement public territorial)



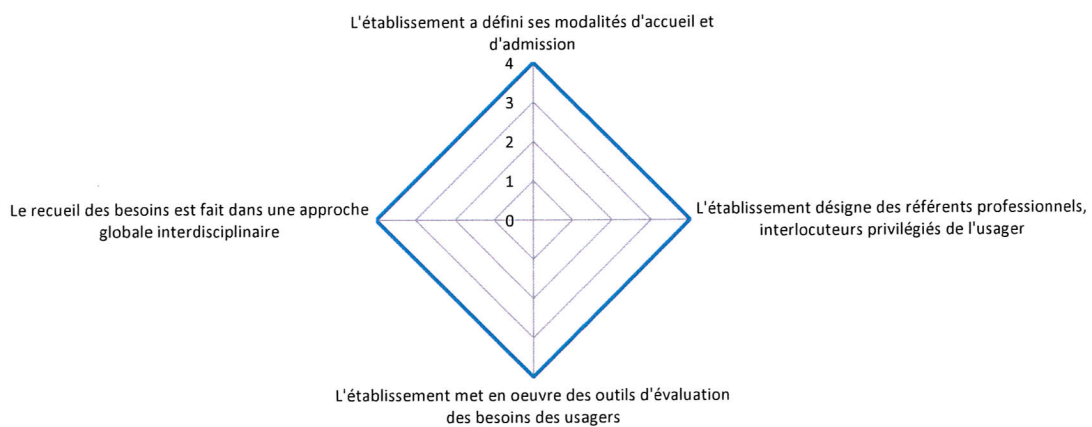
**Domaine 4 : - LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT**

**4-1 L'établ recueille et évalue les besoins des usagers qu'il accueille**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
4-1-1	L'établissement a défini ses modalités d'accueil et d'admission	4	Qualité et réussite de l'admission inscrite comme objectif du PE. Procédure décrite et précise. Protocole écrit pour chaque phase de l'accueil avec professionnels identifiés.	
4-1-2	L'établissement désigne des référents professionnels, interlocuteurs privilégiés de l'utilisateur	4	Référent professionnel identifié Rôle et mission des référents professionnels définis. Référent familial désigné.	
4-1-3	L'établissement met en oeuvre des outils d'évaluation des besoins des usagers	4	Les évaluations sont programmées et organisées et coordonnées. L'avis de l'utilisateur est pris en compte L'objectif est de préparer l'élaboration du PP	
4-1-4	Le recueil des besoins est fait dans une approche globale interdisciplinaire	4	Procédure pluridisciplinaire et collégiale Evaluation de la qualité de l'accueil après chaque entrée	

**Propositions / Préconisations**

- La réactualisation de la désignation de la personne de confiance, et l'explication de son rôle, pourraient être intégrés à la procédure d'actualisation des projets personnalisés.



#### 4-2 Les usagers (et/ou Repr.légal) participent à l'élaboration et à l'actualisation de leur P.P.

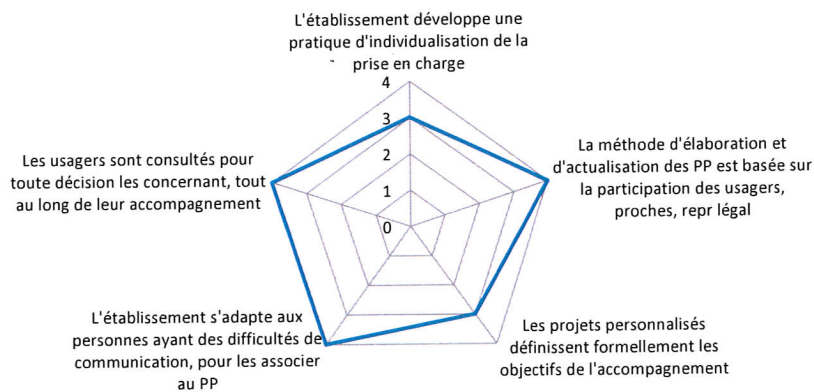
	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
4-2-1	L'établissement développe une pratique d'individualisation de la prise en charge	3	L'individualisation de la prise en charge est effective. Le projets personnalisés sont formalisés pour la moitié des résidents. La dynamique est bien engagée.	Atteindre l'objectif de formalisation du projet personnalisé de tous les résidents.
4-2-2	La méthode d'élaboration et d'actualisation des PP est basée sur la participation des usagers, proches, repr légal	4	Le recueil des avis du résident et de ses proches est formalisés et intégrés au PP	



4-2-3	Les projets personnalisés définissent formellement les objectifs de l'accompagnement	3	Une trame de projet personnalisé synthétique. Pour chaque résident des objectifs sont fixés, selon les axes et problématiques qui lui sont propres. Des actions sont définies pour chaque objectif	Tous les résidents ne disposent pas encore d'un projet personnalisé (l'objectif CTP étant de 100% fin 2015).
4-2-4	L'établissement s'adapte aux personnes ayant des difficultés de communication, pour les associer au PP	4	Ecoute de tous les instants par tous les professionnels Echange permanent entre les professionnels Intervention de la psychologue en équipe et auprès du résident	
4-2-5	Les usagers sont consultés pour toute décision les concernant, tout au long de leur accompagnement	4	Relation très forte et permanente entre les résidents et les professionnels Les soins et activités sont expliqués et les choix respectés	

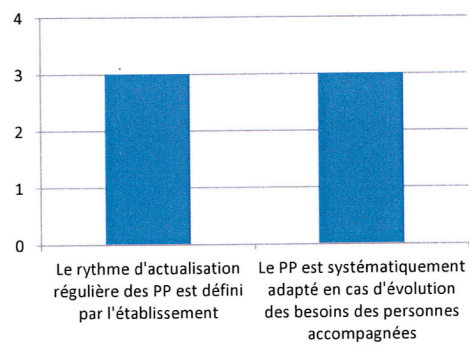
**Propositions / Préconisations**

- Dans la suite du document de travail (sept-oct 2012), la procédure d'élaboration des projets personnalisés pourrait être formalisée sous la forme d'un logigramme.



4-3 Les PP sont actualisés périodiquement, afin de les adapter à l'évolution des situations

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
4-3-1	Le rythme d'actualisation régulière des PP est défini par l'établissement	3	Tableau de bord des projets personnalisés, permettant de suivre l'avancement.	Planification de l'actualisation au fur et à mesure des PP
4-3-2	Le PP est systématiquement adapté en cas d'évolution des besoins des personnes accompagnées	3	Adaptation de la prise en charge effective Adaptation du PP prévue dans la procédure	Adaptation des PP non encore effective
<b>Propositions / Préconisations</b>				



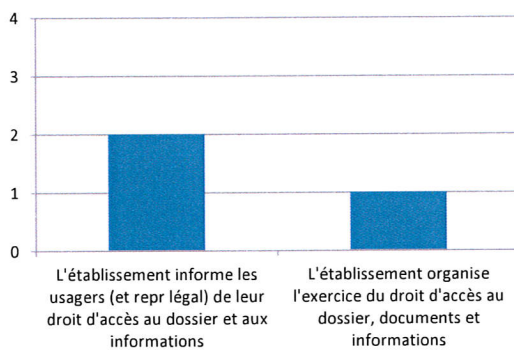
**Domaine 5 : - L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION DES USAGERS**

**5-1 Les usagers (leur Repr.légal) ont accès aux informations les concernant**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
5-1-1	L'établissement informe les usagers (et repr légal) de leur droit d'accès au dossier et aux informations	2		Les documents (PE, RF..) ne mentionnent pas d'information sur le droit d'accès aux documents.
5-1-2	L'établissement organise l'exercice du droit d'accès au dossier, documents et informations	1		Le droit d'accès et au dossier et aux informations n'est pas organisé de manière formalisée.

**Propositions / Préconisations**

- Prévoir une procédure ou bien intégrer au Règlement de Fonctionnement une partie relative à la mise en oeuvre du droit d'accès au dossier et aux informations concernant le résident (formulaire ? modalités d'accompagnement pour prendre connaissance d'infos médicales...). En s'inspirant du guide DGAS de juin 2007 "le dossier de la personne accueillie ou accompagnée".



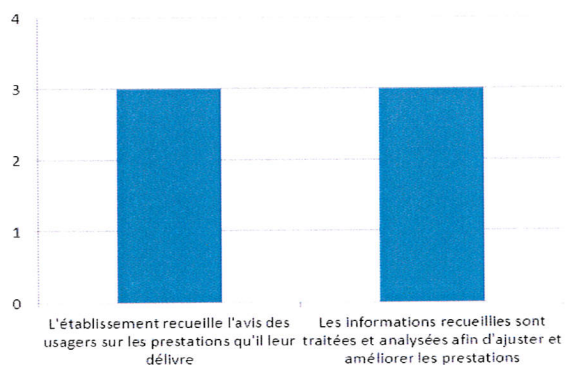
5-2 L'établ. prend en compte la perception qu'ont les usagers de son rôle et de ses missions

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
5-2-1	L'établissement recueille l'avis des usagers sur les prestations qu'il leur délivre	3	Réunions plénières annuelles, précédées d'un questionnaire envoyé aux familles. Des professionnels à l'écoute	Les enquêtes de satisfaction n'ont pas été faites en 2010 et après.
5-2-2	Les informations recueillies sont traitées et analysées afin d'ajuster et améliorer les prestations	3	Grande proximité entre l'équipe et les résidents/familles Réclamations traitées immédiatement	

**Propositions / Préconisations**

- Veiller à la régularité des enquêtes de satisfaction annuelles, pour les résidents et familles ; ces enquêtes pourraient être réalisées avant les réunions plénières annuelles, avec une partie questions ouvertes destinée à alimenter l'ordre du jour de la réunion.

- Mettre en place un système d'enregistrement des plaintes et réclamations et de suivi des actions consécutives (à voir avec les gestion des risques / évènements indésirables, en lien avec le plan d'amélioration global)

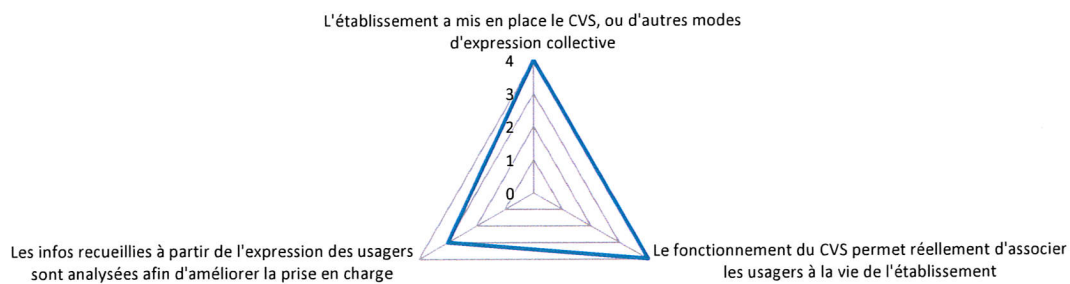


**5-3 L'établ. met en place des moyens d'expression collective des usagers, afin d'améliorer l'accompagnement**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
5-3-1	L'établissement a mis en place le CVS, ou d'autres modes d'expression collective	4	Le CVS est mis en place. Des réunions annuelles des familles et usagers sont organisées.	Enquêtes plus régulières
5-3-2	Le fonctionnement du CVS permet réellement d'associer les usagers à la vie de l'établissement	4	Très bon fonctionnement du CVS Accompagnement des représentants des résidents qui participent à l'établissement de l'ordre du jour. Ordre du jour complet	Dans la rédaction des CR de CVS, les questions sur le fonctionnement figurent en "questions diverses"
5-3-3	Les infos recueillies à partir de l'expression des usagers sont analysées afin d'améliorer la prise en charge	3	Tous les avis recueillis font l'objet d'un traitement Des décisions sont prises pour améliorer la qualité.	Suivi non formalisé des décisions prises à la suite des différents modes d'expression des usagers.

**Propositions / Préconisations**

- Les réunions de CVS, ou autres modes de consultation des usagers, lorsqu'elles amènent à engager des actions, pourraient être intégrées au "plan d'améliorations global", permettant un suivi organisé.





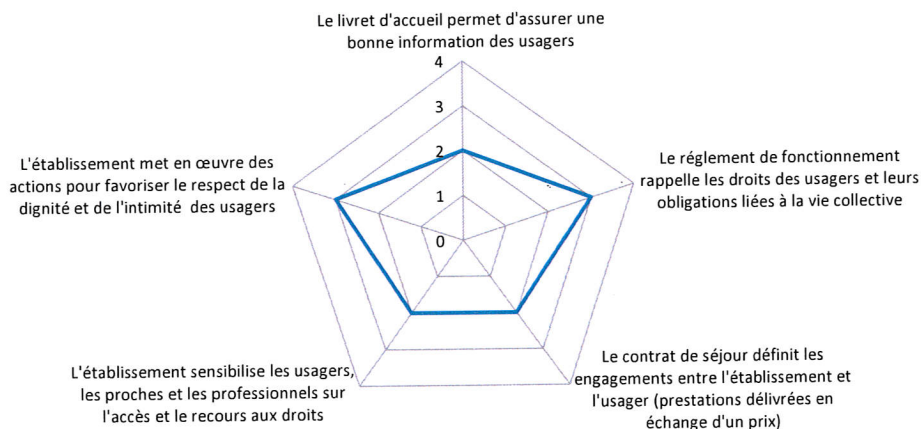
**Domaine 6 : - LA GARANTIE DES DROITS, LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES**

**6-1 L'établ. s'organise pour mettre en œuvre le respect des droits, la dignité et le droit à l'intimité**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
6-1-1	Le livret d'accueil permet d'assurer une bonne information des usagers	2		Livret d'accueil à réécrire, afin de présenter plus largement l'offre de l'établissement.
6-1-2	Le règlement de fonctionnement rappelle les droits des usagers et leurs obligations liées à la vie collective	3	Document complet, qui contient les droits et devoirs de l'utilisateur	Dépôt des valeurs à compléter. Compléter certaines clauses Le RF présente en détail l'offre de l'établissement, ce qui est normalement la fonction du livret d'accueil.
6-1-3	Le contrat de séjour définit les engagements entre l'établissement et l'utilisateur (prestations délivrées en échange d'un prix)	2	Les documents reprennent tous les items	Revisiter le CS conformément à la règle.
6-1-4	L'établissement sensibilise les usagers, les proches et les professionnels sur l'accès et le recours aux droits	2	Le PE précise cette notion	Le livret d'accueil, sommaire, ne comprend pas toutes les informations souhaitables pour une bonne information des résidents. Le PE pourrait développer la notion d'accès et le recours aux droits
6-1-5	L'établissement met en œuvre des actions pour favoriser le respect de la dignité et de l'intimité des usagers	3	Culture du respect et de la dignité Formations Référént bientraitance Inscription au PE	Finaliser un document sur les réflexions de l'équipe à ce sujet

### Propositions / Préconisations

- D'une manière générale, il serait intéressant de réfléchir à une meilleure articulation entre Livret d'Accueil/Règlement de Fonctionnement/Contrat de Séjour, afin de remettre dans chacun de ces documents ce qui y a sa place, dans un esprit de complémentarité permettant d'éviter les répétitions. Une simplification devrait résulter de ce travail.
- Reprendre et actualiser le Livret d'accueil en se référant à la circ DGAS du 24 mars 2004. Y indiquer les droits et recours (n° ALMA, coordonnées de la personne qualifiée)
- Compléter le règlement de fonctionnement en reprenant le D. 2003-1095 du 14 mars 2003.
- Revisiter le contrat de séjour en reprenant le D. 2004-1274 du 26 mars 2004. Il pourrait être inclus dans le contrat de séjour un paragraphe précisant que le résident est informé et consent au partage d'informations entre les professionnels, y-compris extérieurs à l'établissement, qui interviennent dans sa prise en charge.
- Se conformer aux recommandations de la DGCCRF de mars 2014.
- Reprendre et développer la notion d'accès et recours au droit dans le PE.
- Reprendre et développer les réflexions de l'équipe sur le respect, la dignité, l'intimité pour en faire un document de référence (par ex, il pourrait être envisagé de réunir les 4 valeurs figurant au PE dans une charte éthique, en les déclinant)



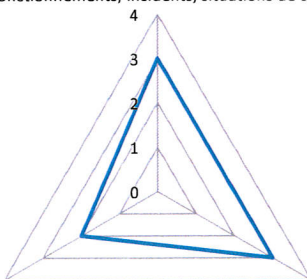
**6-2 L'établ. s'organise pour traiter les événements indésirables (dont la maltraitance) et améliorer l'accompagnement**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
6-2-1	L'établ. organise le recueil des événements indésirables (dysfonctionnements, incidents, situations de crise...)	3	Suivi des chutes, des incidents de médicaments et dans le cadre du PMS Procédure de suivi et de signalement des événements indésirable en cours de production et mise en place.	
6-2-2	En cas d'évènement indésirable, l'établissement met en place les mesures correctives	3	Plan de maîtrise sanitaire. Suivi de chutes et incidents médicamenteux	Traçabilité des actions concernant les dysfonctionnements courants
6-2-3	L'établissement assure un traitement spécifique des situations de maltraitance	2	Direction sensibilisée et sachant comment agir en cas d'évènement grave.	Pas de procédure de signalement spécifique concernant les événements graves (maltraitance)

**Propositions / Préconisations**

- Organiser un recensement systématique des événements indésirables dans une notion plus large que les soins. Et sensibiliser toute l'équipe (pas seulement les soignants, mais également les cuisines...). A cet effet, établir la procédure de signalement d'évènements indésirables (qui pourrait aussi se confondre avec la procédure de signalement des faits de maltraitance).
- Lier le recueil et le traitement des événements indésirables au "plan d'amélioration global"
- Pour les événements indésirables graves (maltraitance), mettre en place une procédure de signalement. Se référer à la circul du 20 fév 2014 de renforcement de la lutte contre la maltraitance, et envisager la signature du "protocole de signalement selon le modèle annexé"

L'établ. organise le recueil des événements indésirables (dysfonctionnements, incidents, situations de crise...)



L'établissement assure un traitement spécifique des situations de maltraitance

En cas d'évènement indésirable, l'établissement met en place les mesures correctives

**6-3 L'établ. met en place une gestion préventive des risques (identification des risques, mesures d'organisation...)**

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
6-3-1	L'établissement identifie les risques a priori pouvant affecter les usagers	2	Procédures prévention des chutes et différents diagnostic sur les risques : médicament, infection, PMS	L'analyse du risque infectieux n'est pas formalisée en tant que document "DARI" (inscrit au plan d'améliorations) Il n'y a pas de cartographie des risques pouvant concerner, a priori, les usagers et pouvant conduire à des actions de préventions.
6-3-2	L'établissement sensibilise les professionnels à la gestion des risques, et les accompagne par la formation	4	Référents professionnels Procédures, protocoles écrits PMS Formations	
6-3-3	L'établissement consulte les usagers, leurs proches et représentants, sur les différents risques identifiés	4	CVS, réunions annuelles, communication permanente, affichage.	
6-3-4	L'établissement respecte la réglementation sur les risques sanitaires et la sécurité	4	Les contrôles sécurité, prévus par la réglementation, sont effectifs	

**Propositions / Préconisations**

- Entreprendre un recensement des risques a priori auxquels les résidents sont exposés (en se basant sur le guide DGAS "Gestion des risques de maltraitance en établissement" de Déc 2008 : méthode, repères, outils"). Ce travail de cartographie des risques pourrait être réalisé, selon le même principe que celui qui a été entrepris pour l'établissement du Document Unique sur les risques professionnels. Les actions qui pourront en découler, devraient pouvoir être intégrées au "plan d'améliorations global"
- Etablir formellement le "Document d'Analyse des Risques Infectieux" (DARI) ; intégrer les actions pouvant en découler dans le "plan d'améliorations global"

