



agrément ANESM H 2009-11-276

## RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE EHPAD LES JARDINS DE SAINT HILAIRE

131, chemin de Camp Ardon  
30560 Saint Hilaire de Brethmas

**20/10/2015**

Votre interlocuteur : Cédric Plissonneau (06 83 86 55 65)

*Cédric Plissonneau Conseil & Formation  
16, rue Louis Tribler  
34130 SAINT AUNES  
SIRET : 37990628200031  
Site internet : <http://www.cpcf.fr>*

## Sommaire

---

1	Eléments de cadrage.....	5
2	Descriptif de la procédure d'évaluation externe .....	18
2.1	L'équipe d'évaluateurs (curriculum vitea en annexe).....	19
2.2	Méthodologie de l'évaluation.....	19
2.3	Les conditions de mise en œuvre de la mission.....	20
2.4	Recommandations de bonnes pratiques applicables à l'établissement.....	21
2.4.1	Le questionnement évaluatif.....	22
2.4.2	Développement informatifs.....	23
3	Synthèse de l'évaluation externe .....	25
4	Analyse détaillée.....	40
4.1	Evaluation interne.....	40
4.1.1	Réalisation de l'évaluation interne .....	40
4.1.2	Dynamique générale de la mise en œuvre de l'amélioration continue.....	43
4.2	Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement	46
4.2.1	Actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS et les besoins de la population accompagnée, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels.....	47
4.2.2	Modalités d'accompagnement et ressources à mobiliser .....	48
4.3	Les 15 thématiques spécifiques.....	48
4.3.1	Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissements ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.....	48
4.3.2	Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence .....	51
4.3.3	Conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur	51
4.3.4	Effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits .....	53
4.3.5	Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers .....	55
4.3.6	Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.....	59
4.3.7	Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation .....	61
4.3.8	Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.....	62

4.3.9	Prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité – prévention des situations de crise – d'un dispositif de régulation des conflits – techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes – plus généralement politique globale de gestion des risques .....	63
4.3.10	Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions .....	68
4.3.11	Respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, relatifs notamment à la qualité d'hébergement .....	70
4.3.12	Formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels .....	71
4.3.13	Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle .....	72
4.3.14	Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations .....	73
4.3.15	Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné .....	74
5	Récapitulatif des actions d'amélioration/préconisations .....	74
6	Abrégé .....	77
7	Annexes .....	88

L'évaluation externe de l'EHPAD des Jardins de Saint Hilaire a été réalisée conformément à l'Article Annexe 3-10 du Code de l'Action Social et des Familles (CASF) modifié par décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 – article 3

*L'évaluation externe a été introduite par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.*

*Portant sur les activités et la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), l'évaluation externe porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies (cf. décret n°2007-975 du 15 mai 2007). Ce décret fixe « les principes déontologiques, les objectifs, l'organisation et la mise en œuvre de l'évaluation effectuée par des organismes habilités » ainsi que la présentation et le contenu des résultats qui en sont issus.*

*Les champs des évaluations externe et interne sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service et de fait, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.*

*Pour réaliser leur évaluation externe, les établissements et services sociaux et médicosociaux*

*(ESSMS) doivent choisir des organismes habilités possédant des qualifications et compétences déterminées par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007*

## 1 Eléments de cadrage

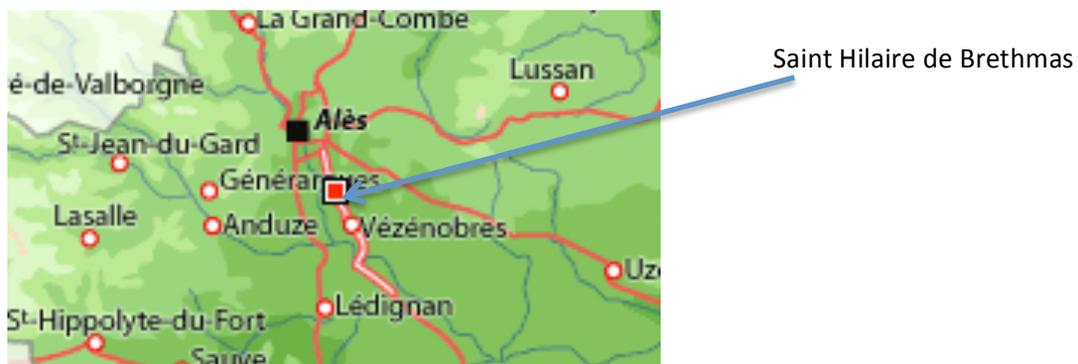
---

L'établissement est géré par l'Association « Les Jardins de Saint Hilaire », Association Loi de 1901. Créé en 2003, il possède une capacité de 81 lits et/ou places et propose divers types d'accompagnement à travers l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et définitif qui lui permet d'assurer une continuité dans la prise en charge de personnes âgées dépendantes.

L'établissement a été conçu à partir d'un cahier des charges adapté aux besoins de personnes âgées valides à totalement dépendantes physiquement et psychologiquement.

C'est un établissement privé à but non lucratif reconnu d'utilité publique par décret depuis 1870.

*Situation géographique*



L'établissement est situé dans le village de Saint Hilaire de Brethmas.

*Présentation de la structure*

Nom de l'établissement	LES JARDINS DE SAINT HILAIRE
Adresse	131 CHEMIN CAMP ARDON
CP	30560
VILLE	SAINT HILAIRE DE BRETHMAS
Code Finess géographique (8 chiffres + clé)	30000028 88
Numéro SIRET	43 487 048 100 026
Date de création de l'établissement :	2003
Date de rénovation éventuelle :	2008 (EXTENSION)
Nature juridique de la structure :	ASSOCIATION LOI 1901
Organisme gestionnaire éventuel :	
Responsable de l'organisme gestionnaire :	
Directeur/ Directrice de l'établissement :	Sylvie Takhedmit
Date de la convention tripartite :	2011-2015
Chiffre d'Affaire/budget d'exploitation/...	3 279 300

*Capacité d'accueil*

Nombre de places autorisées :	75
Dont hébergement à temps complet :	71
Dont hébergement temporaire :	4
Dont accueil de jour :	6
Nombres de places habilités à l'aide sociale :	75
Nombre d'usagers accueillis au moment de l'évaluation :	74
Dont nombre de personnes en hébergement à temps complet :	70
Dont nombre de personnes en hébergement temporaire :	4
Dont nombre de personnes en accueil de jour :	10
Taux d'occupation au 31/12/2014 :	100,2%
Coefficient d'occupation moyen :	
Journées réalisées hors hospitalisation :	25963

<b>Descriptif général :</b>		<b>oui</b>	<b>non</b>
L'établissement est-il implanté en milieu urbain (ou périurbain) ?		X	
Existe-t-il une signalétique extérieure :		X	
Aux abords de l'établissement ?		X	
Intégrée à la signalétique routière ou urbaine ?		X	
L'établissement :			
Est implanté à moins de 500 mètres de commerces ?			X
Est accessible par les transports en commun ou par une navette ?		X	
Si oui, selon quel rythme journalier ?	<b>CF HORAIRES</b>		
Est de plain-pied ?			X
Si non, nombre d'étages :	1		
Nombre d'ascenseurs dans l'établissement :	2		
Nombre d'ascenseurs accessibles en fauteuil roulant :	2		
Existe-t-il un plan d'accès à l'établissement ?		X	
Nombre de places de stationnement :	42		
Dont nombre à proximité immédiate de l'établissement :	42		
Dont nombre accessibles aux personnes circulant en fauteuil roulant :	2 dédiées		
Dont nombre gratuites :	42		
Dispositif de prévention de quelques risques ?		X	
Un diagnostic de présence d'amiante a t'il été réalisé ?		NC: Création etab en 2003	
La prévention des risques de légionellose est-elle prise en compte ?		-	
Oxygène mobile		X	
Aspirateurs de mucosités		X	
Electrocardiographe		X	
Source d'énergie (groupe électrogène)		X	
Existence de points d'eau pour lavage des mains		X	

*Descriptif des locaux*

Description quantitative des chambres/logements	Une place	Deux places	Plus de deux places	Total
Nombre de chambres/logements	<b>76</b>			<b>76</b>
Dont chambres/logements accessibles en fauteuil roulant	<b>76</b>			<b>76</b>
Dont chambres/logements disposant de cabinet de toilette intégré (douche, lavabo, sanitaire)	<b>76</b>			<b>76</b>
Dont chambres/logements disposant de cabinet de toilette intégré accessible en fauteuil roulant	<b>76</b>			<b>76</b>
Pourcentage de résidents en chambres doubles	<b>0</b>			
L'établissement dispose-t-il de :		<b>oui</b>	<b>non</b>	
Une pharmacie à usage intérieur (date de l'arrêté d'autorisation)			X	
Un local pour les soins		X		
Un cabinet médical		X		
Une salle de kinésithérapie/ergothérapie		X		

Ressources humaines

PERSONNEL DE L'ETABLISSEMENT				
E.T.P. en année pleine		Soins	Dépendance	Hébergement
<b>direction - administration</b>				3,75
<b>animation</b>		1		
<b>personnel auprès du résident</b>				
<i>dont médecins</i>		0,5		
<i>infirmiers</i>		5,4		
<i>aides-soignants</i>		9,97	4,27	
<i>aides médico-psychologiques</i>		0,7	0,3	
<i>Masseurs-kinésithérapeutes</i>				
<i>pédicures/podologues</i>				
<i>orthoptistes/orthophonistes</i>				
<i>Agents de service</i>			3,24	7,56
<i>psychologue</i>				
<b>SOUS TOTAL</b>		<b>17,57</b>	<b>7,81</b>	<b>11,31</b>
<b>lingerie</b>			0,6	1,4
<b>cuisine</b>				2
<b>Ateliers – Personnels techniques</b>				1
<b>TOTAL</b>		<b>17,57</b>	<b>8,41</b>	<b>15,71</b>
E.T.P. en année pleine		Soins	Dépendance	Hébergement
autres contrats de travail	ASH		1,02	2,37
ASHQ de remplacement	AS/AMP	1,59	0,68	
Contrat aidés				4,72
Ergothérapeute		0,8		

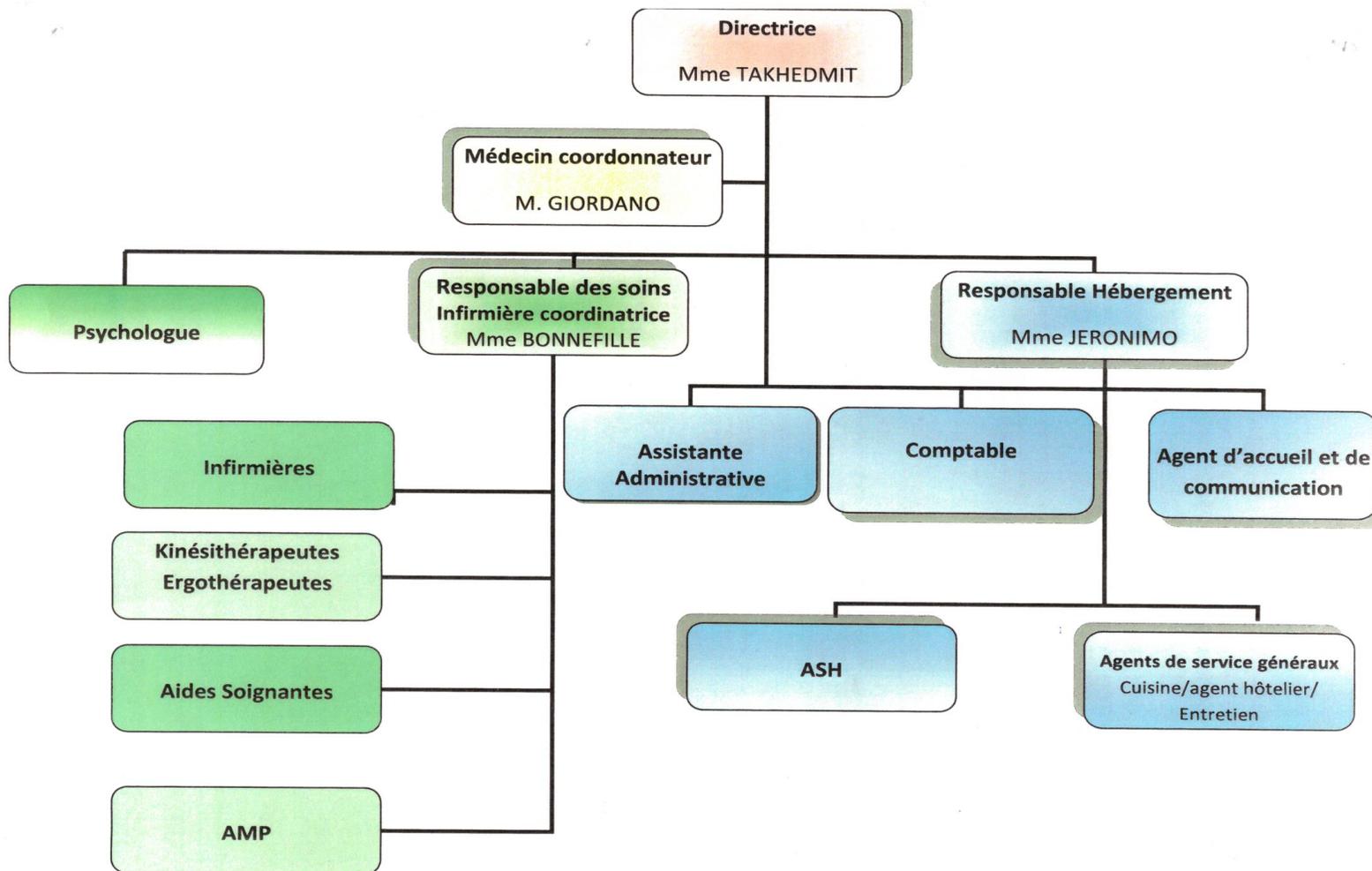
Personnel libéral exerçant dans l'établissement			
Fonction	Nombre	Nombre de résidents suivis	Durée moyenne d'intervention hebdomadaire
Médecins			
Kinésithérapeutes	1	12 env.	20h
TOTAL	1	12 env.	20h

*Logistique et maintenance*

Fonctions logistiques	Sous-traitance	
	Partielle	Totale
Cuisine		<b>FROID CHAUD CLIM</b>
Lingerie		<b>FROID CHAUD CLIM</b>
Nettoyage	VITRES: La Gardoise	
Informatique		BSI
Espaces verts		
Entretien courant du bâtiment	CHAUDIERE: Saint-Martin CENTRALE INCENDIE/EXTINCTEURS: Item	
Autres (à préciser)	APPEL MALADE: Sigma	

		oui	non
Existe-t-il un ou des contrats de maintenance ?		X	
Si oui, le(s)quel(s) ? :	(nom de la société, fréquences)		
- Entretien des équipements techniques (ERP) ainsi que contrats de vérifications périodiques :			
- Installations électriques :	SOCOTEC		
- Installations de chauffage :	Saint-Martin		
- Installations de ventilation, climatisation :	Agniel		
- Désenfumage : (vérification)			
(maintenance)	Item		
- Extincteurs :	SLMI		
Téléphonie :			
- SSI :	Item		
- Ascenseurs et portes automatique :	Koné		
	Froid Chaud Clim, nettoyage hotte: sterm Laboratoire Labya: prélèvement cuisine- hygiène + analyse de l'eau		
- Cuisine :			
Groupe électrogène :	SDMO		
Informatique :	Sigma/BSI		
Logiciel médical :	Médicis		

Organigramme de l'établissement



Caractéristiques des résidents

<b>Origine géographique:</b>		<b>Nombre de résidents au 31/12/2014</b>
Du département d'implantation de l'établissement		26
dont Du canton ou de la ville d'implantation de l'établissement		19
dont Des cantons limitrophes		25
Du ou des départements limitrophes		4
<b>Nombre de bénéficiaires d'aides légales:</b>		
Aide sociale du département		12
Aide sociale d'autres départements		0
APA du département		67
APA d'autres départements		9
Aide personnalisée au logement ou allocation logement		24
<b>Mouvements</b>		<b>Du 1/01 au 31/12/2014</b>
Durée moyenne de séjour des résidents		340
Nombre de transferts vers une autre structure		0
DONT Vers une autre EHPAD		0
Vers un autre service de soins de longue durée		0
Vers le domicile		0
Nombre de résidents décédés dans l'établissement		5
Nombre de résidents décédés hors de l'établissement		0
Nombre de séjours de personnes âgées en hospitalisation		85
		0
<b>Mouvements</b>		<b>Du 1/1 au 31/12/2014</b>

DONT nombre de séjours en court séjour (hors psychiatrie)		0
DONT nombre de séjours en psychiatrie		0
DONT nombre de séjours en service de soins de suite et de réadaptation et de réadaptation		0
<b>Affectations/dépendance</b>		<b>Nombre de résidents au 31/12/2014 ou le jour de l'évaluation</b>
Sortant à l'extérieur (du bâtiment), seuls ou accompagnés		25
Ne pouvant marcher seul		13
Confinés au lit et au fauteuil		20
Désorientés/déments		27
Porteurs d'une sonde gastrique		0
Nécessitant une aide au repas (c'est-à-dire B ou C sur l'item alimentation de l'outil AGGIR)		11
Incontinents bénéficiant d'une prise en charge adaptée (catalogue mictionnel, rééducation)		39
Porteur de système absorbant sur les 24 heures		39
Porteur de système absorbant de nuit seulement		39
Porteur de sonde urinaire à demeure		1
Soumis à une contention physique		1
Ayant eu une fracture secondaire à une chute au cours de l'année écoulée		
Ayant des escarres survenues hors de l'institution		
Recevant plus de 3 médicaments par jour (différents)		

### Evaluation de la dépendance avec l'outil AGGIR

	Nbre de résidents
	au 31/12/2014
personnes en GIR 1	22
personnes en GIR 2	37
personnes en GIR 3	13
personnes en GIR 4	9
personnes en GIR 5	1
personnes en GIR 6	2

AGE		au 31/12/2014
Nombre de résidents de moins de 60 ans		0
Age moyen des résidents		86,54
Age moyen des résidents lors de leur entrée		82,48
GIR Moyen pondéré		785
Coupe Pathos		174

### *Projet de l'association*

L'Association « Les Jardins de Saint Hilaire » se propose, conformément à la philosophie du texte de la charte des personnes âgées en institution de répondre aux objectifs suivants :

- Accueillir des personnes âgées dépendantes sur le plan physique, sur le plan psychique et d'organiser son service de telle sorte que le maintien dans l'association soit possible quelque soit le stade de la maladie jusqu'à l'accompagnement de la fin de vie.
- Proposer un service de qualité et un confort de vie le plus proche possible de celui du domicile ; privilégier le lien social.
  - Assurer aux résidents un maximum de liberté (liberté de culte, accès à la citoyenneté notamment).
  - Assurer le respect de la dignité de la personne (favoriser la bientraitance).
  - Proposer une prise en charge de même qualité à tous quel que soit le statut social, et les idées de chacun.
  - Assurer la sécurité des personnes accueillies. Lutter contre la dégradation physique et psychique.

### *Missions et valeurs de l'établissement*

La mission de l'EHPAD Les Jardins de Saint Hilaire, dans le respect de la réglementation propre aux EHPAD, est d'offrir un accueil gérontologique diversifié permettant de mettre à disposition un panel de services évolutifs et adaptés à une population en perte d'autonomie et souffrant de troubles cognitifs liés à la maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés.

Offrir un accompagnement permettant de repousser au maximum les limites de la continuité des soins.

### *Mission de l'accueil d'hébergement temporaire*

L'accueil temporaire comporte 4 lits et complète la mission d'aide aux aidants en permettant le placement de manière ponctuelle d'une personne âgée qui habituellement vit à domicile. Cet accueil permet de se familiariser avec l'établissement et de favoriser l'institutionnalisation le cas échéant.

## 2 Descriptif de la procédure d'évaluation externe

CPCF = Cédric Plissonneau Conseil & Formation, DO = Donneur d'ordre, COPIL = Comité de pilotage

QUI	QUOI
<b>Initialisation de l'évaluation externe</b>	
CPCF	Elaboration de la proposition d'évaluation externe
DO/COPIL	Acceptation de la proposition par le donneur d'ordre
CPCF + COPIL	Définition des champs de l'évaluation
CPCF + COPIL	Validation de la proposition avec le donneur d'ordre
DO	Contractualisation avec engagement sur l'honneur du ou des évaluateurs
CPCF + COPIL	Proposition de planning prévisionnel de l'évaluation
CPCF + COPIL	Elaboration du planning des entretiens semi directifs
COPIL	Validation des plannings
COPIL	Préparation de l'ensemble des documents
COPIL	Remise des documents clés
CPCF	Information des acteurs sur l'évaluation externe
<b>Mise en œuvre de l'évaluation externe</b>	
<b>PHASE I</b>	
CPCF	Analyse documentaire
CPCF	Observation du processus d'accompagnement
CPCF	Entretiens semi directifs
CPCF	Restitution orale de l'évaluation
<b>PHASE II</b>	
<b>Livrable I</b>	
CPCF	Elaboration du pré rapport
CPCF	Remise du pré rapport
COPIL/DO	Validation du pré rapport
<b>PHASE III</b>	
<b>Livrable II</b>	
CPCF	Finalisation du rapport définitif
CPCF + COPIL	Remise du rapport d'évaluation externe

## 2.1 L'équipe d'évaluateurs (curriculum vitea en annexe)

---

Cédric PIISSONNEAU (chef de projet)  
Carole RAYNAUD

## 2.2 Méthodologie de l'évaluation

---

Trois axes d'évaluation afin de croiser les informations :

### *Etude documentaire*

Documents remis :

Identification du gestionnaire
copie de l'autorisation ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis
Projet d'établissement, de service
Les résultats de l'évaluation interne ainsi que tout document permettant la compréhension de la méthodologie mise en œuvre lors de cette évaluation.
Suites données à l'évaluation interne (préconisations, plan d'action, échéancier,...).
un document relatif aux personnels (effectifs en poste, répartition par catégorie),
Livret d'accueil
Règlement de fonctionnement
Documents relatifs à l'hygiène et la sécurité
Comptes rendus de réunion du CVS.
L'organigramme
Document unique des risques professionnels
Document unique de délégation

De nombreux autres documents ont pu être consultés lors des journées d'évaluation.

*Entretiens semi directifs avec les acteurs (salariés et résidents/ou leurs représentant)*

7 salariés et 3 usagers (entretien collectif)

*Observation du processus de prise en charge*

Un évaluateur a observé le processus de prise en charge durant une matinée.

Enfin, le planning (voir en annexe) a permis de rencontrer :

- ⇒ La directrice
- ⇒ Le comité de pilotage
- ⇒ L'infirmière coordinatrice
- ⇒ Le cuisinier
- ⇒ L'agent d'entretien
- ⇒ La lingère
- ⇒ Le médecin coordonnateur
- ⇒ Le kinésithérapeute
- ⇒ L'animatrice
- ⇒ 2 aides soignantes de nuit
- ⇒ l'assistante de direction
- ⇒ la secrétaire
- ⇒ Les représentants du personnel
- ⇒ Le président et membres du CVS
- ⇒

### 2.3 Les conditions de mise en œuvre de la mission

---

La planification prévue a été globalement respectée.

L'ensemble des rencontres ont pu avoir lieu.

L'observation et les entretiens se sont déroulés dans une atmosphère détendue et constructive.

Deux bureaux étaient alloués aux évaluateurs.

L'évaluation interne a eu lieu en 2013, malgré la proximité de l'évaluation externe, une réelle dynamique de l'amélioration continue a pu être mesurée via un plan d'action actualisé.

## 2.4 Recommandations de bonnes pratiques applicables à l'établissement

---

### Recommandations générales :

- Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (octobre 2010)
- Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (juillet 2009)
- Mission du responsable de l'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008)
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)
- Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (avril 2008)

### Recommandations spécifiques :

- Qualité de vie en EHPAD (volet 4) – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012)
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 3) - La vie sociale des résidents (janvier 2012)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (juin 2011)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011)
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social (février 2009)

## 2.4.1 Le questionnement évaluatif

Lors de la réunion de cadrage le périmètre de l'évaluation a été défini avec la direction et le comité de pilotage.

Champs	Thèmes
La démarche d'évaluation interne	Méthodologie de mise en œuvre de l'évaluation interne résultats en matière d'amélioration
	Dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations
Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement	Actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS et des besoins de la population accompagnée, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels.
	Modalités d'accompagnement, ressources mobilisées
Thématiques retenues dans le cadre du projet évaluatif	Évaluation des besoins et attentes des usagers
	Écoute et réponse téléphonique
	Projet personnalisé
	Accès et recours aux droits
	Réponses apportées aux attentes des usagers
	Expression et participation des usagers
	Adaptation de l'organisation
	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
	Facteurs de risques et d'insécurité
	Cohérence et continuité des actions et interventions
	Qualité de l'hébergement
	Gestion du personnel
	Dispositifs d'alerte et fatigue professionnelle
	Rôle au regard des missions confiées
Inscription dans le territoire	

## 2.4.2 Développement informatifs

---

### *Buts et stratégie des dirigeants*

- le maintien de l'autonomie dans un environnement spécialisé par le biais de l'accueil de jour, qui permet, en outre, « d'appivoiser » l'idée de l'institutionnalisation qui se fait trop souvent en situation de crise.
- L'hébergement temporaire qui permet également d'accompagner la personne âgée dans la dépendance mais procure aux personnes âgées un moyen de rompre avec la solitude et l'isolement (placements hivernaux).
- L'hébergement définitif qui sera, alors, à la fois l'aboutissement du parcours au sein de l'établissement et un départ vers un nouveau projet de vie adapté aux besoins du résidant et à ses possibilités.
- L'accompagnement de fin de vie : qui fait partie intégrante de l'accompagnement de personnes âgées mais qui se doit de répondre à des conditions de prise en charge médicale et paramédicale optimales (traitement de la douleur en particulier).

### *Organisation*

L'établissement s'organise autour des ailes suivantes (hébergement permanent) :

- Service C.A.N.T.O.U (rez-de-chaussée Est) réservé aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou démences apparentées : 13 résidants GIR1/2.
- LA MAISONNEE (rez-de-chaussée) réservé aux personnes autonomes ou semi valides : 8 résidants physiquement dépendants.
- Service SOLEILLADE (à l'étage Est) réservé aux personnes à forte dépendance : 18 résidents.
- Service ESPEROU/BELLE COSTE (à l'étage Ouest) réservé aux personnes atteintes de démences de type Alzheimer en fin d'évolution : 23 résidents.
- Service RECANTOU rez de chaussée Ouest 14 résidents atteints de démences de type Alzheimer

La sectorisation médico-géographique, si elle permet une meilleure prise en compte des individualités (personnel référent garant du projet de vie), entraîne des contraintes en matière d'organisation du travail (travail en binôme notamment).

### *Environnement*

L'établissement collabore, de façon informelle, avec les EHPAD voisins et notamment ceux du centre hospitalier d'Alès ; ce partenariat porte en particulier sur l'orientation des personnes âgées en recherche de placement en fonction des disponibilités de chacun mais aussi des modalités de prise en charge proposées (sectorisation médicale). Il s'agit, par exemple, de répondre aux besoins divers de prise en charge en accueil de jour des personnes âgées du bassin alésien.

Il est intégré dans le réseau de prise en charge gérontologique de leur secteur (la MAIA).

L'établissement a conclu, dans le cadre du plan bleu notamment, une convention avec les services hospitaliers.

L'établissement collabore, d'ores et déjà, de façon régulière avec l'équipe mobile de soins palliatifs du secteur ; une convention est envisagée afin de formaliser cette relation et d'optimiser la prise en charge palliative au sein de l'établissement.

De plus, l'établissement est membre du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) « Gardons et Garrigues ».

Il existe une convention avec le SSR Des Cadières.

### 3 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) démarches 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 ;

Constats	Points forts	Points faibles
<p>L'établissement a utilisé un référentiel qui intègre les différents textes législatifs et réglementaires ainsi que les recommandations de l'ANESM.</p> <p>Le référentiel est construit sur 6 axes :</p> <p>Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs</p> <p>Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents</p> <p>Axe 3: Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance</p> <p>Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement</p> <p>Axe 5 : L'accompagnement de la fin de vie</p> <p>Axe 6 : L'organisation de l'établissement Les « thèmes » représentent les « bonnes pratiques »</p>	<p>Cette démarche a été effectuée par un comité de pilotage.</p> <p>Les opérateurs de l'établissement ont été directement associés à l'évaluation sous la forme de groupes de travail (6)</p> <p>Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ont été utilisées pour l'élaboration de l'évaluation interne.</p> <p>Les résultats de l'évaluation interne sont clairs et détaillés dans un plan d'action avec priorisation et échéancier.</p> <p>L'équipe reconnaît s'être pleinement impliquée.</p>	<p>La composition du comité de pilotage pourrait être plus transversale.</p>
<p>Propositions d'amélioration/préconisations :</p> <p>⇒ Elargir la composition du comité de pilotage</p>		

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

Constats	Points forts	Points faibles
L'établissement a utilisé un référentiel qui intègre les recommandations de l'ANESM pour élaborer son évaluation interne.	les RBPP ont été utilisées par le médecin coordonnateur pour l'élaboration de protocoles.	Si le comité de pilotage connaît l'existence de l'ANESM et des RBPP, les entretiens semi directifs démontrent que ni les RBPP ni l'ANESM ne sont connues des salariés
Propositions d'amélioration/préconisations ⇒ Sensibiliser les salariés aux RPBB de l'ANESM via les synthèses		

## 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 ;

Constats	Points forts	Points faibles
<p>Le projet d'établissement date d'Avril 2009. Il a été élaboré par la directrice de l'établissement. Il décline :</p> <p>une présentation de l'établissement , Les objectifs du projet de l'association « les Jardins de Saint Hilaire » :</p> <p>Accueillir des personnes âgées dépendantes sur le plan physique, sur le plan psychique et d'organiser son service de telle sorte que le maintien dans l'association soit possible quelque soit le stade de la maladie jusqu'à l'accompagnement de la fin de vie. Proposer un service de qualité et un confort de vie le plus proche possible de celui du domicile ; privilégier le lien social. Assurer aux résidents un maximum de liberté (liberté de culte, accès à la citoyenneté notamment). Assurer le respect de la dignité de la personne</p>	<p>Le projet d'établissement existe. Le niveau de détail est plus important sur la convention tripartite. C'est sur ce document que l'on peut retrouver les objectifs opérationnels.</p>	<p>Le projet n'a pas été élaboré de manière transversale. Le projet d'établissement est à actualiser.</p>

(favoriser la bientraitance). Proposer une prise en charge de même qualité à tous quel que soit le statut social, et les idées de chacun. Assurer la sécurité des personnes accueillies. Lutter contre la dégradation physique et psychique.		
Propositions d'amélioration/préconisations ⇒ Elaborer le nouveau projet d'établissement de manière transversale en y intégrant les éléments de l'évaluation interne et externe.		

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 ;

Constats	Points forts	Points faibles
Les moyens humains et financiers sont ceux fournis par les tutelles (ARS et Conseil Général) Leur utilisation est "dirigée" par les financeurs.	Les objectifs posés sont en adéquation avec les orientations des tutelles et correspondent aux besoins du territoire.	Le projet est à actualiser
Propositions d'amélioration/préconisations ⇒ Actualiser le projet d'établissement		

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

Constats	Points forts	Points faibles
La quasi-totalité des personnels ont une formation initiale en regard des postes qu'ils occupent. Un plan de formation formalisé à été fourni pour 2014 et pour 2015.	L'infirmière coordonnatrice est formée au management. L'axe prioritaire 2014 apparait comme étant la sensibilisation des personnels à la communication/gestion des conflits.	
Propositions d'amélioration/préconisations ⇒ Néant		

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

Constats	Points forts	Points faibles
Les candidats sont reçus par les chefs de services. Le recrutement est ensuite validé par la direction.	Lors du premier jour d'entrée du nouveau salarié, il est accueilli et doublé les premiers jours. Les entretiens annuels professionnels ont lieu.	Il n'existe pas de GPEC formalisée Il n'existe pas de procédure formalisée d'accueil du nouveau salarié
Propositions d'amélioration/préconisations ⇒ Mettre en œuvre la GPEC ⇒ Elaborer la procédure d'accueil du nouveau salarié		

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 ;

Constats	Points forts	Points faibles
Le document unique est actualisé, il intègre risques psychosociaux	Un audit à été réalisé sur les risques psychosociaux avec un cabinet externe spécialisé.	
Propositions d'amélioration/préconisation : ⇒ Néant		

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

Constats	Points forts	Points faibles
Un recueil de données à l'entrée est intégré dans le logiciel, il en découle une prise en charge personnalisée pour le résident entrant. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles sont intégrées au logiciel métier via les transmissions des soignants (actes, traitements, problématiques rencontrées,...	Protocoles et procédures viennent structurer la prise en charge. Des réunions quotidiennes et pluridisciplinaires permettent les échanges entre professionnels pour évaluer et améliorer la prise en charge.	Aucun indicateur n'est aujourd'hui opérationnel. Il n'existe pas d'évaluation formalisée des actions mises en œuvre.
Propositions d'amélioration/préconisations ⇒ Elaborer des indicateurs ⇒ Evaluer les pratiques		

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

Constats	Points forts	Points faibles
<p>Le projet de l'établissement est antérieur à la mise en place des projets personnalisés.</p> <p>Le projet personnalisé n'est pas formellement mentionné dans le projet d'établissement</p> <p>Le PPI est formalisé et est en cours de déploiement.</p>	<p>Le projet personnalisé est connu des soignants.</p>	<p>Il n'existe pas de procédure d'élaboration et de gestion du projet personnalisé</p> <p>Les modalités de mise en œuvre ne sont pas claires pour les acteurs.</p> <p>L'articulation entre les différents recueils de données n'est pas clarifiée.</p> <p>La structure de l'outil « projet personnel individualisé » est peu adapté</p> <p>Il n'existe pas de fréquence formalisée de la révision des PP.</p> <p>Le résident ne participe pas à son élaboration</p>
<p>Propositions d'amélioration /préconisations</p> <p>⇒ Elaborer une procédure d'élaboration et de mise en œuvre du projet personnalisé.</p>		

**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 ;

Constats	Points forts	Points faibles
<p><i>Partenariats formalisés</i>                      Kinésithérapeute,                      Taxis                      Equipe mobile de soins palliatifs d'Ales                      Pharmacie Chainieux                      Clinique Bonnefond                      GCSMS « Gardons et Garrigues »                      Laboratoire d'analyses Médicales Domergue                      Laboratoire d'analyses Médicales UNIBIO                      Convention avec les bénévoles de l'association                      Il existe une convention avec le Centre Hospitalier de Nîmes et son équipe mobile « Hygiène »</p>	<p><i>Efficacités des partenariats conventionnés</i>                      Une salle de kinésithérapie moderne a été fournie au kinésithérapeute. Lorsqu'il a besoin de matériel , il en parle à l'infirmière coordonnatrice qui fait passer le message. Les relation avec l'encadrement sont bonnes.</p>	
<p>Propositions d'amélioration/préconisations                      ⇒ Néant</p>		

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

Constats	Points forts	Points faibles
<p>La perception reste une donnée subjective.                       La mairie du village est un partenaire constant de l'établissement.                      Les bénévoles de l'association interviennent régulièrement dans l'établissement à sa demande.</p>	<p>Les bénévoles décrivent une relation de qualité avec l'établissement.</p>	<p>La perception n'a pas été mesurée</p>
<p>Propositions d'amélioration/préconisations                      ⇒ Néant</p>		

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 ;

Constats	Points forts	Points faibles
<p>Une relève à lieu au quotidien le matin et le soir entre l'équipe de nuit et de jour.</p> <p>Des réunions d'équipe pluridisciplinaire ont lieu à 14 h tous les jours.</p>	<p>La traçabilité des soins est faite sur le logiciel métier ainsi que les transmissions écrites sous forme de transmissions narratives.</p> <p>Ces informations sont accessibles aux médecins traitants ainsi qu'au kinésithérapeute</p> <p>Une formation des personnels aux transmissions ciblées est en projet pour 2015.</p>	<p>Les transmissions ciblées sont peu utilisées</p>
<p>Propositions d'amélioration/préconisations</p> <p>⇒ Homogénéiser les pratiques de traçabilité des soins.</p>		

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 ;

Constats	Points forts	Points faibles
<p>L'établissement possède un site internet.</p> <p>L'établissement est récent et possède toutes les infra structures nécessaires permettant de circuler à l'extérieur comme à l'intérieur pour des personnes à mobilité réduite.</p> <p>Un jardin thérapeutique existe et est actif.</p>	<p>L'établissement est intégré dans le village et est ouvert pour proposer des animations aux habitants.</p> <p>Les chambres correspondent à la réglementation en vigueur en terme de surface.</p> <p>Chaque résident dispose d'un espace qui lui permet de se préserver du regard d'autrui lorsqu'il le souhaite. De plus des petits salon sont à disposition pour recevoir la famille.</p> <p>La structure architecturale des CANTOUS est conviviale et apte à favoriser la sensation de lieu de vie pour les résidents</p>	
<p>Propositions d'amélioration/préconisations</p> <p>⇒ Néant</p>		

### 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 ;

Constats	Points forts	Points faibles
Le recueil des données se fait avec la fiche de pré admission avant l'admission (check list fiche pré admission qui est un recueil de donnée général intégrant les éléments de l'histoire de vie, il sera affiné après l'entrée).	Le projet scinde par secteur : social, médical, psychologique et spirituel chacun des objectifs mais ne prévoit pas de calendrier prioritaire l'outil « projet personnalisé » intègre les items suivants : GIR, suivi médical, suivi psychologique, suivi social, suivi spirituel, problèmes actuels et objectifs, signatures (résident – référent familial – référent institutionnel), activités à privilégier par type de métier.	La mise en œuvre du projet personnalisé n'est pas procéduré. Il n'existe pas de fréquence formalisée pour l'actualisation des PP.
Propositions d'amélioration ⇒ Formaliser une procédure d'élaboration et de suivi du projet personnalisé		

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.

Constats	Points forts	Points faibles
Le document PPI est renseigné par l'équipe pluridisciplinaire le protocole de suivi et d'évolution doit être travaillé ( en cours de déploiement )	Le résidents signe son projet personnalisé pour le valider	Le résident ne participe pas à l'élaboration de son projet personnalisé.
Propositions d'amélioration/préconisations ⇒ Intégrer une fréquence d'actualisation du PP dans la procédure d'élaboration et de suivi du projet personnalisé		

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 ;

Constats	Points forts	Points faibles
La mise en œuvre des projets individualisés est en cours.	<p>30 projet sont à ce jour formalisés.</p> <p>Le PPI est formalisé et est en cours de déploiement.</p> <p>Le projet personnalisé est connu des soignants.</p> <p>Il n'existe pas de fréquence formalisée de la révision des PP.</p> <p>Le résident ne participe pas à son élaboration</p>	<p>Le projet individualisé est en cours de déploiement.</p> <p>Il n'existe pas de procédure d'élaboration et de gestion du projet personnalisé</p> <p>Les modalités de mise en œuvre ne sont pas claires pour les acteurs</p> <p>L'articulation entre les différents recueils de données n'est pas clarifiée.</p> <p>La structure de l'outil « projet personnel individualisé » est peu adapté</p>
<p>Propositions d'amélioration/ préconisations</p> <p>⇒ Formaliser la procédure d'élaboration du projet personnalisé</p>		

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

Constats	Points forts	Points faibles
<p>Il existe un contrat de séjour et un règlement de fonctionnement qui est remis systématiquement au résident et/ou sa famille</p> <p>Les données recueillies lors de l'entretien avec l'agent d'accueil démontre que la procédure d'accueil (non formalisée) du nouveau résident intègre bien la notion du libre choix.</p>	<p>Le résidents a accès sur simple demande à son dossier ; à l'accueil pour le dossier administratif et via l'infirmière coordinatrice pour le dossier médical dématérialisé.</p>	<p>L'accès au droit n'est pas intégré en tant que projet dans le projet d'établissement</p> <p>L'accès pour l'usager au projet individualisé, aux informations administratives le concernant, aux informations médicales n'est pas actualisé dans le contrat de séjour.</p>
<p>Propositions d'amélioration/préconisations</p> <p>⇒ Elaborer une procédure d'accès à l'information notamment médicale.</p> <p>⇒ Actualiser l'accès aux dossiers sur le contrat de séjour.</p>		

⇒ Intégrer un projet « droits et libertés » dans le projet d'établissement

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

Constats	Points forts	Points faibles
Les résidents interviewés ont une vision globalement positive des missions de l'établissement. Une enquête de satisfaction a été effectuée en 2013 auprès des résidents et aussi de leur famille	Les aides soignantes et les infirmières sont très positivement perçues (entretiens semi directifs)	L'enquête de satisfaction est faite tous les deux ans
Propositions d'amélioration/préconisations ⇒ Annualiser l'enquête de satisfaction		

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 ;

Constats	Points forts	Points faibles
La constitution du CVS et son fonctionnement est en regard de la réglementation ( <i>Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 Article 3</i> )  Le règlement de fonctionnement du CVS existe (création en 2004) et les membres du CVS expriment avoir travaillé sur des modifications. le rôle du CVS n' pas fait l'objet d'une information clairement formalisée mais l'appel à candidature est réalisée sous forme d'affichage et les modalités du CVS sont expliquées par cette voie.	La représentante des familles exprime être sollicitée par les familles et se dit attentive à ce qui se dit. La présidente recueille les doléances en allant de chambre en chambre avant chaque réunion. Le Conseil de Vie Sociale est structuré, répond à la réglementation et au-delà, en étant représentatif de l'ensemble des résidents de la structure. Le CVS est considéré par la représentante des familles comme « très ouvert, où la communication est facile » Les comptes rendu sont formalisés puis affichés à l'accueil. Trois réunions annuelles du CVS ont lieu.	L'ordre du jour est fait par la directrice. Les actions d'amélioration en provenance du CVS , si elles sont mises en œuvre immédiatement, ne sont en tout cas pas intégrées au plan d'action de la qualité.
Propositions d'amélioration/ préconisations ⇒ Intégrer les actions d'amélioration en provenance du CVS au plan d'action qualité		

## 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 ;

Constats	Points forts	Points faibles
<p>l'environnement architectural de l'EHPAD permet de respecter parfaitement l'intimité, L'intégrité et la dignité de la personne. Les chambres sont toutes individuelles, les salles de bain et toilettes aménagées sont présentes dans chaque chambres.</p>	<p>La bientraitance est intégrée à la culture de l'établissement            Certaines chambres sont communicantes permettant ainsi à des couples qui le souhaitent, une intimité.            La mise à disposition d'une clé, pour les personnes qui le souhaitent est effective.            Les soignants frappaient systématiquement à la porte avant d'entrer dans les chambres.</p>	<p>Le « on » reste souvent employé durant les soins.            Lors des entretiens semi directifs avec les usagers, la problématique de l'intimité est apparue (« au début, j'étais pudique,... »)            Lors des observations les portes des chambres n'étaient pas systématiquement fermées durant les soins.            Les temps de transmission s'effectuent dans la salle de vie d'un service. Des résidents sont présents.            il n'existe pas de référent bientraitance            les recommandations de bonnes pratiques sur la bientraitance ne sont pas connues des salariés.            le plan de formation à ce jour n'inscrit pas la prévention de la maltraitance.            Il n'existe pas à ce jour de protocole clairement défini en cas de maltraitance</p>
<p>Propositions d'amélioration/préconisations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ poser une réflexion avec les soignants sur la notion d'intimité</li> <li>⇒ passer de la vocation « bienveillance » au professionnalisme « bientraitance » en travaillant sur les RBPP</li> </ul>		

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

Constats	Points forts	Points faibles
<p>Il existe un formulaire de déclaration d'évènement indésirable.            Une boîte à idée est disponible pour les résidents.            Un cahier de « doléances » est disponible à l'accueil</p>	<p>L'ensemble des acteurs est à l'écoute des demandes des résidents.</p>	<p>Les fiches d'évènement indésirables sont peu utilisées et ne sont pas analysées.            La procédure de gestion des évènements indésirables n'est pas « adaptée ».</p>
<p>Propositions d'amélioration/préconisations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ améliorer la procédure de gestion des évènements indésirables</li> <li>⇒ Analyser les fiches d'évènements indésirables, en tirer des indicateurs (mensuels ?) ainsi que des actions d'amélioration.</li> </ul>		

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 ;

Constats	Points forts	Points faibles
<p><i>Prévention du risque iatrogénique :</i></p> <p>41% des résidents présente un risque moyen à élevé concernant les effets indésirables médicamenteux.</p> <p><i>Le médicament</i> Il existe un « protocole de distribution médicamenteuse » dans le classeur des procédures situé en salle de soin.</p> <p>La prescription est envoyée par fax au pharmacien qui livre le traitement. Le traitement est livré sous pochette nominative avec le nom de la molécule, le dosage l'horaire de prise (matin, midi, soir,...).</p> <p><u>La distribution</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les médicaments sont distribués le matin par les IDE et le midi le soir et la nuit par les aides soignantes.</li> </ul> <p><i>La prévention du risque de chute</i> Les chutes font l'objet d'un indicateur annuel sur le RAM. 222 chutes ont été répertoriées en 2014, près de la moitié des résidents ayant chuté l'ont fait au moins deux fois dans l'année.</p>	<p>Le médecin coordonnateur a développé des indicateurs concernant les neuroleptiques et les benzodiazépines</p> <p>La préparation des médicaments est assurée par la pharmacie qui les conditionne, délivrées aux résidents.</p> <p>les prescriptions sont effectuées par le médecin traitant de façon individuelle et nominative. Ces prescriptions sont soit immatérielles, soit manuscrites soit par fax.</p> <p>L'indicateur national recense 1.7 chutes par résident. La moyenne de l'établissement est de 2.55 par résident(RAM). Les circonstances des chutes sont identifiées.</p>	<p>Il n'existe pas d'indicateur concernant le nombre de molécules par résident.</p> <p>Le protocole de distribution médicamenteuse est très sommaire et ne décrit pas l'ensemble du circuit.</p> <p>Les fiches d'événements indésirables sont peu utilisées lors d'un problème sur les médicaments (entretien) par exemple si absence de livraison en temps et en heure</p> <p>Il n'existe pas d'action d'amélioration formalisée au regard des chutes.</p>

<p><i>La douleur</i> toute douleur est prise en compte la traçabilité est faite sur le logiciel métier</p> <p><i>La contention</i> Les contentions font l'objet d'une prescription renouvelée mensuellement.</p> <p><i>Prévention du risque de dénutrition</i> La prise de poids mensuelle est systématique. Le suivi du poids est réalisé par le médecin traitant et les soignants.</p> <p><i>Prévention du risque de déshydratation</i> Le plan canicule est formalisé. L'établissement dispose de locaux climatisés.</p> <p><i>Prévention du risque d'escarre</i> Au regard de l'année 2013 les chiffres baissent sauf pour le nombre de plaies constituées au cours du séjour (2013 : 2)</p> <p><i>Troubles de l'humeur et du comportement</i> Ils sont signalés via les transmissions du logiciel sur le dossier du patient.</p> <p><i>Le risque infectieux</i> Il existe des procédures ou protocoles concernant la maîtrise du risque infectieux dans les soins, un audit a été réalisé cette année à partir du Document d'Analyse du Risque Infectieux du</p>	<p>La plupart des contentions sont des barrières de lit seuls trois résidents ont des contentions au fauteuil. Les résidents placés dans les unités fermées vont et viennent librement. Les lits ne sont pas systématiquement équipés de barrières.</p> <p>Il existe un protocole de prise en charge des patients dénutris. Un dentiste vient faire régulièrement des consultations gratuites dans l'établissement. dans l'établissement.</p> <p>Il existe une « fiche de retournement » (cure de posture) utilisée notamment pour les personnes en fin de vie.</p> <p>Évalués annuellement par l'échelle NPI-ES, Ils permettent d'établir la liste des résidents éligibles au PASA (pôle d'activités et de soins adaptés).</p> <p>Un référent hygiène formé (DU Hygiène) a été nommé.</p>	<p>il n'existe pas d'indicateur de suivi de la douleur</p> <p>Il n'existe pas de référent « plaie et escarres » Il n'existe pas d'indicateur quantitatif et qualitatif sur les escarres.</p> <p>Le circuit du linge n'est pas formalisé ni maîtrisé</p>
---	--	---

<p>GREPHH.</p> <p><i>Hygiène des personnels</i> Les personnels portent tous des blouses.</p> <p><i>Hygiène de locaux</i></p> <p><i>Risque maltraitance</i> Lors des entretiens semi directifs avec les salariés, le risque de maltraitance est peu identifié ; s'ils disent connaître bientraitance/maltraitance il leur est difficile d'en expliquer le contenu dans leur quotidien. En revanche ils affirment que l'établissement est bien traitant...</p>	<p>Des protocoles existent.</p> <p>le droit des usagers est souvent discuté en équipe. l'infirmière coordinatrice est particulièrement sensible sur la question et transmet au quotidien à son équipe sur le sujet.</p>	<p>à l'observation, le lavage des mains ou l'utilisation d'une solution hydro alcoolique n'est pas systématique entre deux soins. Le port de gants à usage unique n'est pas maîtrisé. A l'observation, le circuit « macro » de la chambre n'est pas valide Le protocole existant n'est pas suivi.</p> <p>Il n'y a pas eu de formation récente spécifiquement dédié à la maltraitance</p> <p>Le numéro de l'ALMA n'est pas visible dans la structure.</p>
<p>Propositions d'amélioration/préconisations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Elaborer un indicateur nombre de molécules par résident</li> <li>⇒ Inciter les médecins traitant à la révision des traitements.</li> <li>⇒ Continuer à inciter les médecins traitants à justifier les prescription de neuroleptiques</li> <li>⇒ Identifier et formaliser l'ensemble du circuit du médicament de la livraison à la prise par le résident.</li> <li>⇒ Identifier les évènements indésirables sur le circuit du médicament.</li> <li>⇒ Préconisation</li> <li>⇒ Intégrer les actions d'amélioration globale au niveau des chutes dans le plan d'action qualité</li> <li>⇒ Intégrer à la procédure d'admission le bilan de l'ergothérapeute.</li> <li>⇒ élaborer un indicateur de suivi de la douleur</li> <li>⇒ Préconisation</li> <li>⇒ Elaborer un indicateur quantitatif (nombre) et qualitatif (stades) sur les escarres.</li> <li>⇒ Nommer un référent (formé) « plaies et escarres ».</li> <li>⇒ Sensibiliser les personnels à l'hygiène lors des soins.</li> <li>⇒ Former les personnels d'entretien des locaux aux techniques et à l'hygiène.</li> <li>⇒ Elaborer la procédure de signalement de la maltraitance</li> <li>⇒ Afficher le numéro de l'ALMA</li> <li>⇒ Mettre en œuvre des formations « bientraitance, risque de maltraitance » auprès des salariés.</li> </ul>		

## 4 Analyse détaillée

---

### 4.1 Evaluation interne

---

#### 4.1.1 Réalisation de l'évaluation interne

---

Pour la réalisation de son évaluation interne, l'établissement a fait le choix d'une démarche commune de l'évaluation interne avec le GCSMS «Gardons et Garigues »

Les membres du groupement ont choisi de créer un référentiel labellisé « Gardons et Garrigues » qui est en totale cohérence avec chaque pan de l'activité des établissements. Ce référentiel intègre et complète les items requis par l'ANESM.

L'outil élaboré comporte 6 axes choisis en cohérence avec ceux recommandés par l'ANESM.

- Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs
  - Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents
  - Axe 3: Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance
  - Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement
  - Axe 5 : L'accompagnement de la fin de vie
  - Axe 6 : L'organisation de l'établissement
- Les « thèmes » représentent les « bonnes pratiques » ou « références minimum » que les établissements doivent pouvoir mettre en place afin de répondre aux objectifs de leur mission. Les « critères » interrogent, quant à eux, le degré de réalisation de chaque thème : ils évaluent les moyens supposés être mis en place pour la réalisation des actions.

Chaque critère est écrit sous la forme d'une question à laquelle il faut répondre par « oui » ou par « non ». La cotation doit être justifiée dans la colonne « points forts/faibles » et peut-être complétée par des préconisations. Ces commentaires permettront d'identifier les pistes d'amélioration.

Suite à la procédure de cotation des critères et à leur analyse, l'objectif est de formaliser les pistes susceptibles de contribuer à une évolution de la situation, de l'activité, des pratiques et du projet. Les groupes d'évaluation pourront proposer des pistes, le COPIL les validera ou proposera d'autres pistes.

*Modalités du recueil des données :*

La démarche d'évaluation interne a été effectuée par un comité de pilotage constitué de :

- Mme Takhedmit, directrice,
- Mme Bonnefille, infirmière coordinatrice,
- Mme Jeronimo, responsable hôtelière,
- M Giordano, médecin coordonnateur

Afin de mener l'évaluation interne, deux copilotes ont été désignés :

- Mme Cauquis, assistante administrative
- Mme Grenier, infirmière

*Les modalités de fonctionnement pour la réalisation de l'évaluation interne*

2 réunions de présentation de l'évaluation interne ont eu lieu en janvier 2013. Cela a permis d'expliquer l'intérêt de cette démarche, ainsi que le calendrier prévisionnel de son déroulé. A la suite de ces réunions un appel au volontariat a été lancé, en proposant à tous de choisir dans quel axe il voulait s'investir.

De la même manière, l'évaluation interne a été présentée aux membres du conseil d'administration, aux bénévoles et aux résidents, lors du comité de la vie sociale.

6 groupes de travail ont été mis en place au regard des 6 axes du référentiel de l'évaluation interne.

Le COPIL a validé la répartition du personnel volontaire dans les groupes en vérifiant la pluridisciplinarité et la présence de personnes qualifiées dans les axes (au moins un personnel soignant dans l'axe relatif au soin, un personnel de l'accueil dans l'axe étudiant l'admission...). Les responsables hôtelier et soignant étaient présentes dans les axes concernant leur domaine afin de pouvoir apporter immédiatement des réponses à d'éventuelles questions soulevées lors de l'étude du référentiel.

*Les modalités de fonctionnement de groupes de travail :*

En début de réunion les objectifs de l'évaluation ont été rappelés, ainsi que les conditions nécessaires à sa bonne conduite.

Les co pilotes se sont entendues pour que l'une anime et débattre avec le groupe tandis que la seconde reportait immédiatement les réponses apportées sur le référentiel qui était projeté.

64 actions d'amélioration ont été dégagées de ce travail de groupe et regroupées en 5 thématiques :

- amélioration de l'information

- amélioration de la personnalisation
- amélioration de la prise en charge (résidents ou personnels)
- amélioration de la sécurité
- amélioration de la traçabilité

un « calendrier d'action » a été formalisé en tenant compte de priorités.

#### Points forts

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ont été intégrées au référentiel utilisé.

Les groupes de travail étaient pluridisciplinaire et l'un d'eux a intégré une famille.

Les résultats de l'évaluation interne sont clairs et détaillés. Les 6 axes évalués ont générés l'élaboration de 64 actions d'amélioration.

Une priorisation a été effectuée et posée sur un plan d'action avec des dates d'échéance .

Une communication régulière à été faite tout au long de l'avancement de l'évaluation interne.

Cette communication était encore présente lors de l'évaluation externe (affichage tableau de bord des actions mises en œuvre)

#### Points faibles

Le comité de pilotage n'intègre pas de représentants de tous les corps de métier (transversalité).

L'évaluation interne ne semble pas s'être appuyée sur le résultats des enquêtes de satisfaction.

#### Préconisations

Elargir la composition du comité de pilotage

Elaborer un planning des réunions à venir du COPIL

S'appuyer aussi sur les enquêtes de satisfaction lors de la prochaine évaluation interne.

#### 4.1.2 Dynamique générale de la mise en œuvre de l'amélioration continue

---

Les objectifs de l'amélioration ont été posés dans la convention tri partite au regard des axes prioritaires de l'association. La politique qualité n'est pas formalisée, en revanche des outils de la démarche qualité sont en œuvre.

C'est l'évaluation interne qui a déclenché la création du COPIL, il « existe » toujours dans le suivi des actions d'amélioration de l'évaluation interne mais de manière informelle.

Son existence s'est aussi poursuivie au delà afin d'organiser la logistique de l'évaluation externe.

Le CVS est tenu au courant de l'avancement des actions d'amélioration.

Il existe un cahier de suggestion qui peut être utilisé par les résidents.

Une enquête de satisfaction a été menée en 2011 et 2013, les retours ont eu pour conséquence la mise en place de réunion sur les menus avec les résidents et les familles. L'établissement dit être à l'écoute des demandes sur l'alimentation.

Cette enquête a aussi montré de l'insatisfaction sur le traitement du linge (88% d'insatisfaction) une réflexion est en cours.

Il existe deux référents qualité dans l'établissement : une infirmière hygiéniste et la secrétaire.

Le comité de pilotage a formalisé les actions d'amélioration provenant de l'évaluation interne dans un plan d'action où les priorités et les échéances formalisées, ce fichier excel distribue les actions aux pilotes désignés avec un suivi par les référents. Ce suivi est affiché régulièrement.

Le médecin coordonnateur s'est appuyé sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM pour élaborer certains protocoles.

L'évaluation interne a permis de faire le tri des documents (protocoles, procédures) un sommaire par classeur qui est mis à jour à chaque modification.

Il existe une procédure de gestion des événements indésirables

Il existe un classeur de procédures et protocoles dans les services.

Par leur signature les salariés se sont engagés à lire les protocoles.

La structure documentaire n'est pas codée, il n'existe pas de procédure de gestion documentaire.

Les protocoles sont peu utilisés (entretiens semi directifs)

Les soignants ne connaissent pas la démarche qualité, démarche d'amélioration continue (entretiens)

Il existe des indicateurs de suivi annuels sur l'aspect médical : suivi des chutes, l'utilisation des morphine, nombre de patients sous neuroleptiques, benzodiazépine,... Le RAM donne ces indicateurs .

#### *La méthode HACCP*

le personnel de cuisine a des vestiaires : calot usage unique situé derrière la cuisine pour se changer : calot chaussure Etc. . Au retour les vêtements de cuisine sont lavés chaque jour car déposés dans une corbeille dédiée.

Les livraisons sont vérifiées (traçabilité de la prise de température, DLC, DLUO), décartonnées et réparties (sec, froid, congélation)

Les repas témoins sont conservés, les étiquettes des produits utilisés sont archivées.

La marche en avant est respectée (observation).

Des fiches de tache existent.

Le premier jour la responsable rencontre les résidents afin de prendre note de ses goûts :

Les besoins et attentes récoltés sont notés sur un tableau en cuisine.

Le cuisinier dispose d'une fiche qui recense l'ensemble des besoins et attente des résidents( note fiche).

#### **Il existe une commission menu :**

Animée par une infirmière, la responsable. Les résidents et les familles sont invités.  
des compte rendus sont formalisés.

#### *La méthode RABC*

Le linge est trié dans les unités dans les chariots à 3 sacs, les chariots sont ensuite amenés en lingerie.

Le linge plat est sous traité. Le sous traitant récupère le linge stocké en zone sale trois fois par semaine.

Le linge résident est contenu dans un seul sac il est lui aussi mis en attente pour le soir avec l'arrivée e la lingère.

A son arrivée la lingère vide les sacs de linge résident et fait le tri (blanc, couleur, fragile).

Les sacs à linge en service sont surchargés en fin de matinée(observation).

#### Points forts

Le comité de pilotage mis en place lors de l'élaboration interne assure le suivi de l'évaluation et veille au bon déroulement du plan d'action. L'ensemble s'engage à tracer la démarche d'amélioration continue

Les membres du COPIL et la direction ont conscience des lacunes en matière de formalisation.

Les entretiens semi directifs démontrent une implication de l'ensemble des acteurs interrogés.

#### Points faibles

il n'existe pas de planification des réunions du COPIL.

La démarche qualité n'est pas maîtrisée, elle est embryonnaire et non structurée.

il n'existe pas de recueil et d'analyse des événements indésirables formalisée.

Les événements indésirables ne sont pas suivis sur un tableau de bord

La procédure de gestion des événements indésirables est à revoir.

L'enquête de satisfaction n'est pas annuelle

#### Lingerie

Les zones sale et propres ne sont pas séparées

Il n'existe pas de circuit du linge formalisé ni de procédure de traitement du linge.

Le tri en lingerie peut être amélioré en amont.

#### Cuisine

La préparation des mixés est effectuée la veille. La préparation à l'avance des mixés augmente le risque de TIAC.

#### Préconisations

Continuer à mettre en œuvre l'amélioration continue en travaillant par « petits pas gagnants »

Revoir la procédure de gestion des événements indésirables

Inciter l'ensemble des acteurs à déclarer les événements

Formaliser un suivi mensuel des événements indésirables

Annualiser l'enquête de satisfaction

Structurer la documentation qualité

Sensibiliser l'ensemble des acteurs à la démarche qualité

#### *Lingerie*

Restructurer la lingerie (zonage)

Améliorer le tri du linge en service

Formaliser le circuit et la procédure de gestion du linge

Former les lingères à la méthode RABC

#### *Cuisine*

Préparer les mixés juste avant le service.  
Rendre compte au CVS des comptes rendus de la commission des menus

## 4.2 Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement

---

### *Conditions d'élaboration*

Le projet d'établissement date d'Avril 2009. Il a été élaboré par la directrice de l'établissement.

Il décline :

une présentation de l'établissement ,

Les objectifs du projet de l'association « les Jardins de Saint Hilaire » :

- Accueillir des personnes âgées dépendantes sur le plan physique, sur le plan psychique et d'organiser son service de telle sorte que le maintien dans l'association soit possible quelque soit le stade de la maladie jusqu'à l'accompagnement de la fin de vie.
- Proposer un service de qualité et un confort de vie le plus proche possible de celui du domicile ; privilégier le lien social.
- Assurer aux résidents un maximum de liberté (liberté de culte, accès à la citoyenneté notamment).
- Assurer le respect de la dignité de la personne (favoriser la bientraitance).
- Proposer une prise en charge de même qualité à tous quel que soit le statut social, et les idées de chacun.
- Assurer la sécurité des personnes accueillies. Lutter contre la dégradation physique et psychique.

Le projet identifie les ressources humaines disponibles dans l'établissement.

### Points forts

Le projet d'établissement existe.

Les grands axes de travail y sont formalisés

Il existe un plan de prévention de la maltraitance

### Points faibles

le projet d'établissement n'a pas été réactualisé.

Le projet d'établissement ne « projette » pas l'établissement, il est plus de l'ordre du constat.

Les projets de soin, d'animation s'ils sont cités, ne sont pas formalisés.

Il n'existe pas d'articulation avec l'évaluation interne (notamment du fait de la forte antériorité du PE)

### Préconisations

Elaborer le nouveau projet d'établissement de manière transversale en y intégrant les éléments de l'évaluation interne et externe.

#### 4.2.1 Actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS et les besoins de la population accompagnée, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels.

---

Le projet d'établissement a défini une politique d'accueil :

« Les Jardins de Saint hilaire souhaitent garantir aux personnes âgées accueillies les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. Le postulat du projet est de créer une plate- forme multi-services avec des lieux de vie différenciés en fonction des besoins repérés. »

Le projet d'établissement décline des objectifs de soins :

- Lutte contre les infections
- Prévention des chutes
- Contentions physiques
- L'évaluation de l'état nutritionnel et la prévention de la déshydratation
- Prise en charge des escarres et des plaies chroniques
- Le traitement de l'incontinence
- L'utilisation des psychotropes
- Le traitement de la douleur
- La prise en charge Alzheimer
- La prise en charge palliative

Ces derniers sont en adéquation avec la population prise en charge. Ils répondent en partie aux missions de l'établissement

Points forts

Le projet d'établissement existe et est la première pierre pour construire l'amélioration continue en s'appuyant sur les dernières évaluation pour l'actualiser....

Points faibles

Le projet d'établissement n'est pas actualisé

Le projet d'établissement n'a pas généré de plan d'action. Il est donc impossible de prendre en compte une possible évolution des fonctionnements.

Le projet d'établissement ne s'appuie pas formellement sur la loi 2002.2 ni sur le schéma gérontologique départemental.

Il n'existe pas de projet social formalisé dans le projet d'établissement.

Il n'existe pas de projet « droits et libertés des résidents » qui pourrait s'appuyer sur une réflexion éthique.

Préconisations

Intégrer un projet social au nouveau projet d'établissement

Intégrer un projet « droits et libertés des résidents » au projet d'établissement

#### 4.2.2 Modalités d'accompagnement et ressources à mobiliser

---

Les moyens humains et financiers sont ceux fournis par les tutelles (ARS et Conseil Général).

L'établissement à choisi d'être sous dotation globale.

Les modalités d'accompagnement seront à élaborer dans le nouveau projet d'établissement à construire.

### 4.3 Les 15 thématiques spécifiques

---

#### 4.3.1 Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissements ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne

---

*Le processus d'accueil*

Il existe deux liste d'attente : en accueil temporaire et en accueil définitif. Le temps d'attente est d'environ 1 an et demi .

La liste d'attente est gérée par la secrétaire d'accueil qui met à jour la liste d'attente juste après le RDV des familles avec le médecin coordonnateur

Il existe une note de service de 2012 portant sur la création de la commission d'admission et qui structure ce temps. Cette commission est composée de :

Le médecin coordonnateur

L'infirmière coordonnatrice

Le responsable hôtelier

La directrice

La psychologue

Le médecin prononce un avis concernant les possibilité de prise en charge du demandeur et le cas échéant, sur l'unité d'affectation (unité protégée,...)

En cas de refus d'admission les motivations sont tracées sur le dossier.

Dans les faits, un rdv est pris par l'infirmière coordonnatrice avec le résident futur et/ou la famille , puis un entretien a lieu, suivi d'une visite de l'établissement et une explication du fonctionnement de l'établissement...

Le recueil des données se fait avec la fiche de pré admission avant l'admission (check list fiche pré admission qui est un recueil de donnée général intégrant les éléments de l'histoire de vie, il sera affiné après l'entrée).

Une fiche « de consentement » à l'institutionnalisation doit être signée par le résident.

En cas de décision positive des deux parties la personne entre avec sa famille pour installer et personnaliser sa chambre.

Le premier jour la personne est accueillie par l'agent d'accueil avec l'IDEC elle est accompagnée dans sa chambre.

Le kiné, le médecin coordonnateur, le cuisinier, l'aide soignante présente, l'ASH en fonction et l'ensemble des acteurs professionnels iront rencontrer le nouveau résident en chambre afin de se présenter et de recueillir les besoins et attentes de la personne en adéquation avec leur fonction.

D'autres informations sont demandées et tracées lors de l'entrée dans l'établissement

- Consentement éclairé
- Personne de confiance
- Directives anticipées
- Liste des médecins
- Demande d'autorisation pour le droit à l'image,
- Souhaits en cas de décès,
- Souscription au service d'admission de traitement médicamenteux

Les documents obligatoires sont présents, distribués, expliqués :

- Livret d'accueil qui contient :
  - Les valeurs de l'association
  - Les solutions de prises en charge
  - Un extrait de la charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante
  - L'adresse, numéro de téléphone, fax, adresse mail, site internet
  - Un descriptif de la localisation de l'établissement
  - Sa capacité d'accueil et ses spécificités (l'accueil temporaire, l'accueil de jour, PASA)
  - les services connexes (lingerie, coiffure, cultes...).

- Un descriptif des chambres
- La fréquence des animations
- Les horaires de repas
- Les tarifs actualisés pour les trois types d'accueil.
- La possibilité de recourir à l'aide sociale
- Un dossier de demande d'admission (cerfa 14732 01)
- Une fiche « compléments administratifs »
- Une fiche « pièces à fournir avant l'entrée » et « pièces à fournir le jour de l'entrée »
- Une fiche « trousseau de linge et accessoires ».

- Lors de l'admission le contrat de séjour est signé, le règlement de fonctionnement est remis au résident et :ou à sa famille.

Le règlement de fonctionnement intègre notamment:

- Le droit à l'image
- Les modalités d'expressions du résident
- L'existence d'un référent
- Les droits et libertés dans l'espace privatif ainsi que dans l'espace collectif.
- Le libre choix du médecin
- La possibilité de dépôt au coffre

Des protocoles existent concernant l'admission ; chaque « métier » a son protocole...

- L'accueil temporaire bénéficie de la même structuration.
- L'accueil de jour

Un recueil de données est fait à l'entrée. Un cahier de liaison est mis en place.

Points forts

Le livret d'accueil permet au futur résident d'avoir une vision claire de la structure et des services qui lui sont proposés.

L'admission est structurée via la commission et l'ensemble des soignants connaissent les modalités fonctionnelle d'une entrée.

Points faibles

Il n'existe pas de procédure de pré- admission et d'admission formalisée.

la charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante n'est pas complète sur le livret d'accueil

Les unités spécialisées dans l'accompagnement de la démence et la maladie d'Alzheimer ne sont pas recensées dans le livret d'accueil

#### Préconisation

Formaliser la procédure de pré admission et d'admission afin de structurer ce temps important de la prise en charge.  
Améliorer le contenu du livret d'accueil (possibilité d'intégrer les différentes fonctions clé : direction, soins,...)

### 4.3.2 Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence

---

L'accueil physique et téléphonique est assuré par un membre du service administratif qui répond aux demandes du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 18h. Les horaires sont indiqués à l'entrée sur un calendrier avec les noms de l'agent d'accueil et du comptable. En dehors de ces heures, il existe un protocole de réception des appels en dehors des heures d'ouverture ; hors ces heures le répondeur donne le téléphone de l'ide en service.

D'autre part, un cadre de service d'astreinte est joignable et habilité à prendre toutes décisions.

Durant ses heures de présence, la secrétaire ou la comptable transmet les informations directement aux acteurs concernés.

Tout appel entrant est tracé sur le logiciel Médisys . Tous les acteurs ont accès à Médisys sauf les cuisines et les ASH . L'accueil transmet à la personne compétente et dispatche selon les cas. Il existe des fiches de transmission des messages en cas de contact infructueux avec la personne concernée.

#### Points forts

L'accueil téléphonique est assuré 24h/24 grâce à une astreinte administrative mise en place et assurée par les cadres.  
Les appels entrants sont tracés sur le logiciel MEDICIS.

### 4.3.3 Conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur

---

A l'initialisation de la mise en oeuvre du projet personnalisé, une explication a été donnée aux salariés sur les modalités d'organisation de la mise en place du PP, des référents ont été désignés (via le choix des soignants).

une fiche recueil de données (papier) est ensuite remplie par le référent.

le jour de la réunion le référent apporte son recueils de données et une réflexion a lieu avec le médecin coordonnateur, la psychologue et l'infirmière coordonnatrice. Le recueil de donnée est ensuite saisi sur le logiciel de soins (projet personnalisé)

Le consentement de l'utilisateur est recherché par sa signature .

La mise en place du projet personnel individualisé est en cours de mise en oeuvre (30 projets à ce jour).

Le document PPI est renseigné par l'équipe pluridisciplinaire le protocole de suivi et d'évolution doit être travaillé ( en cours de déploiement )  
Le projet scinde par secteur : social, médical, psychologique et spirituel chacun des objectifs mais ne prévoit pas de calendrier prioritaire

l'actualisation des projets est à venir, une future programmation sera mise en œuvre afin de tenir compte des sorties des résidents et des salariés

l'outil « projet personnalisé » intègre les items suivants :

GIR

Suivi médical

Suivi psychologique

Suivi social

Suivi spirituel

Problèmes actuels et objectifs

Signatures (résident – référent familial – référent institutionnel)

Activités à privilégier par type de métier

Points forts

Le PPI est formalisé et est en cours de déploiement.

Le projet personnalisé est connu des soignants.

Points faibles

Il n'existe pas de procédure d'élaboration et de gestion du projet personnalisé

Les modalités de mise en œuvre ne sont pas claires pour les acteurs.

L'articulation entre les différents recueils de données n'est pas clarifiée.

La structure de l'outil « projet personnel individualisé » est peu adapté

Il n'existe pas de fréquence formalisée de la révision des PP.

Le résident ne participe pas à son élaboration

Préconisations

Elaborer une procédure d'élaboration et de gestion du projet personnalisé.

Rendre plus performant l'outil « projet personnalisé »

Formaliser sur le document projet personnalisé les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés

Intégrer le résident et/ou son représentant dans l'élaboration du PP

#### 4.3.4 Effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits

---

Le projet d'établissement formalise l'accès aux droits via le projet de l'association :

- Assurer aux résidents un maximum de liberté (liberté de culte, accès à la citoyenneté notamment).
- Assurer le respect de la dignité de la personne (favoriser la bienveillance).
- Proposer une prise en charge de même qualité à tous quel que soit le statut social, et les idées de chacun.

Lors de l'admission le consentement éclairé est recherché par le biais du contrat de séjour qui détaille : la durée, la période d'adaptation, le détail des prestations, le détail de la prestation hôtelière et d'hébergement. Le détail des modalités de restauration, d'entretien du linge des animations, la prestation dépendance, la prestation soins, les responsabilités des deux parties, les dispositions financières ( cout et modalité de prise en charge financière ) le dépôt de garantie, les conditions particulières de facturations, les modalités pour les absences, les conditions de résiliation de contrat, le droit d'accès et à la rectification des données personnelles, le droit à l'image.

De plus, un document rattaché au contrat de séjour atteste du consentement de la personne.

Le recueil des données est signé et tenu à disposition des résidents.

L'affichage est clair et détaillé ( animations ) .

Le résidents a accès sur simple demande à son dossier ; à l'accueil pour le dossier administratif et via l'infirmière coordinatrice pour le dossier médical dématérialisé.

Les données recueillies lors de l'entretien avec l'agent d'accueil démontre que la procédure d'accueil (non formalisée)du nouveau résident intègre bien la notion du libre choix.

la charte des droits et liberté est affichée partout ( couloirs à chaque étages, ascenseur, livret d'accueil ).

Il existe un contrat bien distinct entre l'accueil temporaire, l'accueil définitif et l'accueil au PASA.

Le résident peut choisir de prendre ses repas depuis son unité ou en salle à manger.

Le recueil de donnée intègre la notion des pratiques religieuses. Les représentants religieux des diverses pratiques sont accueillis au sein de l'établissement.

Les résidents sont libres de circuler librement en dehors et dans l'établissement selon les modalités définies avec le résident et sa famille.

Les résidents ont le libre choix des prestations qu'ils leurs sont proposées : Le programme d'animation est affiché de façon claire et accessible à tous. Les résidents sont libres de participer ou non.

#### Points forts

La charte des droits et libertés de la personne dépendante est affichée et visible dans l'établissement.

L'établissement assure l'accompagnement spirituel en respectant le culte de chacun.

Les résidents reçoivent leur médecin traitant au sein de l'EHPAD ainsi que leur coiffeur, pédicure, ...

le bureau d'accueil (dossier administratif) la salle de soins (dossier patients) garantissent le respect de la confidentialité des informations (bureau et infirmerie fermés et codée pour l'infirmerie).

La possibilité d'aller et venir est effective au regard des résidents rencontrés.

#### Points faibles

L'accès au droit n'est pas intégré en tant que projet dans le projet d'établissement

##### *Plaintes, réclamations, évènements indésirables*

Il n'existe pas de protocole de réclamation clairement identifié à l'attention des résidents mais un cahier de doléances est tenu à disposition des résidents à l'accueil. ( il est bien en vu ) ainsi qu'une boîte à idées.

##### Points faibles

Il n'existe pas de procédure valide de gestion des évènements indésirables.

##### L'accès à l'information

L'accès pour l'usager au projet individualisé, aux informations administratives le concernant, aux informations médicales n'est pas formalisé dans le contrat de séjour.

##### Préconisations

Améliorer la procédure de gestion des évènements indésirables

Analyser les fiches d'évènements indésirables, en tirer des indicateurs (mensuels ?) ainsi que des actions d'amélioration.  
Elaborer une procédure d'accès à l'information notamment médicale.  
Actualiser l'accès aux dossiers sur le contrat de séjour.  
Intégrer un projet « droits et libertés » dans le projet d'établissement

#### 4.3.5 Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers

---

##### *Respect de l'intimité*

l'environnement architectural de l'EHPAD permet de respecter parfaitement l'intimité, L'intégrité et la dignité de la personne. Les chambres sont toutes individuelles, les salles de bain et toilettes aménagées sont présentes dans chaque chambres.

Certaines chambres sont communicantes permettant ainsi à des couples qui le souhaitent, une intimité.

La mise à disposition d'une clé, pour les personnes qui le souhaitent est effective.

Lors des entretiens semi directifs avec les usagers, la problématique de l'intimité est apparue (« au début, j'étais pudique,... »)

Lors des observations les portes des chambres n'étaient pas systématiquement fermées durant les soins. Les soignants frappaient systématiquement avant d'entrer.

Les temps de transmission s'effectuent à tour de rôle dans les différentes unités dans la salle commune. Des résidents sont présents.

##### *La bientraitance*

C'est une valeur centrale de l'établissement.

##### A l'étage

Lors de l'observation, le vouvoiement était de rigueur. Beaucoup de portes de chambres sont grandes ouvertes...

Pour aller faire les soins, les soignants observés frappent à la porte de la chambre avant d'entrer. Les soignants appelaient systématiquement les résidents « Monsieur ou Madame », Les soins étaient plutôt proposés qu'imposés dans les termes employés par l'une des soignantes.

Les chambres contiennent des meubles personnels.

##### Dans les CANTOUS

Les petits déjeuners sont servis à table, les soins sont effectués « à la demande » c'est à dire en fonction du lever des personnes ; certains résidents se sont habillés seuls en se levant et sans se laver, la soignante les a repéré, les soins seront proposés après.

Les résidents sont nommés soit par leur nom de famille soit par leur prénom.

De la musique est diffusée le matin.

L'attitude des soignants est adaptée à la population des résidents (calme, sourire, négociation douce,...) notamment la nuit lorsque les personnes ne souhaitent pas se coucher, la soignante observée obtient, après plusieurs passages et essais, que les personnes récalcitrantes aillent finalement se coucher dans leur chambre sans énervement, en toute quiétude.

Il existe une fiche de préférence des petits déjeuners.

Le personnel prend en compte les habitudes des usagers et ne force pas le résident à se conformer aux règles d'usage ( générales ) sans son consentement : aller se coucher, manger ou non, faire sa toilette Etc. Le personnel utilise le terme : "stimuler " . Ne force pas.

L'ensemble du personnel participe au protocole d'accueil ce qui permet une parfaite prise en compte des habitudes afin de rester en harmonie avec le consentement ou non des usagers.

Globalement, les usages professionnels intègrent la bientraitance et la culture de bienveillance est omniprésente . le plan de formation à ce jour n'inscrit pas la prévention de la maltraitance.

Un coffre est à disposition au secrétariat (modalité d'usage dans le règlement de fonctionnement).

*(référence RBPP Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne/respect de l'intimité )*

#### Points forts

La bientraitance fait partie de la vocation déclarée de l'établissement, l'observation montre une certaine attention des soignants à ce niveau, on peut dire plutôt qu'une culture de la bienveillance existe dans l'établissement.

Des actions de sensibilisation à la bientraitance sont mise en œuvre par la psychologue (outil MOBQUAL)

#### Points faibles

Le « on » reste souvent employé durant les soins.(« Allez, on va déjeuner »)

il n'existe pas de référent bientraitance

les recommandations de bonnes pratiques sur la bientraitance ne sont pas connues des salariés.

Beaucoup de portes de chambres étaient ouvertes lors de la matinée d'observation (avec le résident dans la chambre voir dans le lit).

Il n'existe pas à ce jour de protocole clairement défini de recours en cas de maltraitance.

#### préconisations

poser une réflexion avec les soignants sur la notion d'intimité

passer de la vocation « bienveillance » au professionnalisme « bientraitance » en travaillant sur les RBPP

### *La douleur*

Il existe une démarche de dépistage de La douleur via les outils EVA, ALGOPLU, DOLOPLUS et surtout ECPA. Cette évaluation se fait « en cas de nécessité ».

Des formation interne via MOBIQUAL ont été mises en œuvre pour les infirmières. Pas régulièrement pas pour tous  
Il existe un protocole « douleur » basé sur les recommandations de l'HAS ;

#### Points forts

Les échelles ECPA et EVA (dans une moindre mesure au regard du type de population accueillie) sont utilisées.

Il existe un protocole d'évaluation de la douleur.

Toute douleur observée par les soignants est signalée et prise en compte.

Des formations internes ont eu lieu en s'appuyant sur les outils MOBIQUAL.

#### Points faibles

Il n'existe pas de référent douleur « déclaré » « formalisé ».

La douleur n'est pas systématiquement mesurée à l'entrée

Les outils sont utilisés mais cette utilisation n'est pas généralisée à tous les soignants, ces derniers ont encore tendance à prévenir l'infirmière lorsqu'ils observent des signes de douleur. Une fois que l'information est diffusée de mesurer la douleur, les soignants mesurent, notamment lors de la mise en place d'un traitement antalgique (entretiens semi directifs).

D'autre part les entretiens semi directifs montrent que les soignants ne connaissent pas tous l'existence des outils (ou ne se sentent pas concernés pour les utiliser).

#### Préconisations

Construire un indicateur quantitatif mensuel : nombre d'évaluation de la douleur, permettant de suivre l'utilisation des outils.

Construire un indicateur qualitatif en se référant aux RBPP de l'ANESM. Exemple : avis des professionnels sur l'efficacité de la prise en charge de la douleur (questionnaire),...

Sensibiliser l'ensemble des soignants et notamment les aides soignantes à l'utilisation des outils de mesure de la douleur

Mesurer la douleur à l'entrée

### *La gestion de fin de vie*

C'est un point fort déclaré de l'établissement

L'infirmière coordonnatrice est le référent fin de vie de l'établissement.

Il existe un formulaire d'aide à la rédaction des directives anticipées qui intègre le recueil de données des attentes des usagers en fin de vie

Il existe des protocoles concernant la fin de vie (changement de position, soins de bouche, protocole décès, rituel d'adieu,...)

Les recommandations de bonnes pratiques en EHPAD concernant les soins palliatifs sont disponibles.

Les familles sont accompagnées par l'ensemble du personnel pour la fin de vie de leurs proches (entretien semi directif).

Les échelles ECPA et EVA sont utilisées.

#### Points forts

L'établissement fait de cet accompagnement une obligation forte.

L'ensemble des soignants interrogés sont impliqués dans l'accompagnement de fin de vie

La prise en charge ne fait pas systématiquement appel à l'équipe mobile car les soignants arrivent à gérer.

#### Points faibles

Il n'existe pas de procédure formalisée de gestion de fin de vie.

#### Préconisations

Elaborer une procédure de gestion de fin de vie.

### *L'animation*

Les besoins et attentes sont recueillis préalablement lors de l'élaboration du recueil de données et du projet personnalisé.

les animatrices discutent avec les familles lors de l'admission et lorsqu'elles viennent afin d'identifier les besoins et attentes.

Les animations de la semaine sont affichées.

Les familles peuvent participer pour ce qui concerne certaines animations : le thé dansant ( prévenu par affichage ) les fêtes de Noël, repas espagnol, spectacle du mois,...

Le choix des animations se fait en fonction des centres d'intérêt des résidents et en fonction des événements ( foot Etc. )

D'autre part, les transmissions permettent d'échanger avec l'ensemble du personnel : soignant secrétariat Etc., repas ...

L'équipe d'animations profite de cette occasion pour parler des résidents qui ne se rendent pas aux animations ... Depuis quelques années les transmissions réalisées sur le logiciel métier ont permis à l'ensemble du personnel de suivre le déroulement de la prise en charge et d'adapter les programmes d'animation en fonction.

Les animations proposées sont de type collective ; d'autre part, en fonction de la liste de nom qui est donné par le PASA, il est proposé de l'animation individuelle .

#### Points forts

Les animations sont plébiscitées par les résidents interviewés.  
L'animation est composée de plusieurs professionnels (3)  
L'aspect thérapeutique est en partie intégré.

#### Points faibles

Il n'existe pas de projet d'animation formalisé.  
Il n'y a pas d'intégration projet personnalisé / animation proposée au regard des problématiques (santé, orientation,...)de chaque résident.  
Il n'y a pas d'évaluation individuelles et collectives formalisées des animations proposées (« l'évaluation ? c'est le nombre de sourire ! »)

#### Préconisations

Elaborer un projet d'animation  
Intégrer les animatrices aux réunions des projets personnalisés.  
Evaluer les animations au niveau individuel afin d'apporter de la matière au projet personnalisé

### 4.3.6 Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers

---

#### Expression et participation collective des usagers

##### CVS

##### *Composition*

La direction

un représentant du personnel  
deux représentant des familles,  
les délégués du personnel

le médecin coordonnateur  
un représentant de la mairie.

Sa constitution et son fonctionnement est en regard de la réglementation (*Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 Article 3*)

Le règlement de fonctionnement du CVS existe (création en 2004) et les membres du CVS expriment avoir travaillé sur des modifications.

le rôle du CVS n' a pas fait l'objet d'une information clairement formalisée mais l'appel à candidature est réalisée sous forme d'affichage et les modalités du CVS sont expliquées par cette voie.

Les familles décrivent être particulièrement intégrées dans les décisions prises. Elles reçoivent des courriers pour les évènements de l'établissement. L'Etablissement ouvre ses portes facilement . il y a des fêtes ouvertes aux familles deux à trois fois par semaine.

La représentante des familles exprime être sollicitée par les familles et se dit attentive à ce qui se dit. La présidente recueille les doléances en allant de chambre en chambre avant chaque réunion.

#### *Activité*

Le protocole d'accueil est connu par les membres du CVS.

La charte est connue par les membres du CVS.

le CVS a été consulté pour la convention prise avec la pharmacie.

Le CVS n'a pas encore été consulté pour les travaux d'architecture (établissement récent)mais a été consulté par exemple pour la mise en place de la commission menu et du déploiement du PPI .

#### *Fréquence de réunion*

le CVS se réunit tous les 4 mois. Madame la présidente organise les modalités calendaires la direction prépare l'ordre du jour et il y a toujours une rubrique questions diverses.

#### communication

Des comptes rendus sont formalisés, affichés et aussi distribués aux familles.

#### les bénévoles

ils font partie de l'association (environ une centaine)et sont très présents quasi au quotidien dans l'établissement.

Les bénévoles ont reçu une formation intégrant les axes de la charte des droits et des libertés.

#### Points forts

Le Conseil de Voie Sociale est structuré, réponds à la réglementation et au-delà, en étant représentatif de l'ensemble des résidents de la structure.

Le CVS est considéré par la représentante des familles comme « très ouvert, où la communication est facile »

Les comptes rendu sont formalisés puis affichés à l'accueil.

Trois réunions annuelles du CVS ont lieu.

Les entretiens avec les membres du CVS démontrent que :

- Les familles peuvent exprimer leurs besoins et attente,
- Les usagers peuvent effectivement passer librement leurs questions aux membres du CVS.

#### Points faibles

L'ordre du jour est fait par la directrice.

Les actions d'amélioration en provenance du CVS , si elles sont mises en œuvre immédiatement, ne sont en tout cas pas intégrées au plan d'action de la qualité.

#### *Commission des menus*

La commission des menus se réuni une à deux fois par an. Le cuisiniers est présent.

#### Expression et participation individuelle des usagers

Une enquête de satisfaction a été faite en 2013 à l'attention des résidents ainsi que des familles.

#### Préconisations

Intégrer les actions d'amélioration en provenance du CVS au plan d'action qualité

### 4.3.7 Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation

---

Pour l'EHPAD des Jardins de Saint Hilaire, la notion de changement et d'adaptation de son organisation est une réalité forte depuis son ouverture.

En effet, un démarrage très rapide dès son ouverture avec dans le même temps des moyens octroyés de manière anticipée au regard de l'activité a permis la mise en place d'une prise en charge de type « familiale » réellement individualisé.

Mais cette organisation s'est heurtée à la réalité des contraintes financières du secteur.

Une extension de 5 lits programmée n'a pas généré comme prévu au départ un renforcement des ressources humaines en soins.

Au contraire, du fait d'une gouvernance relativement chaotique et d'une dotation supérieure à la référence plafond, c'est dans une situation de convergence financière à effectif stable que s'est retrouvé l'établissement.

L'établissement a dû se réorganiser à effectif constant, générant ainsi une crise sociale en 2009.

Afin de pérenniser l'EHPAD, l'association a opté pour une dotation globale sans PUI qui a permis la mise en place d'une prise en charge plus « professionnelle » .

Cette nouvelle donne a généré un accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (majoritaires dans l'établissement) plus adapté en terme d'encadrement soignant et de structuration (création d'un PASA).

L'établissement a aussi progressé en terme d'amélioration continue via la formalisation de procédures et protocoles de soins.

L'ensemble des salariés s'est approprié le changement et les entretiens demi directifs démontrent que le personnel accepte ce nouveau mode de fonctionnement.

Aujourd'hui le résident est au centre des processus déployés par l'établissement, et la démarche d'amélioration continue est enclenchée.

#### 4.3.8 Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers

---

Les recommandations de bonnes pratiques ont été utilisées pour construire le référentiel de l'évaluation interne.

##### Points forts

La mutualisation du travail d'évaluation interne a permis l'élaboration d'un référentiel adapté à la structure au regard des RBPP.

##### Points faibles

Si le comité de pilotage connaît l'existence de l'ANESM et des RBPP, les entretiens semi directifs démontrent que ni les RBPP ni l'ANESM ne sont connues des salariés.

##### Préconisations

Sensibiliser les salariés aux RBPP de l'ANESM via les synthèses.

#### 4.3.9 Prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité – prévention des situations de crise – d'un dispositif de régulation des conflits – techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes – plus généralement politique globale de gestion des risques

---

##### *Normes d'hygiène et de sécurité*

il existe un registre de sécurité ouvert en 2003 (année d'ouverture de la structure).

La dernière commission de sécurité date de mai 2010.

la vérification annuelle des extincteurs est à jour, la vérification du SSI par un fournisseur extérieur (SOCOTEC) est annuelle et à jour.

Le dernier exercice d'évacuation date de 2011, les formations incendie sont régulières (au minimum annuelles), la dernière a été effectuée en 2014.

L'ensemble des maintenances préventives (installations électriques, installations de chauffage, ventilation climatisation, désenfumage, extincteurs ascenseurs, groupe électrogène) sont contractualisées et actualisées.

Le dernier contrôle pour les appareils de cuisson date de 2009, le dernier dégraissage de hotte date de 2011.

Les contrôles ascenseur sont annuels et à jour.

La dernière décontamination des climatisations date de 2015, il existe un contrat de maintenance fait en 2015

Le carnet de sécurité est rempli et actualisé.

Le risque légionnelle est maîtrisé,

Les températures sont vérifiées une fois par semaine.

##### *Gestion des risques professionnels*

Un audit sur les risques psychosociaux a été mené, les résultats de l'audit ont permis la mise en place d'indicateurs pour tracer l'origine des AT MP sur les risques psycho-sociaux l'entité a placé des indicateurs permettant de tracer l'origine des AT MP.

Le document unique existe et est à jour il intègre les risques psycho sociaux..

##### *Prévention du risque iatrogénique :*

Le médecin coordonnateur a développé des indicateurs concernant les neuroleptiques et les benzodiazépines délivrées aux résidents.

69% des résidents ont bénéficié en 2014 d'une prescription de benzodiazépine

30% d'une prescription de neuroleptiques

(sur les 81 résidents ayant bénéficié d'une évaluation cognitive en 2014, 56 présentaient des troubles cognitifs.)

sur les 22 résidents sous neuroleptique atteints de démence de type Alzheimer, 18 ont une prescription justifiée formalisée sur le bénéfice risque du traitement.

41% des résidents présente un risque moyen à élevé concernant les effets indésirables médicamenteux.

Il n'existe pas d'indicateur concernant le nombre de molécules par résident.

#### Préconisation

Elaborer un indicateur nombre de molécules par résident

Inciter les médecins traitant à la révision des traitements.

Continuer à inciter les médecins traitants à justifier les prescription de neuroleptiques

#### *Le médicament*

Il existe un « protocole de distribution médicamenteuse » dans le classeur des procédures situé en salle de soin.

Toutes les prescriptions sont effectuées par le médecin traitant de façon individuelle et nominative. Ces prescriptions sont soit immatérielles, soit manuscrites soit par fax.

La prescription est envoyée par fax au pharmacien qui livre le traitement.

Le traitement est livré sous pochette nominative avec le nom de la molécule, le dosage l'horaire de prise (matin, midi, soir,...).

La distribution : Les médicaments sont distribués le matin par les IDE et le midi le soir et la nuit par les aides soignantes.

#### Points forts

La préparation des médicaments est assurée par la pharmacie qui les conditionne.

#### Point faibles

Le protocole de distribution médicamenteuse est très sommaire et ne décrit pas l'ensemble du circuit.

Les fiches d'évènements indésirables sont peu utilisées lors d'un problème sur les médicaments (entretien) par exemple si absence de livraison e temps et heure,...

#### Préconisation

Identifier et formaliser l'ensemble du circuit du médicament de la livraison à la prise par le résident.

Identifier les évènements indésirables sur le circuit du médicament.

#### *La prévention du risque de chute*

Les chutes font l'objet d'un indicateur annuel sur le RAM. 222 chutes ont été répertoriées en 2014, près de la moitié des résidents ayant chuté l'ont fait au moins deux fois dans l'année.

Les circonstances des chutes sont identifiées.

L'indicateur national recense 1.7 chutes par résidant. La moyenne de l'établissement est de 2.55 par résident(RAM).

En 2014, 5 chutes ont entraîné une hospitalisation et aucune fracture n'a été notée, plaçant l'établissement sous la moyenne nationale. (2% contre 10% pour les hospitalisations).

Points forts

Le risque de chute fait l'objet d'un suivi annuel, à l'entrée un bilan est réalisé par l'ergothérapeute et le médecin coordonnateur.

Points faibles

Il n'existe pas d'action d'amélioration formalisée au regard des chutes.

Préconisation

Intégrer les actions d'amélioration globale au niveau des chutes dans le plan d'action qualité

Intégrer à la procédure d'admission le bilan de l'ergothérapeute.

*La douleur*

toute douleur est prise en compte la traçabilité est faite sur le logiciel métier

point faible

il n'existe pas d'indicateur de suivi de la douleur

préconisation

élaborer un indicateur de suivi de la douleur

*La contention*

Les contentions font l'objet d'une prescription renouvelée mensuellement.

La plupart des contentions sont des barrières de lit seuls trois résidents ont des contentions au fauteuil.

Les résidents placés dans les unités fermées vont et viennent librement. Les lits ne sont pas systématiquement équipés de barrières.

*Prévention du risque de dénutrition*

La prise de poids mensuelle est systématique.

Le suivi du poids est réalisé par le médecin traitant et les soignants.

Il existe un protocole de prise en charge des patients dénutris.  
Un dentiste vient faire régulièrement des consultations gratuites dans l'établissement.

#### *Prévention du risque de déshydratation*

Le plan canicule est formalisé.  
L'établissement dispose de locaux climatisés.

#### *Prévention du risque d'escarre*

Pour 2014, le rapport d'activité médical du médecin coordonnateur fait état de :  
0 plaie constatée à l'admission  
de 10 résidents présentant un risque d'escarre important  
de 3 plaies de type ulcère ou escarres constituées au cours du séjour..  
Au regard de l'année 2013 les chiffres baissent sauf pour le nombre de plaies constituées au cours du séjour (2013 : 2)

Il existe une « fiche de retournement » (cure de posture) utilisée notamment pour les personnes en fin de vie.

Il n'existe pas de référent « plaie et escarres »  
Il n'existe pas d'indicateur quantitatif et qualitatif sur les escarres.

#### *Préconisation*

Elaborer un indicateur quantitatif (nombre) et qualitatif (stades) sur les escarres.  
Nommer un référent (formé) « plaies et escarres ».

#### *Troubles de l'humeur et du comportement*

Ils sont signalés via les transmissions du logiciel sur le dossier du patient.  
Evalués annuellement par l'échelle NPI-ES, Ils permettent d'établir la liste des résidents éligibles au PASA (pôle d'activités et de soins adaptés).

#### *Le risque infectieux*

Il existe des procédures ou protocoles ou fiche technique concernant la maîtrise du risque infectieux dans les soins, de plus, un audit a été réalisé cette année à partir du Document d'Analyse du Risque Infectieux du GREPHH.

La gestion du linge contaminé (type BMR) se fait via des sacs hydro solubles.

Point fort

Un référent hygiène à été nommé.

Point faible

Le circuit du linge n'est pas formalisé ni maîtrisé.

#### *Hygiène des personnels*

Les personnels portent tous des blouses.

à l'observation, le lavage des mains ou l'utilisation d'une solution hydro alcoolique n'est pas systématique entre deux soins.

Le port de gants à usage unique n'est pas maîtrisé.

L'utilisation des différents chariot est très hétérogène voir non adaptée.

Le support « d'explication » des soins est à améliorer (types de protection,...)

Des risques de contamination manu portées ont été constatés lors de l'observation.

Préconisation

Sensibiliser les personnels à l'hygiène lors des soins.

#### *Hygiène de locaux*

Des protocoles existent.

A l'observation, le circuit « macro » de la chambre n'est pas valide, les techniques et règles de nettoyage ne sont pas acquises (du plus propre au plus sale, détournage, balayage humide en S,...). Le protocole existant n'est pas suivi.

Préconisation

Former les personnels d'entretien des locaux aux techniques et à l'hygiène.

#### *DASRI*

Des boites a DASRI (déchets de soins et coupants/piquants) sont à disposition dans l'infirmierie et sur les chariots de soins. Les infirmiers ont des poches spécifiques sur les chariots à pansement. Ils éliminent les poches dans les cartons situés dans la salle de soin, une fois à 2/3 plein, les cartons sont fermés et stockés.

Le circuit des déchets de soins infectieux n'est pas formalisé.

### *AES*

Il existe un protocole AES

Il existe une procédure « accident d'exposition au sang ou liquides biologiques ».

### Préconisations

Continuer la formalisation des procédures et protocoles nécessaires

### *Risque maltraitance*

Lors des entretiens semi directifs avec les salariés, le risque de maltraitance est peu identifié ; s'ils disent connaître bientraitance/maltraitance il leur est difficile d'en expliquer le contenu dans leur quotidien. En revanche ils affirment que l'établissement est bien traitant...

Il n'y a pas eu de formation récente spécifiquement dédié à la maltraitance., en revanche une formation « gestion de l'agressivité et écoute des familles » a eu lieu.

D'autre part, le droit des usagers est souvent discuté en équipe.

Enfin, l'infirmière coordinatrice est particulièrement sensible sur la question et transmet au quotidien à son équipe sur le sujet.

Le numéro de l'ALMA n'est pas visible dans la structure.

### Préconisations

Elaborer la procédure de signalement de la maltraitance

Afficher le numéro de l'ALMA

Mettre en œuvre des formations « bientraitance, risque de maltraitance » auprès des salariés.

## 4.3.10 Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions

---

### *La communication*

#### *Les transmissions écrites*

Une relève à lieu au quotidien le matin et le soir entre l'équipe de nuit et de jour.

Des réunions d'équipe pluridisciplinaire ont lieu tous les jours à 14 h.

La traçabilité des soins est faite sur le logiciel métier ainsi que les transmissions écrites sous forme de transmissions narratives.

Une formation des personnels aux transmissions ciblées est en projet pour 2015.

### *Point faible*

Les transmissions ciblées sont peu utilisées

### *Préconisations*

Homogénéiser les pratiques de traçabilité des soins.

Former les personnels aux transmissions ciblées

### *Les réunions*

Le comité de pilotage s'est réuni du fait de l'évaluation interne. Depuis aucune planification de réunion du COPIL n'est formalisée. Il n'existe pas de rythme de réunion formalisé.

Les groupes de travail se sont arrêtés après l'évaluation interne.

### *Préconisations*

Formaliser le rythme de réunion du COPIL

### *La gestion des ressources humaines*

Les responsables de service disposent d'une cv thèque. Ils reçoivent directement les personnes et valident elles-mêmes l'accord ou non.

Le dossier de nouveau salarié intègre :

- le livret du nouveau salarié
- le contrat .
- La DUE
- la prévoyance,

Le contrat est signé par la directrice et il repart vers la chef de service pour signature au salarié.

l'accueil du salarié se fait en doublon avec une personne du service pour transmettre les habitudes de la maison. le personnel intérimaire ne bénéficie pas de ce protocole.

### **Gestion prévisionnelle des emploi et des compétences**

Il existe une grille d'évaluation: pour l'instant le dispositif est embryonnaire.

les entretiens professionnel ont lieu annuellement et sont réalisés par les deux responsables. Les souhaits des salariés en terme de formation et de progression sont analysés à ce moment.

Le responsable des ressources humaines reçoit les résultats et inscrit les demandes au plan de formation si celles ci sont en adéquation avec les objectifs de la direction.

Les fiches de poste existent et sont régulièrement actualisées.

Il existe un indicateur annuel sur l'absentéisme.

Il existe des indicateurs sur les accidents du travail.

Il existe une procédure d'accueil du nouveau salarié/stagiaire mais elle n'est pas formalisée

Le premier jour le salarié est accueilli par son référent et suivi pendant la période d'intégration par un référent "tuteur ».

Il n'existe pas de GPEC formalisée

Préconisations

Elaborer la procédure d'accueil du nouveau salarié

Mettre en œuvre la GPEC

#### 4.3.11 Respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, relatifs notamment à la qualité d'hébergement

---

L'établissement est récent et possède toutes les infra structures nécessaires permettant de circuler à l'extérieur comme à l'intérieur pour des personnes à mobilité réduite.

Un jardin thérapeutique existe et est actif.

*Qualité de l'hébergement*

Les chambres correspondent à la réglementation en vigueur en terme de surface.

Chaque résident dispose d'un espace qui lui permet de se préserver du regard d'autrui lorsqu'il le souhaite. De plus des petits salon sont à disposition pour recevoir la famille.

L'isolation phonique est suffisante entre chaque chambre, les espaces de circulation sont dégagés.

La structure architecturale des CANTOUS est conviviale et apte à favoriser la sensation de lieu de vie pour les résidents ; ces derniers, accompagnés par les soignants s'approprient le lieu (observation). La structuration permet aussi de déambuler sans risque. Un accès extérieur existe et est sécurisé.

#### 4.3.12 Formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels

---

##### *Organisation du travail*

Quel que soit le service, la prise en charge s'effectue 24h/24, 7j/7.

Les personnels sont donc répartis au regard des dotations et des besoins de chaque service. un binôme aide soignant et ASH est mis en place dans chaque CANTOU, les autres soignants sont répartis dans le reste de l'EHPAD. Les plannings sont affichés.

Le démarrage de l'équipe de jour commence à 7h, une transmission existe avec l'équipe de nuit.

Les petits déjeuners sont servis en chambre ou à table (notamment dans les CANTOUS) par les agents de service à partir de 7h00.

Les personnes nécessitant de l'aide sont prises en charge par les aides soignantes du service, les médicaments sont distribués par les IDE (2) qui ont chacune un secteur attribué. (Soleillade/Cantou, Esperou/Recantou)

Les soins programmés sont effectués jusqu'à environ 11h. Chaque soignant se signale avec la présence lorsqu'elle est en soins dans une chambre.

Un premier temps d'animation est proposé le matin pour les personnes « disponibles »

A partir de 11h30 les repas sont servis dans les unités protégées, et à midi dans la salle de restauration pour les autres résidents.

Des accompagnements à l'élimination peuvent avoir lieu en amont.

L'animation est active toute la journée notamment dans la grande salle mais aussi au niveau du PASA dès le matin.

A 14h une réunion d'équipe à lieu (transmissions)

Une collation est servie vers 15h30

Le repas du soir débute à 18h30

Les résidents sont ensuite accompagnés à leur chambre pour une aide à l'élimination et l'installation au lit.

Le temps de jeun (repas du soir, petit déjeuner) est valide.

Les petits déjeuners sont au regard des habitudes des résidents (recueil de données à l'entrée qui génère une fiche qu'utilisent les soignants lors de la distribution du petit déjeuner), il leur est systématiquement proposé autre chose s'ils le souhaitent.

L'organisation est adaptée aux besoins des usagers.

##### Pour les unités protégées

Les horaires tiennent compte des particularités de prise en charge des résidents (adaptation au cas par cas).

Le personnel est formé aux besoins spécifiques des résidents installés dans les unités protégées.

L'ambiance, lors de l'évaluation externe, était très sereine.

#### *La gestion de crise*

Le plan bleu est formalisé

#### Points forts

Un plan de formation formalisé à été fourni pour 2014/2015.

L'axe prioritaire 2015 apparait comme étant la communication.

Le fonctionnement en binôme dans les CANTOUS semble performant.

#### Points faibles

Les présences ne sont pas utilisées par les soignants lors des soins

#### Préconisations

Inciter les soignants à allumer les présences lors des soins.

### 4.3.13 Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle

---

Un audit des risques psychosociaux a été mené dans l'établissement.

Il a généré le positionnement d'indicateurs d'alerte.

#### *Représentants du personnel*

Les représentants reçus en entretiens sont élus en Mai 2015.

L'ambiance dans l'établissement est décrite comme « sereine » par les délégués du personnel interrogés.

Fraichement élus, les réunions mensuelles (Mai , Juin, Septembre) ont eu lieu avec la direction,

Les représentants du personnel ont eu une formation.

Les délégués du personnel disent être bien identifiés par le personnel, ils sont investis et sont heureux d'occuper leurs fonctions.

#### Préconisation

Intégrer, à échéance, les représentants des personnels dans l'élaboration du plan de formation.

#### 4.3.14 Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations

---

L'établissement dispose d'un site internet et communique également par voie de presse ( journal, midi libre Etc. ) .

##### Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur

##### *Partenariats formalisés*

- Kinésithérapeute,
- Taxis
- Equipe mobile de soins palliatifs d'Ales
- Pharmacie Chainieux
- Clinique Bonnefond
- GCSMS « Gardons et Garrigues »
- Laboratoire d'analyses Médicales Domergue
- Laboratoire d'analyses Médicales UNIBIO
- Convention avec les bénévoles de l'association

Il existe un conventionnement récent avec le centre hospitalier de Nîmes et son équipe mobile « hygiène ».

##### *Efficacités des partenariats conventionnés*

Équipe mobile de soins palliatifs.

L'équipe mobile est appelée en cas de besoin.

Ils apportent un avis médical expert en soutien aux médecins généralistes. C'est une aide précieuse pour faire évoluer la prise en charge de la douleur et de la fin de vie.

Pharmacie Chainieux

La mise en place de la convention est relativement récente, un suivi est à faire sur le circuit du médicament.

Les bénévoles de l'association

Très active, l'association est un partenaire de l'établissement quasi au quotidien.

Le fonctionnement avec les laboratoires d'analyses ne posent pas de problème.

#### Perception de l'établissement ou service et de ses missions par les partenaires, les usagers :

Le kinésithérapeute de la structure à été reçu en entretien

Il dit être bien intégré dans l'équipe ; c'est l'infirmière coordonnatrice qui l'informe oralement des besoins des résidents, il s'appuie bien sur aussi sur les prescriptions.

Une salle de kinésithérapie moderne lui a été fournie. Lorsqu'il a besoin de matériel , il en parle à l'infirmière coordonnatrice qui fait passer le message.

Les relation avec l'encadrement sont bonnes.

#### 4.3.15 Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné

---

La politique d'ouverture de l'établissement s'appuie d'une part sur son appartenance au GCSMS « Gardons et Garrigues » qui regroupe 5 EHPAD du territoire ainsi qu'un établissement de santé SSR.

L'établissement est d'autre part très orienté sur le village en terme de recrutement car c'est sa vocation initiale et il entretient un lien étroit avec la municipalité (un élu est bénévole pour l'association). L'établissement est intégré géographiquement mais aussi socialement dans le village.

D'autre part, cette vocation a tendance à s'élargir de par la proximité de la commune d'Ales.

## 5 Récapitulatif des actions d'amélioration/préconisations

---

Certaines des actions proposées peuvent se retrouver dans l'évaluation interne

### **Démarche qualité**

- Continuer à mettre en œuvre l'amélioration continue en travaillant par « petits pas gagnants »
- Continuer la formalisation des procédures et protocoles nécessaires
- Sensibiliser l'ensemble des acteurs à la démarche qualité
- Elargir la composition du comité de pilotage
  - Formaliser le rythme de réunion du COPIL

- Revoir la procédure de gestion des évènements indésirables
  - Inciter l'ensemble des acteurs à déclarer les évènements
  - Analyser les fiches d'évènements indésirables, en tirer des indicateurs (mensuels ?) ainsi que des actions d'amélioration.
- Structurer la documentation qualité
- Annualiser l'enquête de satisfaction
  - S'appuyer aussi sur les enquêtes de satisfaction lors de la prochaine évaluation interne.
  
- Elaborer le nouveau projet d'établissement de manière transversale en y intégrant les éléments de l'évaluation interne et externe.
  - Intégrer un projet social au nouveau projet d'établissement
  - Intégrer un projet « droits et libertés des résidents » au projet d'établissement
- Intégrer les actions d'amélioration en provenance du CVS au plan d'action qualité
  
- **Accueil**
- Formaliser la procédure de pré admission et d'admission afin de structurer ce temps important de la prise en charge.
  - Intégrer à la procédure d'admission le bilan de l'ergothérapeute.
  
- **Gestion des risques**
- Restructurer la lingerie (zonage)
- Améliorer le tri du linge en service
- Formaliser le circuit et la procédure de gestion du linge
- Former les lingères à la méthode RABC
- Préparer les mixés juste avant le service.
- Sensibiliser l'ensemble des soignants et notamment les aides soignantes à l'utilisation des outils de mesure de la douleur
- Elaborer une procédure de gestion de fin de vie
- Identifier et formaliser l'ensemble du circuit du médicament de la livraison à la prise par le résident.
  - Identifier les évènements indésirables sur le circuit du médicament.
- Intégrer les actions d'amélioration globale au niveau des chutes dans le plan d'action qualité
- Sensibiliser les personnels à l'hygiène lors des soins.
- Former les personnels d'entretien des locaux aux techniques et à l'hygiène.
- Inciter les soignants à allumer les présences lors des soins.
- Former les personnels aux transmissions ciblées

### **Information et droits des résidents**

- Rendre compte au CVS des comptes rendus de la commission des menus
- Améliorer le contenu du livret d'accueil (possibilité d'intégrer les différentes fonctions clé : direction, soins,...)
- Actualiser l'accès aux dossiers sur le contrat de séjour.
- Intégrer un projet « droits et libertés » dans le projet d'établissement

### **Projet personnalisé**

- Elaborer une procédure d'élaboration et de gestion du projet personnalisé.
- Rendre plus performant l'outil « projet personnalisé »
- Formaliser sur le document projet personnalisé les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés
- Intégrer le résident et/ou son représentant dans l'élaboration du PP
- Elaborer une procédure d'accès à l'information notamment médicale.
- poser une réflexion avec les soignants sur la notion d'intimité

### **indicateurs**

- Construire un indicateur quantitatif mensuel : nombre d'évaluation de la douleur, permettant de suivre l'utilisation des outils.
- Construire un indicateur qualitatif en se référant aux RBPP de l'ANESM. Exemple : avis des professionnels sur l'efficacité de la prise en charge de la douleur (questionnaire),...
- élaborer un indicateur de suivi de la douleur
- Elaborer un indicateur quantitatif (nombre) et qualitatif (stades) sur les escarres.

### **Animation**

- Elaborer un projet d'animation
- Intégrer les animatrices aux réunions des projets personnalisés.
- Evaluer les animations au niveau individuel afin d'apporter de la matière au projet personnalisé

### **Recommandations de bonnes pratiques**

- Sensibiliser les salariés aux RPBB de l'ANESM via les synthèses.
- passer de la vocation « bienveillance » au professionnalisme « bientraitance » en travaillant sur les RBPP
- Elaborer la procédure de signalement de la maltraitance
- Afficher le numéro de l'ALMA
- Mettre en œuvre des formations « bientraitance, risque de maltraitance » auprès des salariés.

### **Gestion des ressources humaines**

- Elaborer la procédure d'accueil du nouveau salarié
- Mettre en œuvre la GPEC

## **6 Abrégé**

---

### **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

---

**ABREGE EVALUATION EXTERNE**

ETABLISSEMENT

EHPAD LES JARDINS DE SAINT HILAIRE

**1. La démarche d'évaluation interne \***

(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
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	<p>L'aspect pluridisciplinaire de la méthodologie mise en œuvre est confirmé par l'ensemble des acteurs.</p> <p>Les ateliers de travail constitués ont fait l'objet d'un véritable investissement de la part de l'équipe pluridisciplinaire. L'équipe reconnaît s'être pleinement impliquée.</p> <p>Le travail réalisé autour de l'évaluation interne aura permis à l'EHPAD Les Jardins de Saint Hilaire et sa toute nouvelle direction, de structurer l'avenir de manière très opérationnelle.</p>	<p>Le comité de pilotage n'intègre pas de représentants de tous les corps de métier (transversalité).</p> <p>L'évaluation interne ne semble pas s'être appuyée sur les résultats des enquêtes de satisfaction.</p>	<p>Elargir la composition du comité de pilotage</p> <p>S'appuyer aussi sur les enquêtes de satisfaction lors de la prochaine évaluation interne.</p>
Elaboration du plan d'amélioration continue en cours	<p>Les 6 axes majeurs évalués sous formes de thématiques spécifiques ont générés un plan d'amélioration.</p> <p>Une priorisation des objectifs a été effectuée. Un échéancier existe.</p>	<p>il n'existe pas de planification des réunions du COPIL.</p>	<p>Elaborer un planning des réunions à venir du COPIL</p>

## 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
Modalités d'appropriation des recommandations	Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ont été utilisées pour l'élaboration de l'évaluation interne.	Si le comité de pilotage connaît l'existence de l'ANESM et des RBPP, les entretiens semi directifs démontrent que ni les RBPP ni l'ANESM ne sont connues des salariés.	sensibiliser des salariés aux RPBB de l'ANESM via les synthèses.
Mobilisation des recommandations	Le médecin coordonnateur s'est appuyé sur les RBPP pour l'élaboration de protocoles	Toutes les RBPP concernant l'établissement ne sont pas mobilisées	

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

(Exemples d'items : Caractérisation de la population accompagnée ; modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement ou de service ; adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée ; ...).

ITEMS	FORCES	FAIBLESSES	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement ou de service	Le projet d'établissement a été finalisé en 2009.	Il a été élaboré par la directrice Le projet d'établissement n'est pas actualisé	Intégrer un projet social au projet d'établissement Intégrer un projet « droits et libertés des résidents » au projet d'établissement (avenant)
Capacités de la structure de l'établissement à répondre aux besoins exprimés des	Le bâtiment de l'EHPAD est récent (10ans), et est accessible aux personnes à mobilité réduite. La structure architecturale des CANTOUS est conviviale et apte à favoriser la		

résidents.	sensation de lieu de vie pour les résidents. La structuration permet aussi de déambuler sans risque		
------------	---	--	--

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

(Exemples d'items : Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'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
Formalisation des collaborations	De conventions sont signées avec : Kinésithérapeute, Taxis Equipe mobile de soins palliatifs d'Ales Pharmacie Chainieux Clinique Bonnefond GCSMS « Gardons et Garrigues » Laboratoire d'analyses Médicales Domergue et UNIBIO Centre hospitalier de Nîmes (hygiène) les bénévoles de l'association L'établissement n'a passé convention avec un établissement de santé sur le risque infectieux	.	
Contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement	L'établissement est activement intégré dans la commune.		

## 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
Elaboration du projet personnalisé	<p>Le PPI est formalisé et est en cours de déploiement.</p> <p>Le projet personnalisé est connu des soignants.</p>	<p>Il n'existe pas de procédure d'élaboration et de gestion du projet personnalisé</p> <p>La structure de l'outil « projet personnel individualisé » est insatisfaisante.</p> <p>Le résident ne participe pas à son élaboration</p>	<p>Elaborer une procédure d'élaboration et de gestion du projet personnalisé.</p> <p>Intégrer le résident et/ou son représentant dans l'élaboration du PP</p>
Mise en œuvre du projet personnalisé	<p>30 PPI sont mis en œuvre au jour de l'évaluation</p>	<p>Les modalités de mise en œuvre ne sont pas claires pour les acteurs.</p> <p>L'articulation entre les différents recueils de données n'est pas clarifiée</p>	<p>Formaliser sur le document projet personnalisé les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés</p>

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

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

ITEMS	FORCES	FAIBLESSES	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
effectivité de la participation collective des usagers	<p>Le Conseil de Voie Sociale est structuré, réponds à la réglementation et au-delà, en étant représentatif de l'ensemble des résidents de la structure.</p> <p>Le CVS est considéré par la représentante des familles comme « très ouvert, où la communication est facile »</p> <p>Les comptes rendu sont formalisés puis affichés à l'accueil.</p> <p>Trois réunions annuelles du CVS ont lieu.</p>	<p>L'ordre du jour est fait par la directrice.</p> <p>.</p>	
prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement.	<p>Les comptes rendu sont formalisés puis affichés à l'accueil et sont aussi adressés aux résidents/familles.</p> <p>Une enquête de satisfaction a été faite en 2013 a l'attention des résidents ainsi que des familles.</p> <p>Une boîte à idées existe.</p> <p>Les entretiens avec les membres du CVS démontrent que :</p> <p>Les familles peuvent exprimer leurs besoins et attente,</p> <p>Les usagers peuvent effectivement passer librement leurs questions aux membres du CVS.</p>	<p>Les actions d'amélioration en provenance du CVS , si elles sont mises en œuvre immédiatement, ne sont en tout cas pas intégrées au plan d'action de la qualité</p>	<p>Intégrer les actions d'amélioration en provenance du CVS au plan d'action qualité</p>

## 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
Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement	<p><i>Prévention du risque iatrogénique</i> Le médecin coordonnateur a développé des indicateurs concernant les neuroleptiques et les benzodiazépines délivrés aux résidents. Sur les 22 résidents sous neuroleptique atteints de démence de type Alzheimer, 18 ont une prescription justifiée formalisée sur le bénéfice risque du traitement</p> <p><i>Le médicament</i> Il existe un « protocole de distribution médicamenteuse » dans le classeur des procédures situé en salle de soin. Les prescriptions sont effectuées par le médecin traitant de façon individuelle et nominative. La préparation des médicaments est assurée par la pharmacie qui les conditionne.</p> <p><i>La prévention du risque de chute</i> Les chutes font l'objet d'un indicateur annuel sur le RAM. Les circonstances des chutes sont identifiées. A l'entrée un bilan est réalisé par l'ergothérapeute et le médecin</p>	<p>41% des résidents présente un risque moyen à élevé concernant les effets indésirables médicamenteux. il n'existe pas d'indicateur concernant le nombre de molécules par résident.</p> <p>Le protocole de distribution médicamenteuse est très sommaire et ne décrit pas l'ensemble du circuit. Les fiches d'évènements indésirables sont peu utilisées lors d'un problème sur les médicaments (entretien) par exemple si absence de livraison e temps et heure</p> <p>Il n'existe pas d'action d'amélioration formalisée au regard des chutes</p>	<p>Elaborer un indicateur nombre de molécules par résident Inciter les médecins traitant à la révision des traitements. Continuer à inciter les médecins traitants à justifier les prescription de neuroleptiques</p> <p>Identifier et formaliser l'ensemble du circuit du médicament de la livraison à la prise par le résident. Identifier les évènements indésirables sur le circuit du médicament.</p> <p>Intégrer les actions d'amélioration globale au niveau des chutes dans le plan d'action qualité Intégrer à la procédure d'admission le bilan de l'ergothérapeute.</p>

	<p>coordonnateur.</p> <p><i>La douleur</i> toute douleur est prise en compte la traçabilité est faite sur le logiciel métier</p> <p><i>La contention</i> Les contentions font l'objet d'une prescription renouvelée mensuellement. Les résidents placés dans les unités fermées vont et viennent librement. Les lits ne sont pas systématiquement équipés de barrières.</p> <p><i>Prévention du risque de dénutrition</i> La prise de poids mensuelle est systématique. Il existe un protocole de prise en charge des patients dénutris. Un dentiste vient faire régulièrement des consultations gratuites dans l'établissement.</p> <p><i>Prévention du risque d'escarre</i> Pour 2014, le rapport d'activité médical du médecin coordonnateur fait état des plaies et escarres dans l'établissement. Au regard de l'année 2013 les chiffres baissent sauf pour le nombre de plaies constituées au cours du séjour. Il existe une « fiche de retournement » (cure de posture)</p> <p><i>Troubles de l'humeur et du comportement</i> Evalués annuellement par l'échelle NPI-ES, Ils permettent d'établir la liste des résidents éligibles au PASA (pôle d'activités et de soins adaptés).</p>	<p>il n'existe pas d'indicateur de suivi de la douleur</p> <p>Il n'existe pas de référent « plaie et escarres » Il n'existe pas d'indicateur quantitatif et qualitatif sur les escarres.</p>	<p>Elaborer un indicateur de suivi de la douleur</p> <p>Elaborer un indicateur quantitatif (nombre) et qualitatif (stades) sur les escarres. Nommer un référent (formé) « plaies et escarres ».</p>
--	---	--	---

	<p><i>Le risque infectieux</i> Il existe des procédures ou protocoles ou fiche technique concernant la maîtrise du risque infectieux dans les soins, de plus, un audit à été réalisé cette année à partir du Document d'Analyse du Risque Infectieux du GREPHH.</p> <p>La gestion du linge contaminé (type BMR) se fait via des sacs hydro solubles.</p> <p><i>Hygiène des personnels</i> Les personnels portent tous des blouses.</p> <p><i>Hygiène de locaux</i> Des protocoles existent.</p> <p><i>Risque maltraitance</i> une formation « gestion de l'agressivité et écoute des familles » a eu lieu.</p> <p>le droit des usagers est souvent discuté en équipe. l'infirmière coordinatrice est particulièrement sensible sur la question et transmet au quotidien à son équipe sur le sujet.</p>	<p>Un référent hygiène à été nommé.</p> <p>à l'observation, le lavage des mains ou l'utilisation d'une solution hydro alcoolique n'est pas systématique entre deux soins.</p> <p>Le port de gants à usage unique n'est pas maîtrisé A l'observation, le circuit « macro » de la chambre n'est pas valide. Le protocole existant n'est pas suivi.</p> <p>Lors des entretiens semi directifs avec les salariés, le risque de maltraitance est peu identifié Il n'y a pas eu de formation récente spécifiquement dédié à la maltraitance.</p> <p>Le numéro de l'ALMA n'est pas visible dans la structure.</p>	<p>Le circuit du linge n'est pas formalisé ni maîtrisé</p> <p>Sensibiliser les personnels à l'hygiène lors des soins.</p> <p>Former les personnels d'entretien des locaux aux techniques et à l'hygiène</p> <p>Elaborer la procédure de signalement de la maltraitance Afficher le numéro de l'ALMA Mettre en œuvre des formations « bientraitance, risque de maltraitance » auprès des salariés.</p>
--	--	--	---

## 8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'équipe d'évaluateur a très bien été accueillie par la direction de l'établissement.

L'évaluation s'est déroulée dans une ambiance agréable avec une réelle disponibilité des personnels. Les membres du comité de pilotage et l'ensemble du personnel ont été très impliqués durant la démarche d'évaluation et la transparence des échanges a été réelle.

Le système de classement des documents était peu ergonomique.

D'autre part, l'entité a élaboré, de manière participative, une évaluation interne qui a permis une certaine prise de conscience des salariés .

Aujourd'hui le résident est au centre des processus déployés par l'établissement, et la démarche d'amélioration continue, si elle est embryonnaire, est enclenchée.

L'évaluation interne a permis à l'entité de se positionner, l'évaluation externe lui a permis de mieux comprendre ce vers quoi elle devait aller.

## 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 ...)

5 items maximum

Méthodologie :

- ⇒ Etude documentaire
  
- ⇒ Entretiens semi-directifs, 7 salariés et 3 usagers
- ⇒ 15 rencontres spécifiques :
- ⇒ La directrice
- ⇒ L'adjointe de direction
- ⇒ La gouvernante
- ⇒ Le comité de pilotage
- ⇒ L'infirmière coordonnatrice
- ⇒ Le cuisinier
- ⇒ L'agent d'entretien
- ⇒ La lingère
- ⇒ Le médecin coordonnateur
- ⇒ 1 prestataire extérieur
- ⇒ Les animatrices
- ⇒ 1 aide soignante de nuit ainsi que l'agent de service
- ⇒ La secrétaire

- ⇒ Les représentants du personnel
- ⇒ Le président et membres du CVS
  
- ⇒ Observation sur site durant une matinée pour chaque bâtiment

Nombre de jours sur site : 2 journées

Date de début de la mission : 1 Septembre 2015

Date de fin de la mission:22 Octobre 2015

### 10. 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, qui par nature était source d'un stress particulier pour les équipes, s'est déroulée dans de bonnes conditions. Les évaluateurs se sont montrés attentifs et sensibles à l'état d'esprit des équipes et ont su s'y adapter.</p>	<p>Les conclusions de l'évaluation externe sont cohérentes au regard de ce que nous percevions de notre activité. Les axes d'amélioration nous paraissent également conformes aux objectifs que nous pouvions envisager. L'évaluation est intervenue à un moment opportun de la vie de l'institution puisqu'après une période de « redressement » des pratiques, il était particulièrement intéressant de faire un bilan et d'ouvrir de nouvelles perspectives.</p>

## 7 Annexes

---

- Annexe 1 : proposition d'évaluation
- Annexe 2 : Contrat d'engagement du prestataire
- Annexe 3 : Curriculum vitae des évaluateurs
- Annexe 4 : Déclarations sur l'honneur
- Annexe 5 : Calendrier de réalisation

# **ANNEXE 1**



agrément ANESM H 2009-11-276

Proposition d'évaluation externe  
EHPAD « Les Jardins de Saint Hilaire »  
131, chemin de Camp Ardon  
30560 Saint Hilaire de Brethmas

Votre interlocuteur : Cédric Plissonneau (06 83 86 55 65)

## Sommaire

---

1	Votre demande.....	3
1.1	Le contexte .....	3
1.2	Votre demande.....	3
2	L'offre .....	3
2.1	Approche proposée .....	3
2.2	Processus de mise en œuvre de l'évaluation externe.....	4
2.3	Déroulement de la mise en œuvre de l'évaluation externe pour chacun des établissements .....	5
3	Organisation et mise en œuvre de l'évaluation externe.....	8
3.1	Planification et ordonnancement.....	8
3.2	Préparation en amont et déroulement .....	8
3.3	Restitution et rapport d'évaluation.....	8
4	Evaluateurs proposés .....	9
4.1	Présentation des évaluateurs.....	9
5	Modalités financières .....	10
6	Annexes .....	11

## 1 Votre demande

---

### 1.1 Le contexte

---

Dans le cadre de l'évaluation externe au sein des établissements et services sociaux et médico sociaux (ESSMS) institué par la loi du 2 Janvier 2002, il est nécessaire d'évaluer les activités et la qualité des prestations délivrées au regard notamment de procédures, de références ou de recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'Agence Nationale de l'Evaluation de la Qualité des établissements et services sociaux et médico sociaux (ANESM).

L'EHPAD Les Jardins de Saint Hilaire se doit de planifier son évaluation au regard :

- Du décret no 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux,
- De la circulaire DGCS/SD5C no 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

L'évaluation externe devant être mise en œuvre dans l'application du décret no 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

### 1.2 Votre demande

---

Vous souhaitez que l'évaluation externe se déroule durant le premier semestre 2015.

## 2 L'offre

---

### 2.1 Approche proposée

---

Nous avons conscience que ce travail d'évaluation externe se pose dans un contexte d'évolution permanente des populations accueillies, évolution qui impacte évidemment les modalités d'accueil de la structure et met à l'épreuve ses capacités d'adaptation.

Nous vous proposons une évaluation externe dans un esprit de **conseil et d'appui** certes, notre mission est de vous évaluer, mais le fondement de cette évaluation est de vous accompagner pour identifier des axes d'amélioration afin de mieux répondre aux attentes de vos bénéficiaires.

L'évaluation externe se veut et sera donc **pédagogique**.

Si vous le souhaitez, un plan d'action avec échéancier sera construit, des éléments documentaires « modèles » pourront vous être livrés.

Une équipe pluridisciplinaire de consultants experts à donc été constituée afin de répondre au plus près à la spécificité de votre structure, au regard des caractéristiques de la population accueillie et du cœur de métiers de votre établissement.

Les évaluateurs utilisent une méthodologie commune et partagée garante d'une réponse adaptée aux exigences du cahier des charges de l'évaluation externe (décret n°2007-975 du 15 Mai 2007)

## 2.2 Processus de mise en œuvre de l'évaluation externe

CPCF = Cédric Plissonneau Conseil & Formation

DO = Donneur d'ordre

COFIL = Comité de pilotage

QUI	QUOI
<b>Initialisation de l'évaluation externe</b>	
CPCF	Elaboration de la proposition d'évaluation externe
DO/COFIL	Acceptation de la proposition par le donneur d'ordre
CPCF + COFIL	Définition des champs de l'évaluation
CPCF + COFIL	Validation de la proposition avec le donneur d'ordre
DO	Contractualisation avec engagement sur l'honneur du ou des évaluateurs
CPCF + COFIL	Proposition de planning prévisionnel de l'évaluation
CPCF + COFIL	Elaboration du planning des entretiens semi directifs
COFIL	Validation des plannings
COFIL	Préparation de l'ensemble des documents
COFIL	Remise des documents clés
CPCF	Information des acteurs sur l'évaluation externe
<b>Mise en œuvre de l'évaluation externe</b>	
<b>PHASE I</b>	
CPCF	Analyse documentaire
CPCF	Observation du processus d'accompagnement
CPCF	Entretiens semi directifs
CPCF	Restitution orale de l'évaluation
<b>PHASE II</b>	
<b>Livrable I</b>	
CPCF	Elaboration du pré rapport
CPCF	Remise du pré rapport
COFIL/DO	Validation du pré rapport
<b>PHASE III</b>	
<b>Livrable II</b>	
CPCF	Finalisation du rapport définitif
CPCF + COFIL	Remise du rapport d'évaluation externe

## 2.3 Déroulement de la mise en œuvre de l'évaluation externe pour chacun des établissements

---

### Lancement de la procédure d'évaluation externe

*Préparation de l'intervention et validation du champ de l'intervention*

#### **Réunion de cadrage (1/2 journée)**

*Rencontre avec le comité de pilotage et personnels d'encadrement de l'établissement*

Recueil d'information (échange) sur l'organisation actuelle et la mise en œuvre de la démarche qualité

1° volet : le cadre de référence

- Orientation définies par les autorités compétentes sur le champ observé
- Recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM correspondantes

2° volet : le cadre de l'établissement

- Stratégie
- Objectifs
- Missions (par rapport au territoire, à l'agrément, l'autorisation de fonctionnement)

Présentation et validation du questionnaire évaluatif (grilles de lecture de l'entité)

*Préparation de l'intervention*

- Planification des journées d'évaluation pour chacun des établissements, (entretiens semi directifs, organisation des différents temps de l'intervention).
- Un premier planning détaillé indiquant précisément les différentes étapes des journées de présence des évaluateurs vous est fourni en annexe, ces plannings seront discutés et ajustés lors de cette rencontre.
- Définition des modalités de rencontre avec le CVS (ou autre entité représentant les usagers).
- Planification, pour chaque établissement, de la réunion d'information des personnels et des usagers et/ou de leur représentants.

*Préparation des documents clés*

Conformément au cahier des charges défini par le **décret n°2007-975 du 15 mai 2007**, la structure remet au chef de projet de Cédric Plissonneau Conseil & Formation, l'ensemble des documents nécessaires à l'accomplissement de la mission :

#### 11 Documents clés

- ⇒ Identification du gestionnaire
- ⇒ Une copie de l'autorisation ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis,
- ⇒ Projet d'établissement, de service

- ⇒ Les résultats de l'évaluation interne ainsi que tout document permettant la compréhension de la méthodologie mise en œuvre lors de cette évaluation.
- ⇒ Suites données à l'évaluation interne (préconisations, plan d'action, échéancier,...).
- ⇒ un document relatif aux personnels (effectifs en poste, répartition par catégorie),
- ⇒ Livret d'accueil
- ⇒ Règlement de fonctionnement
- ⇒ Organigramme
- ⇒ Documents relatifs à l'hygiène et la sécurité
- ⇒ Comptes rendus de réunion du CVS.

### Réunion d'information (½ journée)

Communication sur la finalité et le déroulement de l'évaluation.

## Réalisation de l'évaluation externe

### PHASE I

#### Les trois axes d'investigation

##### Axe n°1 Etude documentaire

Tous documents permettant une vision exhaustive des fonctionnements de l'entité :

Les documents clés déjà fournis.

##### *Les documents complémentaires*

- ⇒ Contrat de séjour
- ⇒ Projet personnalisé
- ⇒ Règlement intérieur
- ⇒ Tous documents de la documentation qualité (procédures, protocoles, enregistrements,...)
- ⇒ résultats des recueils d'évènements indésirables,
- ⇒ Résultats des recueils de satisfaction des clients, des familles,
- ⇒ indicateurs
- ⇒ Fiches de fonction, de poste

##### *Données sociales :*

##### Indicateurs sociaux

- ⇒ Taux absentéisme
- ⇒ Turn over
- ⇒ Moyenne d'âge
- ⇒ Conditions de travail
- ⇒ Ergonomie
- ⇒ Plan de formation

.../...

## Axe n°2 Ecoute des acteurs : entretiens semi directifs

- ⇒ Avec les usagers et / ou leurs représentants
- ⇒ Avec les professionnels
- ⇒ Avec les partenaires prestataires
- ⇒ Avec le CVS selon les modalités qui seront définies lors de la réunion de cadrage.

## Axe n°3 Observation et analyse du processus d'accompagnement

### *Organisation générale*

- ⇒ Plannings
- ⇒ Modalités d'individualisation de l'accompagnement
- ⇒ Modalités et efficacité des interfaçages entre les différents métiers
- ⇒ Efficacité des temps de transmission et de communication
- ⇒ Exhaustivité et utilisation des documents « aide » (protocoles, procédures,...)
- ⇒ Enregistrement des interventions, actes,...
- ⇒ Intégration des recommandations de l'ANESM

### *Efficacité de l'utilisation des outils de communication :*

- ⇒ Méthodologie des transmissions
- ⇒ Temps de transmissions orales
- ⇒ Logiciels
- ⇒ Réunions
- ⇒ Comptes rendus

### *Gestion des risques :*

Gestion interne, gestion externalisée

Niveaux de maîtrise

Documentation associée

- ⇒ Traçabilité des contrôles
- ⇒ Plans d'action
- ⇒ Plans de vigilance

### *Audit de dossiers usagers par échantillonnage*

## **PHASE II**

### *Remise du pré rapport*

Rencontre avec la direction et le comité de pilotage de chaque établissement, restitution orale avec le pré rapport :

Ecarts éventuels constatés, axes de progrès proposés.

Echanges avec le comité de pilotage pour validation et/ou modifications.

## **PHASE III**

### *Remise du rapport final*

Le rapport final intégrera l'abrégé et la synthèse conformément au code de l'action sociale et des familles (3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10), et donc aux modèles imposés par l'ANESM.

Le rapport sera livré sous forme papier ainsi qu'un exemplaire au format PDF.

### 3 Organisation et mise en œuvre de l'évaluation externe

---

L'évaluation suivra le cahier des charges de l'évaluation externe ainsi que les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM applicables à l'entité au regard des populations accompagnées.

L'évaluation pourra s'étaler dans le temps afin que l'entité puisse bénéficier d'un accompagnement de l'évaluateur sur les améliorations apportées.

#### 3.1 Planification et ordonnancement

---

Dès acceptation de la proposition nous entrerons en contact avec vous afin de vous soumettre une première possibilité de planification des interventions.

Votre validation permettra la mise en œuvre de la mission d'évaluation externe de votre établissement.

#### 3.2 Préparation en amont et déroulement

---

Une préparation de l'évaluation externe doit permettre un déroulement plus efficace de la mission :

- ⇒ Prise en compte de la planification validée
- ⇒ Préparation dans un lieu dévolu (avec un bureau) des documents, structuration documentaire, l'accès à un poste informatique en cas de documentation dématérialisée.
- ⇒ Disponibilité des acteurs pour les entretiens semi directifs planifiés,
- ⇒ Information en amont des opérateurs qui seront suivis par l'évaluateur avec une explication de l'absence de jugement de valeur de leur part.
- ⇒ Direction ou pilote disponible pour le ou les évaluateurs.

#### 3.3 Restitution et rapport d'évaluation

---

Une première restitution de l'évaluation sera faite oralement en fin de mission sur le cadre général et le déroulement de l'évaluation.

Le pré rapport sera livré conformément au cahier des charges de l'établissement soit :

Pour étudier le pré rapport et émettre d'éventuelles réserves ; une demi-journée d'échange avec le comité de pilotage et la direction est prévue afin de valider et /ou modifier les éléments du pré rapport ainsi que les axes de progrès proposés.

Un plan d'action sera formalisé.

Le délai entre la remise du pré rapport et le rapport final peut permettre à l'établissement de répondre aux actions d'amélioration proposées ; ces actions finalisées (documentées) seront validées. dans le rapport final.

Après validation du donneur d'ordre le rapport final sera remis au directeur de l'établissement.

## 4 Évaluateurs proposés

---

### 4.1 Présentation des évaluateurs

---

Évaluateur	Fonction	Formation	Expérience professionnelle	Formation évaluation	Evaluations	Statut	Expertise
Cédric PLISSONNEAU	Chef de projet	IDE, ingénieur en organisation (cnam)	12 ans IDE, 11 ans consultant/formateur	Maîtrise en sciences sanitaires et sociales	15 structures de services à la personne, 7 établissements médico sociaux (6 EHPAD)	indépendant	Management Démarche qualité Organisation
Carole RAYNAUD	Évaluatrice		Dirigeante d'entreprise d'aide à la personne depuis 7 ans, Présidente association « l'accompagnement des familles dans leur parcours de parents d'enfants handicapés" , Présidente et représentante des usagers au CVS d'un IME	Évaluatrice externe certifiée ACTHAN	6 établissements médico sociaux (5 EHPAD)	indépendant	Démarche qualité

## 5 Modalités financières

<b>Lancement de la procédure d'évaluation externe</b>				
Réunion de cadrage : <i>intervention sur site</i> Préparation de l'intervention et validation du champ Recueil des documents clés	½	1	800	400
Réunion d'information : <i>intervention sur site</i>	½	1	800	400
<b>Réalisation de l'évaluation externe</b>				
Phase I intervention sur site Documentation complémentaire, observation et analyse du processus de prise en charge, entretiens semi directifs	2	2	800	3200
Phase II : <i>back office</i> Préparation du pré rapport	2	2	400	1600
Phase II: <i>intervention sur site</i> Livraison du pré rapport, restitution et validation	½	1	800	400
Phase III : <i>Back office</i> Préparation et livraison du rapport d'évaluation externe final	1	1	400	400
<b>Sous total HT</b>				<b>6400</b>
Frais de déplacement et d'hébergement	OFFERT			
<b>Budget prévisionnel HT</b>				<b>6400</b>
TVA 20 %				1280
<b>Budget prévisionnel TTC</b>				<b>7680</b>

Nom et signature du responsable  
(Bon pour accord)

cachet de l'organisme

  
**Cédric PLISSONNEAU**  
**CONSEIL & FORMATION**  
 16, rue Louis Tribble - 84130 SAINT AUNES  
 Tél. 06 83 86 55 85  
 SIRET 879 906 282 00031  
 Centre de formation n° 91134 05 233 34 Préfecture LR

## 6 Annexes

---

Annexe 1 : Proposition de calendrier prévisionnel

Annexe 2 : Curriculum vitae des intervenants : Cédric PLISSONNEAU (chef de projet), Carole Raynaud.

## **ANNEXE 2**

**CONTRAT D'ENGAGEMENT EN VUE DE LA REALISATION D'UNE  
EVALUATION EXTERNE**

**Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 relatif à la loi du 2  
janvier 2002**

Cédric Plissonneau Conseil & Formation,  
N° SIRET 37990628200031,  
N° d'habilitation ANESM [H 2009-11-276](#).

**Ci après dénommée le Prestataire,**

Et

EHPAD Les jardins de Saint Hilaire situé 131 chemin de Camp Ardon 30560 Saint Hilaire de Brethmas de n° SIRET 434 870 481 00026 , Représentée en la personne de Madame TAKHEMIT , sa directrice.

**Ci-après dénommée le Commanditaire,**

Il a été préalablement exposé :

**Préambule - Exposé des Motifs**

L'EHPAD Les jardins de Saint Hilaire est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Les Etablissements doivent, dans le cadre du renouvellement de leur autorisation, faire procéder, tous les 7 ans, à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées ou validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Cette évaluation doit être réalisée par un organisme externe habilité..

Afin de respecter ses obligations réglementaires, L'EHPAD Les jardins de Saint Hilaire s'est rapprochée de Cédric Plissonneau Conseil & Formation qui a été habilitée par l'ANESM le 9 février 2010 sous le numéro [H 2009-11-276](#). Après une procédure de réponse à cahier des charges soumis à différents prestataires, L'EHPAD Les jardins de Saint Hilaire a retenu Cédric Plissonneau Conseil & Formation en raison de sa connaissance spécifique du secteur d'activité, de la qualité de ses expertises et de ses références.

**Ceci exposé, il a été convenu ce qui suit.**

**Article 1 : Objet**

Le Présent contrat est un contrat de prestation de conseil et d'évaluation ayant pour objet la mission définie au cahier des charges annexé au présent contrat et en faisant partie intégrante. Il fixe également les modalités de collaboration entre l'EHPAD Les jardins de Saint Hilaire et Cédric Plissonneau Conseil & Formation dans l'exécution des missions d'évaluation externe de ses activités et de la qualité des prestations délivrées.

**Article 2 : Prix**

En contrepartie de la réalisation des prestations définies à l'article 1 ci-dessus, le commanditaire versera au prestataire la somme de 6400 euros HT (7680 euros TTC) pour la réalisation de la prestation.

Ce prix englobe l'ensemble des frais de déplacement, restauration, hébergement et autres ayant un caractère accessoire qui découlent de l'accomplissement normal de la mission.

Toutefois, tous les frais revêtant un caractère exceptionnel et ayant fait l'objet d'un accord préalable de la Direction de l'EHPAD Les jardins de Saint Hilaire, missions hors de la zone couverte par Cédric Plissonneau Conseil & Formation (départements 04, 05, 09, 11, 13, 26, 30,31, 34, 66, 83, 84), déplacement à Paris, à l'étranger, feront l'objet d'une refacturation sur la base d'une facture de Cédric Plissonneau Conseil & Formation, accompagnée des justificatifs de dépenses, ou s'il y a lieu d'une indemnité forfaitaire kilométrique.

### **Article 3 : durée**

Le présent contrat est prévu pour une durée de 10.5 jours à compter du 1 Septembre 2015 et prendra fin le 4 Novembre 2015.

### **Obligations du prestataire**

#### **Article 4 : exécution de la prestation**

Le prestataire s'engage à mener à bien la tâche précisée à l'article 1 et aux dispositions prévues au cahier des charges, conformément aux règles de l'art.

#### **Article 5 : calendrier-délais**

La Mission d'évaluation devra être achevée au plus tard le 4 Novembre 2015, date de la remise du rapport final, sauf dénonciation expresse du client avec application d'un préavis tel que définit à l'article 14 ci-dessous.

#### **Article 6 : nature des obligations**

Pour l'accomplissement des diligences et prestations prévues à l'article 1 ci-dessus, le prestataire précise que l'évaluation sera conduite par une équipe de consultants qui répondent aux exigences de compétences et de qualification prévues par le cahier des charges du décret du 15 mai 2007. Vous trouverez en annexe l'attestation sur l'honneur du ou des consultants chargés de la présente mission.

La présente obligation, n'est, de convention expresse, que pure obligation de moyens.

#### **Article 7 : obligation de confidentialité**

Le prestataire considèrera comme strictement confidentiel et s'interdit de divulguer, toute information, document, donnée ou concept, dont il pourra avoir connaissance à l'occasion du présent contrat. Pour l'application de la présente clause, le prestataire répond de ses salariés comme de lui-même. Le prestataire, toutefois, ne saurait être tenu pour responsable d'aucune divulgation si les éléments divulgués étaient dans le domaine public à la date de la divulgation, ou s'il en avait connaissance, ou les obtenait de tiers par des moyens légitimes.

### **Obligations du commanditaire**

#### **Article 8 : Obligation de libérer l'accès aux informations**

Le client tiendra à la disposition du prestataire toutes les informations pouvant contribuer à la bonne réalisation de l'objet du présent contrat. A cette fin, le commanditaire désigne Madame TAKHEMIT interlocuteur privilégié pour assurer le dialogue dans les diverses étapes de la mission contractée.

Le commanditaire s'engage à laisser toute latitude aux évaluateurs pour circuler librement dans l'établissement et rencontrer les membres du personnel, y compris les stagiaires tout en tenant compte des éventuelles précautions des obligations de service de ces derniers.

Le commanditaire met à la disposition de l'évaluateur l'ensemble des documents que ce dernier estime nécessaire à la conduite de l'évaluation.

#### **Article 9 : Obligation de réception**

Le prestataire devra remettre un pré-rapport visant à recevoir les observations du commanditaire pour que la phase suivante de la mission, élaboration du rapport final, puisse recevoir exécution.

#### **Article 10 : Obligation de non-sollicitation de personnel**

Le commanditaire s'interdit d'engager ou de faire travailler d'aucune manière, tout collaborateur présent ou futur du prestataire. La présente clause vaudra, quelle que soit la spécialisation du collaborateur en cause, et même dans l'hypothèse où la sollicitation serait à l'initiative dudit collaborateur. La présente clause développera ses effets pendant toute l'exécution du présent contrat, et pendant deux ans à compter de sa terminaison.

#### **Jouissance des résultats de l'étude**

#### **Article 11 : Propriété des résultats**

De convention expresse, les résultats de l'évaluation seront en la pleine maîtrise du commanditaire, à compter du paiement intégral de la prestation et le commanditaire pourra en disposer comme il l'entend. Le prestataire, pour sa part, s'interdit de faire état autre que ses propres obligations envers l'ANESM, des résultats dont il s'agit et de les utiliser de quelque manière, sauf à obtenir préalablement l'autorisation écrite du client.

#### **Article 12 : Garantie**

Le prestataire garantit le commanditaire contre toute revendication de tiers alléguée à l'encontre du commanditaire et concernant les éléments, ou informations, fournis par le prestataire au commanditaire.

#### **Article 13 : Responsabilités**

Le commanditaire convient que quels que soient les fondements de sa réclamation et la procédure suivie pour la mettre en œuvre, la responsabilité éventuelle du prestataire à raison de l'exécution des obligations prévues au présent contrat, sera limitée à un montant n'excédant pas la somme totale effectivement payée par le commanditaire, pour les services ou tâches fournis par le prestataire.

Par ailleurs, le commanditaire renonce à rechercher la responsabilité du prestataire en cas de dommages survenus aux fichiers, ou tout document qui lui aurait confié.

Le prestataire dégage sa responsabilité à l'égard des dommages matériels pouvant atteindre les immeubles, installations, matériels, mobiliers du client.

Le commanditaire convient que le prestataire n'encourra aucune responsabilité à raison de toute perte de bénéfices, de troubles économiques, de demandes que le commanditaire subirait, de demandes ou de réclamations formulées contre le commanditaire et émanant d'un tiers quel qu'il soit

#### **Article 14 : Pénalités**

Conformément aux dispositions prévues par la loi de modernisation de l'économie de juillet 2008, toute méconnaissance des délais stipulés à l'article 2 ci-dessus, engendrera l'obligation pour le

commanditaire de payer au prestataire des pénalités de retard calculées sur la base du taux légal en vigueur pour l'exercice civil 2015.

**Article 15 : Résiliation-sanction**

Toute manquement de l'une ou l'autre des parties aux obligations qu'elle a en charge, aux termes des articles 2-4-10 ci-dessus, entraînera, si bon semble au créancier de l'obligation inexécutée, la résiliation de plein droit au présent contrat, quinze jours après mise en demeure d'exécuter par lettre recommandée avec accusé de réception demeurée sans effet, sans préjudice de tous dommages et intérêts.

**Article 16 : Résiliation hors faute**

Le présent contrat pourra être résilié librement par chacune des parties, sous réserve d'un préavis de deux semaines avant la fin de la prestation. Dans cette hypothèse, les sommes déjà perçues par le prestataire lui demeureront acquises et le client pourrait faire l'usage le plus libre des informations qui lui auraient été communiquées ou des documents d'ores et déjà remis.

**Article 17 : Sous-traitance**

Le prestataire aura la possibilité de recourir à des consultants non salariés de sa structure pour tout ou partie de l'évaluation mais tous les éléments contractuels restent de la seule compétence et responsabilité de Cédric Plissonneau Conseil & Formation. Le prestataire s'interdit toute cession du contrat.

**Article 18 : Cession de contrat**

Néant

**Article 19 : Référencement**

Le commanditaire accepte que le prestataire puisse faire figurer parmi ses références les travaux accomplis dans le cadre du présent contrat.

**Article 20 : Interprétation du contrat**

Le présent contrat et ses annexes contiennent tous les engagements des parties. Les contrats commerciaux, les correspondances, offres ou propositions antérieures à la signature des présentes, sont considérés comme non-avenus.

**Article 21 : Juridiction compétente**

Tout litige susceptible de s'élever entre les parties, à propos de la formation, de l'exécution, ou de l'interprétation du présent contrat, sera de la compétence exclusive du Tribunal de Grande Instance.

Fait à Montpellier le 6/02/2015 en double exemplaire,

Pour le Commanditaire  
Le Directeur

Pour le prestataire,  
Cédric Plissonneau

  
Cédric PLISSONNEAU  
CONSEIL & FORMATION  
16, rue Louis Tribble - 34130 SAINT AUNES  
Tél. 06 83 86 55 65  
SIRET 879 906 282 00031  
Centre de formation n° 91/34 05 233 34 Préfecture LR

*(signature + cachets des co contractant)*

**Pièces jointes en annexes :**

- Déclaration sur l'honneur de l'Évaluateur attestant remplir les conditions telles qu'énoncées dans le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 et figurant dans le dossier d'habilitation.
- Copie de la proposition du prestataire validée par le commanditaire présentant la méthode d'intervention.

## **ANNEXE 3**

## Références professionnelles

**De 2006 à ce jour** : Création ouverture et gestion d'une structure d'aide à domicile dans l'Hérault (110 intervenants en 2013 dont 54 Equivalents Temps Plein).

**De 2007 à juin 2012** : Création ouverture et gestion de 2 structures d'aide à domicile dans le **Finistère** (70 intervenants en 2012 dont 28 Equivalents Temps Plein).

**De 2007 à janvier 2013** : Création et ouverture d'un établissement secondaire dans l'HERAULT

**Poste** : Dirigeante fondatrice chargée de la qualité et du développement

Missions :

- Ouvrir et développer le service d'aide à domicile
- Définir et formaliser les procédures de fonctionnement
- Construire et installer l'équipe d'intervention
- Promouvoir la structure
- Construire les actions de développement de la structure
- Diriger l'équipe administrative
- Préparer la structure à l'évaluation interne puis externe
- Renouveau de l'agrément qualité des structures en 2012

### 2013

Création **d'Eval. Externe. Conseils.** (Évaluation externe des établissements sociaux et médico-sociaux)

### 2014

Evaluation externe EHPAD « Béthanie » Carcassonne(11) 2° semestre 2014

Evaluation externe EHPAD « Madeleine des Garets » FPH Trèbes(11) 2° semestre 2014

Evaluation externe EHPAD « Fondation Rollin »(30)

Evaluation externe SSIAD « Fondation Rollin » (30)

Evaluation externe EHPAD Saint Thibery (34) en cours

Evaluation externe EHAPD Caderousse (84) en cours

## Formations / Compétences

**2013 / Certification d'évaluateur externe ACTHAN** (ACTHAN expertise)

- L'évaluation des contextes administratifs des ESSMS,
- L'évaluation des projets d'établissements,
- L'évaluation des pratiques sociales et médico-sociales,
- Les démarches de gestion de projet et d'animation d'équipes,
- L'élaboration des rapports d'évaluation et fiches de synthèse

### 2012

- Formation à la réalisation d'un Référentiel de compétences ( Cartesat Lyon )

#### **2011**

- Optimisation des pratiques RH en structures médicaux sociales (IFCL)
- Gestion des risques en structures médicaux sociales (IFCL)

#### **2010**

- Gestion des emplois et gestion de la diversité (maîtriser et appliquer l'ensemble de la législation en vigueur concernant la diversité : sénior, handicap, homme-femme, les jeunes ...)
- Optimisation des pratiques : tableaux de bord, calendrier du RH, process

#### **Activités connexes :**

- **Présidente fondatrice d'une association caritative** qui a pour vocation : « l'accompagnement des familles dans leur parcours de parents d'enfants handicapés » comptant 128 membres en 2013. L'association a vu le jour en 2009.
- **Membre du conseil d'administration d'un IME UGECAM** de 2006 à 2009.
- **Présidente et représentante des familles du CVS d'un IEM** de 2012 à ce jour.

**Cédric PLISSONNEAU**  
**50 ans marié – 1 enfant**

### **1. DOMAINES D'INTERVENTION**

1. **Organisation** : étude diagnostique, plan d'amélioration, réorganisation de service, coordination des opérations
2. **Projet** : accompagnement à la conduite de projet
3. **Démarche qualité** : accompagnement, certification
4. Engineering de formation, élaboration des contenus, face à face pédagogique
5. **Evaluation Externe dans le secteur médico social (organisme habilité par l'ANESM)**

### **2. FORMATION**

- Ingénieur conseil en sciences et techniques de l'organisation (DESTO - Conservatoire National des Arts et Métiers)
- Maîtrise en Sciences Sanitaires et Sociales
- Licence en Sciences Sanitaires & Sociales
- Diplôme d'Etat d'Infirmier

### **3. PRINCIPALES EXPERIENCES PROFESSIONNELLES**

**Depuis 2002 : Ingénieur consultant**

**1997 – 2002 : Formateur consultant – salarié groupe EI**

- Ingénierie de formation
- certification interne
- Face à face pédagogique

**1988 – 2000 : Infirmier diplômé d'état**

## Références

### Secteur de la santé

- ✚ Hôpital de Lézignan (11), Hôpital de Lodève(34), Hôpital de NOZEROY (39), Hôpital de Montfavet (84), Clinique La Languedocienne (11), Clinique Saint Pierre(66), Clinique Kennedy (30), OC SANTE, Groupe KORIAN, Groupe FONTALVIE, Groupe VITALIA, Clinique La Vernède SSR (11), Clinique La Pinède SSR (11), clinique Rhône-Durance(84), clinique Jeanne d'arc (13), centre médico dentaire (34), clinique Saint Privas (34)

### Secteur social & médico social

- ✚ SSIAD CCAS Montpellier (34) , SSIAD Croix Rouge Nîmes (30), SSIAD de l'enclave Valréas (84), SSIAD Nyons/ Curnier (26), SSIAD Pertuis, SSIAD HADAR Avignon (84),
- ✚ EHPAD Beaumes de Venise (84), EHPAD Ille sur Têt (66) Saint Jacques FPH, EHPAD Millas FPH (66) Forca Real FPH, EHPAD Saint Gely du Fesc(34), EHPAD « Yves Couzy » Saint André de Sangonis (34), FAM Montfloures(34), FAM quarante (34), MAS Montfloures, EHPAD Sommières (30) FPH, EHPAD Sablet (84) FPH, EHPAD beaumes de Venise (84) FPH,EHPAD les dominicaines Ganges (30), EHPAD l'oustal Pignan (34), EHPAD l'oustal Le Vigan (30), EHPAD Béthanie (11), EHPAD Ganges (34), SSR Valleraugues (30)
- ✚ *Structures d'aide à domicile* : A VOS COTES(34) , BDVM (30), VITAME 30, A2micile(34), ARS 30, LA LIGNE DE VIE(34), GENERATIONS DOMICILE (31), AASD (34), ACSERDOM (34), RECREACTIV(34), PLAISIR DE VIVRE(11), KORBÉY D'OR (île de la réunion), AGS34, QUIETUDE& COMPAGNIE(34), CAP SERVICE(34)

### Secteur industriel

FORMIX S.A Orléans (56), FASONUT(34)

### Secteur tertiaire

MGPAT (66), Languedoc Mutualité (34)

### Secteur marchand

LECLERC SODICAT Perpignan (66), LECLERC VERNET Perpignan (66), SPA AQUAZEN (11)

## Missions 2014

### Evaluation

Evaluation externe médico social

- ✚ Evaluation externe EHPAD Châteauneuf du Pape (84) en cours
- ✚ Evaluation externe EHPAD Caderousse (84) en cours
- ✚ Evaluation externe EHPAD et SSIAD fondation Rollin (30) en cours
- ✚ Evaluation externe EHPAD « Béthanie »(11) en cours
- ✚ Evaluation externe EHPAD «Madeleine des Garets » FPH(11) en cours

Evaluation externe SAP

- ✚ Evaluation externe l'île aux services (34)
- ✚ Evaluation externe SERVADOM AIGOUAL(30)

### Qualité - organisation

- ✚ Mise en œuvre et accompagnement de la méthode RABC EHPAD Pignan (34)
- ✚ Accompagnement à la labellisation Certif LR entreprise A2T (11)
- ✚ *Conseil en organisation* : Centre de stomatologie (en cours 2012/2013/2014) : réorganisation, étude architecturale, mise en œuvre, suivi gestion des écarts, structure documentaire,...(34)

### Formations

- ✚ Transmissions ciblées EHPAD Beaumes de Venise (84)
- ✚ Transmissions ciblées EHPAD Cucuron (84)
- ✚ Formation de formateurs internes ACSERDOM (34)
- ✚ VAE AS: « les paramètres vitaux », « transmissions ciblées », « risque infectieux et infections nosocomiales », « accompagnement rédaction livret II » CNFPT LR

## Missions 2013

### Évaluations

- ✚ Evaluation externe CAP SERVICE(34)
- ✚ Evaluation externe KORBAY D'OR (île de la réunion)
- ✚ Evaluation externe AGS 34
- ✚ Evaluation externe QUIETUDE ET COMPAGNIE (34)

### Qualité -organisation

- ✚ Suivi audit organisation SPA AQUAZEN (11)
- ✚ Mise en place de la méthode RABC EHPAD L'Oustal (pignan 34)

### Formations

- ✚ « Méthode HACCP » EHPAD Béthanie (11)
- ✚ « Transmissions ciblées » inter (Beaumes de Venise 84)
- ✚ « Transmissions ciblées » Clinique saint Privas Beziers(34)
- ✚ « IDE : manager en EHPAD » (EHPAD Castries 34)
- ✚ « Responsables de secteur et démarche qualité » (partenariat avec ORHA)
- ✚ « Méthode HACCP » EHPAD mutualiste Pezilla la rivière (66)
- ✚ « Risque infectieux en restauration collective & méthode HACCP » EHPAD La Vendinelle (31)
- ✚ « transmissions ciblées » FAM Montfloures (34)
- ✚ « transmissions ciblées » MAS Montfloures (34)

- ✚ VAE AS: « les paramètres vitaux », « transmissions ciblées », « risque infectieux et infections nosocomiales », « accompagnement rédaction livret II » CNFPT LR

## Missions 2012

### Evaluation externe

- ✚ Evaluation externe ACSEDOM (34)
- ✚ Evaluation externe RECREACTIV(34)
- ✚ Evaluation externe HOME SERVICES (34)
- ✚ Evaluation externe PLAISIR DE VIVRE (34)

### Formations

- ✚ Accompagnement méthodologique à la VAE AS
- ✚ Méthode RABC EHPAD Béthanie (11)
- ✚ Méthode HACCP EHPAD Béthanie(11)
- ✚ Méthode RABC EHPAD Ganges (34)
- ✚ Méthode HACCP EHPAD Ganges (34)
- ✚ Méthode HACCP EHPAD mutualiste Pezilla la rivière (66)
- ✚ Transmissions ciblées EHPAD Ganges (34)
- ✚ Transmissions ciblées Beaumes de Venise (84) 4 établissements (inter)
- ✚ Transmissions ciblées SSR Valleraugue (30) 3 établissements (inter)
- ✚ VAE AS: « les paramètres vitaux », « transmissions ciblées », « risque infectieux et infections nosocomiales », « accompagnement rédaction livret II » CNFPT LR

## Missions effectuées en 2011

### Evaluation externe

- ✚ La Ligne de Vie (entreprise d'aide à la personne)34
- ✚ Générations Domicile (entreprise d'aide à la personne)31
- ✚ AASD (entreprise d'aide à la personne)34

### Qualité -organisation

- ✚ Audit d'organisation SPA AQUAZEN (Narbonne 11)
- ✚ Préparation à l'audit de **certification** qualité « certifié LR » pour ORHA SARL (cabinet de conseil en ressources humaines)

### Formations

- ✚ Formation aux transmissions ciblées : 5 établissements médico sociaux
- ✚ Formation : élaboration du projet de service (clinique St Joseph 66)
- ✚ Formation : élaboration du projet de vie individualisé (clinique St Joseph 66)
- ✚ Formation-action : Elaboration du projet d'établissement (MAS Montfloures 34)
- ✚ Accompagnement méthodologique à la VAE AS
- ✚ Formation à la méthode RABC (audit) EHPAD L'oustal (Pignan 34)
- ✚ Formation (suivi) des agents de maîtrise à la **démarche qualité** /amélioration continue (FASONUT 34)

- ✚ VAE AS: « les paramètres vitaux », « transmissions ciblées », « risque infectieux et infections nosocomiales », « accompagnement rédaction livret II » CNFPT LR

### Missions d'accompagnement 2010

- ✚ **Evaluation** externe VITAME 30
- ✚ Accompagnement à l'**évaluation** interne de 4 entreprises SAP : BDVM, A vos cotés, ARS 30
- ✚ Accompagnement de la mise en œuvre du plan d'action issu de l'audit d'organisation, structuration et mise en œuvre de la gestion des risques, préparation à la **certification** V2010 du secteur sanitaire. Hôpital de NOZEROY
- ✚ GPEC groupement d'entreprise d'aide à la personne
- ✚ Gestion de projet et coaching des cadres du SSIAD Valréas
- ✚ Formation **certification** V 2010 pour les directions et cadres de 6 cliniques groupe KORIAN
- ✚ Mise en œuvre des transmissions ciblées sur 7 structures médico sociales (mode projet)
- ✚ Formation des agents de maîtrise à la **démarche qualité**/amélioration continue (FASONUT 34)

### Missions d'accompagnement 2009

- ✚ Audit organisationnel de l'hôpital de NOZEROY
- ✚ GPEC groupement d'entreprise d'aide à la personne (partenariat avec ORHA)
- ✚ Formation des responsables qualité régionaux à la **certification** V 2007et V2010 groupe KORIAN (75)
- ✚ Projet de service SSIAD Valréas (84)
- ✚ Analyse des flux sur un projet architectural d'extension de la clinique de Saint Omer MCO groupe VITALIA (59)
- ✚ Conduite de projet dans la mise en œuvre des transmissions ciblées et de leur intégration sur le support informatique Beaumes de Venise(84)
- ✚ Conduite de projet pour la mise en place des transmissions ciblées, Hôpital de Lodève (34)
- ✚ Audit HACCP Clinique de La Lironde (34)
- ✚ Audit HACCP Clinique psychiatrique de Quissac(30)
- ✚ Audit HACCP Clinique de Clermont l'Hérault (34)
- ✚ Audit HACCP clinique de Ganges (34)
- ✚ VAE AS: « les paramètres vitaux », « transmissions ciblées », « risque infectieux et infections nosocomiales », « accompagnement rédaction livret II » CNFPT LR

### Missions d'accompagnement en 2008

- ✚ Transmissions ciblées et préparation au support informatisé (SSIAD Valréas)
- ✚ Coaching des cadres SSIAD Valréas
- ✚ Accompagnement à la **certification** V2007 Clinique La Vernède SSR, Conques /Orbiel (11)
- ✚ Accompagnement à la **certification** V2007 Clinique La Pinède SSR, Sigean(11)
- ✚ Validité des Auto contrôles externalisés en vue de la certification V2007 groupe FONTALVIE(66)
- ✚ Evaluation interne, gestion du changement et mise en œuvre de la démarche qualité EHPAD (30)

- + Etat des lieux au regard de la norme **ISO 9001/2000** en vue de l'audit de renouvellement FORMIX S.A Orléans
- + Structuration de la mise en œuvre de la gestion des risques avec une solution logicielle LECLERC Perpignan (66)
- + Audit HACCP EHPAD Coursan (11)
- + Audit HACCP EHPAD Yves Couzy Saint André de Sangonis (34)
- + VAE AS: « les paramètres vitaux », « transmissions ciblées », « risque infectieux et infections nosocomiales », « accompagnement rédaction livret II » CNFPT LR

## 2006

- + Projet d'établissement et signature de la convention tripartite EHPAD Saint Gely du Fesc (34)
- + Projet de service SSIAD Croix Rouge de Nîmes(30)

## 2005

- + Projet d'établissement EHPAD Ille sur Têt (66)
- + Mission de réorganisation des services techniques d'un groupement de deux EHPAD et un SSIAD Millas (66)

## 2004

- + Accompagnement à la **certification** ISO 9001 MGPAT(66)
- + Préparation à la **certification** ISO 9001 Languedoc Mutualité(34)

## **ANNEXE 4**

## Déclaration sur l'honneur

Mission d'Evaluation Externe pour l'entreprise :

EHPAD Les Jardins de Saint Hilaire  
131 chemin de Camp Ardon

30560 Saint Hilaire de Brethmas

L'évaluateur :

CEDRIC PLISSONNEAU

déclare sur l'honneur remplir les conditions telles qu'énoncées dans le décret no 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que celles figurant dans le dossier d'habilitation de l'organisme :

Cédric Plissonneau Conseil & Formation.  
16 rue Louis TRIBLE  
34130 SAINT AUNES  
SIRET : 379 906 28200031  
Numéro d'habilitation par l'ANESM : H2009-11-276

A Saint Aunes, le 12/01/2015

  
Cédric PLISSONNEAU  
CONSEIL & FORMATION  
16, rue Louis Tribble - 34130 SAINT AUNES  
Tél. 06 83 86 55 65  
SIRET 379 906 282 00031  
Centre de formation n° 81/34 05 233 34 Préfecture LR

## Déclaration sur l'honneur

Mission d'Evaluation Externe pour l'entreprise :

EHPAD « Les Jardins de Saint Hilaire »  
131, chemin de Camp Ardon  
30560 saint hilaire de brethmas

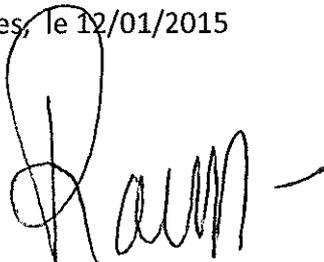
L'évaluateur :

Carole RAYNAUD

déclare sur l'honneur remplir les conditions telles qu'énoncées dans le décret no 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que celles figurant dans le dossier d'habilitation de l'organisme :

Cédric Plissonneau Conseil & Formation.  
16 rue Louis TRIBLE  
34130 SAINT AUNES  
SIRET : 379 906 28200031  
Numéro d'habilitation par l'ANESM : H2009-11-276

A Saint Aunes, le 12/01/2015



## **ANNEXE 5**

PLANNING DE VISITE

HEURE	01/09/15	DUREE	EV	LIEU	EV1	EV2
9h00/12h00	Réunion avec le comité de pilotage (travail sur le projet d'établissement et l'évaluation interne)	3h	1	Salle de Réunion	X	
14h15h30	Présentation de l'évaluation externe au personnel	1h30	1	grde salle (projection)	X	
HEURE	02/09/15	DUREE	EV	LIEU	EV1	EV2
9h00/ 9h30	Rencontre avec le CA/ Direction	0h45	2	Bureau direction	X	X
9h30 / 10h 30	Parcours du résident (admission, visite, rencontre professionnels, rencontre résidents, consultation de dossiers)	0h45	2	Services	X	X
10h30 / 13h00	Consultation de documents	2h30	2	Bureau évaluateurs	X	X
13h00 / 14h00	Dejeuner à 12h	1h			X	X
14h00 / 15h30	Rencontre groupes élaboration évaluation interne	1h30	2	Salle de Réunion	X	X
15h30 / 16h00	Circuit médicament avec le référent	0h30	1	Dans les services Bureau Infirmier	X	
15h30 / 16h00	Rencontre avec le CVS (suivant modalités prévues)	0h30	1	Salle de Réunion		X
16h00 / 16h30	Rencontre médecin de l'établissement	0h30	1	Bureau évaluateurs	X	
16h00 / 16h30	Rencontre référent des activités/de l'animation	0h30	1	Bureau évaluateurs		X
16h30 / 17h00	Rencontre cadre IDE ou referent soins	30 mn	1	Bureau Cadre IDE	X	
16h30 / 17h00	rencontre avec les résidents (1)	30 mn	1	Bureau Cadre IDE		X
17h00 / 17h30	Circuit logistique et sécurité + rencontre responsable service technique, maintenance et sécurité	30 mn	1	Bureau évaluateurs	X	
17h00 / 18h30	rencontre avec les résidents(5)	1h 30	1	dans les services	Xx	X
18h30 / 19h15	Synthèse entre EV Consultation documentaire Préparation Jour 2	1h15	2	Bureau évaluateurs	X	X
19h15 / 19h45	Dîner				X	X
20h45	Visite de nuit (incluant les transmissions)	1h 30	2	Dans les services	X	X

PLANNING DE VISITE

HEURE	03/09/15	DUREE	EV	LIEU	EV1	EV2
8h30 / 12h30	Observation sur site de l'ensemble de la prise en charge	4h00	1	Dans les services	X	
8h30 / 9h30	Circuit dossier patient (admission, secrétariat médical, archives)	1h	1	Dans les services		X
9h30 / 10h30	Circuit restauration et distribution des repas avec responsable hôtelier, Circuit linge et déchets	1h	1	Dans les services		X
10h30 / 11h00	Rencontre prestataire extérieur (kiné)	30 mn	1	Bureau évaluateurs		X
11h00 / 11h30	Circuit RH (dossier du personnel, formation, évaluation) + responsable formation	30 mn	1	Bureau évaluateurs		X
11H30 / 12H30	Rencontre représentants du personnel	1h	1	Salle de Réunion		X
12h30 / 13h00	Synthèse entre EV	30mn	2	Bureau évaluateurs	X	X
13h00 / 14h00	Déjeuner	1h			X	X
14h00 / 16h	Rencontre avec les personnels (8 entretiens semi directifs)	2h00	2	Bureau ev / salle de réunion	X	X
16h00 / 16h30	Rencontres / Visites complémentaires	30 mn	2	Dans les services Bureau ev	X	X
16h30 / 17h30	Préparation restitution	1h00	2	Bureau évaluateurs	X	X
17h30 / 18h30	restitution orale direction / comité de pilotage points forts/axes de progrès	1h00	2	Salle de Réunion	X	X
HEURE	19/10/15	DUREE	EV	LIEU	EV1	EV2
14 h / 17h	Remise du pre rapport et discussion	3h	1	Salle de Réunion	X	
HEURE	22/10/15	DUREE	EV	LIEU	EV1	EV2
14h00/15h00	Remise du rapport d'évaluation externe et présentation (si souhaitée)	1h	1	direction ou gde salle (projection)	X	