

RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE DE L'EHPAD La MAISON du MOULIN à Maubeuge



Organisme gestionnaire :
Centre Hospitalier de Maubeuge
Adresse de l'établissement :
27, rue Henri Sculfort BP 20245
59607 Maubeuge Cedex
Coordonnées téléphoniques :
03 27 69 43 43
Adresse mail de la Direction:
direction@ch-sa.com
lamaison dumoulin@ch-sa.com

Organisme évaluateur :
ERREVA
Adresse :
10, rue de Cattolica
59155 – Faches-Thumesnil
Tél : **06 77 93 48 67**
Mail : lefebvre serge@sfr.fr

Date de l'évaluation sur site :
26 et 27 novembre 2014

Responsable Evaluation : **Serge LEFEBVRE**
Evalueur Expert : **Xavier D'HONT**



PRESENTATION ET CONTEXTE DE L'ETABLISSEMENT

Descriptif de l'établissement
Le public accueilli
Les professionnels
Historique
Les points marquants
Les valeurs

ELEMENTS DE CADRAGE DE LA MISSION

La procédure de l'évaluation externe – les étapes
Le cadre de référence de l'évaluation externe : Le volet commun
 Rappel des orientations générales de l'évaluation
 RBPP spécifiquement applicables à l'établissement ou au service évalué
Le cadre de référence de l'évaluation externe : Le volet spécifique
 1. Les statuts
 2. Les arrêtés d'autorisation
 3. Les données examinées pour l'analyse documentaire préalable

LE PROJET EVALUATIF

Le cadre évaluatif choisi

ANALYSE DETAILLEE

PLAN D'ACTION PROPOSE

SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE selon le modèle de l'ANESM du 4/06/12

ABREGE selon le modèle de l'ANESM du 4/06/12

ANNEXES

Analyse documentaire
Liste des personnes rencontrées

Descriptif établissement

Nom de la structure	EHPAD La Maison du Moulin Finess : 590804472
Adresse	27, rue Henri Sculfort – BP 20245 59607 Maubeuge Cedex
Type de structure	EHPAD
Capacité autorisée	120
Nombre de sites	1
Statut juridique	EHPAD public
Date d'ouverture de la structure	2001
Evaluation interne (date, référentiel, cours descriptif éventuel)	Oganisée en avril 2013 de manière participative. Un comité de pilotage a été chargé de manager la démarche. Un séminaire de trois jours a été organisé. Le référentiel utilisé est celui de la FHF
nom du chef d'établissement - titre	Mme BONGIOVANNI-VERGEZ Marie-Pierre Directeur du centre hospitalier Sambre Avesnois, Mme MASCREZ-PIOLA Directeur adjoint du centre hospitalier Sambre Avesnois, en charge de l'EHPAD
Source Financement (organisme de tutelle et de tarification)	ARS et Conseil Général
Coopération avec d'autres structures	Dépendant du Centre Hospitalier de Maubeuge
Effectifs autorisés. Répartition par poste	Hébergement : 17,8 ETP Dépendance : 11,9 ETP Soins : 35,1 ETP

Le public accueilli

Profil des usagers à l'entrée dans le service	GMP 2013 : 706	PMP 2013 : 383
		GIR 1 : 8 GIR 2 : 43 GIR 3 : 17 GIR 4 : 35 GIR 5 : 11 GIR 6 : 5
Origine géographique des usagers (base 31/12/2012):	Arrondissement d'Avesnes sur Helpe : 99 Nord hors arrondissement d'Avesnes sur Helpe : 8 Paris : 4	
Répartition par classe d'âge	Moins 66 ans : 0 66-75 ans : 16 76-85 ans : 45 86-95 ans : 52 96-105 ans : 6	
Répartition par sexe des personnes accueillies	femmes – hommes	
Situation familiale		
Situation sociale (aide sociale – tutelle)	payants Aide-sociale	
Santé et besoins de soins (physique, psychologique)		

Historique

L'EHPAD La Maison du Moulin est attaché au Centre Hospitalier de Sambre Avesnois (CHSA). La responsabilité juridique de l'établissement relève du directeur du CHSA qui a délégué sur le site un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, lui confiant l'ensemble de la gestion du site.

L'établissement se situe sur la commune de Maubeuge. La maison de retraite trouve son origine historique dans l'hospice, géographiquement contigu au CHSA. Dans les années 2000, l'établissement bénéficie d'un plan d'humanisation qui conduit à une nouvelle construction, inaugurée en 2001, située face à l'hôpital, sur le site de l'ancien collège des garçons de Maubeuge.

Avec une capacité d'accueil de 120 places, la Maison du Moulin héberge en séjour permanent des personnes âgées autonomes, dépendantes ou désorientées en assurant individuellement une aide aux actes de la vie courante et des soins infirmiers, jusqu'à la fin de la vie, tout en préservant l'autonomie, la dignité de chacun et l'estime de soi.

L'établissement a signé une convention tripartite le 1er mars 2010, dont les objectifs sont les suivants :

- Optimisation des conditions d'hébergement et de restauration : acquisition de matériels, travaux de peinture et de maintenance, rénovation des sols et surfaces (selon besoin)
- Respect des droits des usagers, individualisation de la prise en charge, réaffirmation de la place du résident et de sa famille : livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, conseil de vie sociale, projet d'établissement.

- Amélioration de la qualité des soins délivrés : poursuivre la mise en place du tarif soins global avec PUI, renforcer la qualité de la prise en charge notamment sur le plan psychologique, développer les animations thérapeutiques, développer la prise en charge pédicure.
- Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés : poursuivre la formation des personnels, poursuivre la réflexion sur l'opportunité et le besoin de mettre en oeuvre un secteur dédié, organiser le recours aux consultations mémoire, organiser le lien entre prise en charge médicale et animation thérapeutique.
- Promotion de la bientraitance, démarche d'amélioration continue de la qualité et prévention de la maltraitance : formation des professionnels à la bientraitance

Les points marquants

Avant 2012, l'EHPAD était un service du Centre Hospitalier sans directeur.

La Directrice adjointe, Madame MASCREZ-PIOLA, est également Directrice des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de Maubeuge.

Elle a pris ses fonctions depuis 2012. L'équipe des cadres est nommée depuis relativement peu de temps.

Un événement dramatique a eu lieu en 2010 : une résidente a fugué et a été retrouvée morte à l'extérieur.

Des AS sont encore actuellement sous le coup d'une décision de justice pour ce drame.

L'établissement a été mis sous suivi d'inspection par l'ARS (levé en 2013).

Difficultés rencontrées

La prestation sur site avait été bien organisée et les personnes rencontrées ont montré globalement une volonté d'échanges constructifs : elles n'ont pas laissé paraître de stress particulier et ont bien compris l'objet de l'évaluation externe qui est d'identifier d'éventuelles pistes de progrès. La seule exception concerne la difficulté d'échanges avec la Direction du Patrimoine et des Services techniques, manquant de coopération et d'écoute à l'égard de l'évaluateur.

Le planning a également été perturbé par le fait que des familles ont demandé à être reçues alors que ce n'était pas prévu (une réunion avec les représentants des familles avait été organisée auparavant).

De ce fait l'entretien avec l'équipe technique du Centre Hospitalier (sécurité incendie et maintenance) a été écourté et la cuisine du CH n'a pas été visitée.

La procédure de l'évaluation externe – les étapes

1- Buts de l'évaluation externe

L'évaluation doit permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs tels que précisés ci-après, en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique.

L'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficience, en considération du contexte observé.

L'évaluation contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques.

2- Objectifs

Porter une appréciation globale sur les activités et la qualité des prestations fournies en vérifiant :

- L'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins et aux missions,
- La cohérence des différents objectifs entre eux,
- L'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers en place
- L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs,
- L'existence et la pertinence des dispositifs de gestion et de suivi,
- L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés,
- Les conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation.
- examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne
- Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne,
- Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués.
- Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu,
- Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique,
- Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité.
- examiner certaines thématiques et des registres spécifiques
- Porter une appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers, et les conditions de réalisation du projet personnalisé,
- Donner des éléments d'appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement et des interactions.

3- Références :

- la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- le décret 2007-975 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
- le code de l'action sociale et des familles
- le référentiel thématique de l'organisme évaluateur

4- Etapes de l'évaluation externe :

- 1 Echange/information entre l'organisme évalué et l'organisme évaluateur sur les modalités de la prestation
- 2 Analyse des documents transmis
- 3 Réunion d'information : proposition du planning de l'intervention, détermination des personnes et fonctions à rencontrer. Validation du projet évaluatif
- 4 Evaluation sur le terrain : entretiens individuels et collectifs
- 5 Transmission d'un rapport provisoire à la Direction de la structure, analyse et validation des points d'accord et de désaccord. Détermination des modalités de suivi. Ce rapport est consultable par toutes les personnes ayant participé à l'évaluation externe,
- 6 Transmission du rapport définitif à la direction de l'entité,
- 7 Transmission - par la direction de l'établissement - du rapport définitif aux organismes de tutelle.

5- Modalités diverses

Sur la base du référentiel choisi, l'évaluateur s'entretient avec les personnes les plus impliquées dans le thème considéré ; il vérifie lorsque nécessaire la bonne application de ce qui est affirmé.

L'entretien avec des stagiaires ou des professionnels travaillant la nuit ou le week-end peut s'avérer intéressant pour compléter son information.

L'évaluateur renseigne son questionnaire sur la base de faits concrets et fait constater ses observations.

Les évaluateurs sont tenus au secret et à une obligation de réserve à l'égard de toute information dont ils ont connaissance au cours de la prestation.

6- Contenu du rapport

Le rapport est constitué :

- des éléments de cadrage,
- d'un descriptif de la procédure d'évaluation externe,
- d'informations permettant d'apporter une synthèse des connaissances existantes et de dégager des connaissances nouvelles,
- des résultats de l'analyse détaillée, d'une synthèse,
- de propositions, préconisations et observations utiles au commanditaire concernant l'adaptation des modalités d'accueil et d'accompagnement, au regard de l'évolution des besoins des usagers et en tenant compte des ressources.

LE VOLET COMMUN

Rappel des orientations générales de l'évaluation

Enjeux

Satisfaire aux obligations réglementaires liées à l'évaluation externe visée par la loi du 2 Janvier 2002 et article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles.

Participer à la dynamique d'amélioration continue de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Objectifs

Porter une appréciation globale notamment sur :

- l'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties ;
- la cohérence des différents objectifs entre eux ;
- l'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place ...

Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne, comme par exemple :

- les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne ;
- la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués ;
- la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu ...

Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques, parmi lesquels :

- l'appréciation des activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers, et les conditions de réalisation du projet personnalisé ;
- les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, et des interactions ;
- la 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 ...

Elaborer des propositions et/ou préconisations sur :

- des aspects stratégiques ;
- des éléments plus directement opérationnels ;
- des priorités sont formulées, en regard de critères explicités.

Les thèmes évalués issus du décret de mai 2007, qui doivent faire l'objet d'une analyse détaillée sont :

- Section 1 : Porter une appréciation globale

- Section 2 : Evaluation interne
- Section 3 :
 - Evaluer avec les usagers les besoins et les attentes,
 - Le projet personnalisé,
 - Accès et recours aux droits,
 - Réponses aux attentes exprimées par les usagers,
 - Expression et participation des usagers,
 - Gestion des risques,
 - Continuité des actions et interventions,
 - Réglementation et qualité hébergement,
 - Mobilisation et fatigue professionnelle,
 - Perception, collaboration et inscription sur le territoire.

RBPP spécifiquement applicables à l'établissement ou au service évalué

- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement
- Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Qualité de vie en Ehpad (volet 3) - La vie sociale des résidents
- Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne
- Qualité de vie en Ehpad (Volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social
- Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement
- 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
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées
- Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles

LE VOLET SPECIFIQUE

Les données examinées pour l'analyse documentaire préalable - résultats

Documents fournis :

Document d'identification du responsable :	X
Copie de l'autorisation ou de la déclaration :	0
Organigramme	X
Projet d'établissement ou de service :	X
Autre(s) document(s) descriptif(s) (charte, manuel qualité,...) :	X
Livret d'accueil :	X
Règlement de fonctionnement :	X
Comptes rendus C.V.S.	X
Documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité :	X
Rapport d'évaluation interne	X
Note relative aux suites de l'évaluation interne	X

Synthèse analyse documentaire

Cf. annexe 1

LE CADRE EVALUATIF CHOISI

Management et stratégie

- 1 - Le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre
- 2 - Pilotage Financier et économique

Ressources Humaines

- 1 - Développement des Ressources Humaines
 - Embauche
 - Formation
 - Maîtrise des absences/remplacements
- 2 - Organisation des activités et des échanges / management des équipes
- 3 - Santé Sécurité au travail

Personnalisation de l'accompagnement

- 1 - Pré-accueil et accueil
- 2 - Admission et intégration
- 3 - Evaluation initiale avec les résidents de leurs attentes et besoins
- 4 - Processus d'élaboration et de communication du projet personnalisé
- 5 - Processus de mise en œuvre du projet personnalisé, de suivi et de réévaluation des attentes et besoins des résidents
- 6 - Processus de réalisation des missions de l'établissement
 - Le dossier médical
 - L'alimentation/restauration
 - Approche de la douleur
 - Gestion des escarres
 - Position relative à la contention physique et chimique
 - Accompagnement fin de vie
 - Animation
 - Accompagnement social
 - Prestations hôtelières
 - Processus de sortie et de réorientation
 - transfert
 - décès

Ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement et interactions sur le projet personnalisé

- 1 - Partenaires professionnels (contractualisation des partenariats)
- 2 - Bénévoles
- 3 - Municipalité et paroisse

La démarche qualité

- 1 - Amélioration continue
 - Evaluation interne
 - Traitement des FEI
 - Recueil et traitement des doléances
 - Autres disposition relatives au suivi des actions d'amélioration
- 2 - Gestion documentaire

Droits et participation des résidents

- 1 - Droits, Expression des Résidents
- 2 - Participation des résidents (et de leurs familles)

Gestion des risques

- 1 - Organisation de la gestion des risques
- 2 - Maltraitance
- 3 - Concilier autonomie et prise de risques
- 4 - Sécurité des bâtiments et des infrastructures
- Sécurité incendie
- Contrôles des infrastructures et de l'eau
- 5 - Sécurité dans les transports
- 6 - Sécurité alimentaire
- 7 - Sécurité des soins
- 8 - Circuit du médicament
- 9 - Risques iatrogènes
- 10 - Troubles du comportement
- 11 - Chutes
- 12 - Urgences
- 13 - Hygiène / Risque infectieux
 - Prévention des infections
 - Sécurité du linge
- 14 - Gestion des conflits et comportements violents
- 15 - Protection des données à caractère personnel ou secret

Bientraitance

- 1 - Soutenir les professionnels vers / dans leurs démarches de bientraitance
- 2 - Garantir un cadre stable et "sécurisant" pour le résident et les professionnels
- 3 - Qualité de la relation avec le résident et ses proches

Infrastructures et équipements

- 1 - Adéquation des locaux par rapport à la population accueillie
- 2 - Adéquation des équipements par rapport à la population accueillie
- 3 - Maintenance des équipements et installations
- 4 - Systèmes d'information

Management et stratégie

1 - Le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre

Le Projet d'Etablissement 2013-2018 a été initialisé avec l'aide d'un cabinet extérieur qui a fait travailler les salariés en groupes. Les réflexions ont été reprises par un Comité (Direction plus cadre de santé et médecin coordonnateur) qui l'ont finalisé. Il a été validé par le CVS et le Conseil de Surveillance. Les représentants des familles et des résidents n'ont donc participé qu'à posteriori.

Les principaux thèmes évoqués sont :

- Le Projet de vie dont le Projet de vie individualisé (le Projet Personnalisé de fait)
- Le Projet de Soins
- La vie sociale et le projet d'animation
- L'hôtellerie et la logistique
- La politique qualité et la gestion des risques
- La gestion des ressources humaines
- La communication interne et externe.

Les objectifs généraux et opérationnels sont parfaitement déclinés.

Les principaux développements notés sont :

- Un UHR à court terme au niveau 1 (rdc)
- Un hébergement temporaire
- Un accueil de jour

Pour l'instant les modalités de suivi ne sont pas encore déterminées ; la direction attend les résultats des évaluations pour le faire globalement.

Note : la structure est suivie par l'ARS et un Compte-Rendu est fait tous les trois mois.

2 – Pilotage Financier et économique

Le contrôle de gestion du CH communique le résultat économique chaque trimestre.

Les facturations étant réalisées sur place, la direction a connaissance de cette donnée.

En 2011 le déficit était de 300 000€; il était fin 2013 de 50 000 € : les clefs de répartition ont été revues et le taux d'occupation a augmenté de près de 7%.

Des mises en demeure de payer sont maintenant effectives alors qu'elles étaient rares auparavant.

Le Directeur adjoint en charge de la structure, a une délégation de gestion de la part de l'administration générale du centre hospitalier. Elle peut gérer la structure en autonomie et se repose sur les directions fonctionnelles du centre hospitalier pour assurer le bon fonctionnement de la résidence.

3 – Réunions managériales

Une collaboration est effective entre la direction de l'établissement et l'encadrement soignant composé d'un cadre de santé et d'une IDE référente, qui est sous son autorité directe.

Le cadre de santé participe aux réunions d'encadrement de l'établissement mais la direction des soins, n'intervient pas au sein de la résidence.

Analyse / effets

Le management peut s'appuyer maintenant sur des bases plus saines et des objectifs précis.

Manquent encore des indicateurs d'efficacité et un suivi structuré des actions décidées (en cours pour le second point).

Point fort : objectifs opérationnels précis, déclinés selon les différentes dimensions de l'accompagnement des résidents.

Un projet social est intégré au projet d'établissement.

Piste de Progrès : Se doter d'un tableau de bord qui reprenne l'ensemble des processus en déterminant les indicateurs d'efficacité et la périodicité de leur analyse. Ce tableau de bord doit être régulièrement examiné au cours d'une réunion COPIL ou CODIR.

Pour chacune des actions reprises au sein de ce tableau de bord, les pilotes et les échéances sont à déterminer.

Piste de Progrès : Faire participer activement les résidents et les familles au prochain projet d'établissement (et non seulement à posteriori).

Ressources Humaines

1 - Développement des Ressources Humaines

- Embauche – moyens à disposition

Le recrutement est de la responsabilité du cadre de santé qui fait ses demandes à la direction des ressources humaines.

A l'embauche, une copie du diplôme est requise. Quand nécessaire, un contrôle ADELI est réalisé et une reconnaissance de la DRJSCS est demandée.

Les profils de poste sont tous rédigés.

Les évaluateurs estiment qu'un psychologue est indispensable à la réalisation des missions d'un EHPAD.

Des familles (*) ont estimé que le personnel soignant est en nombre insuffisant pour remplir correctement les tâches quotidiennes.

() Sachant que les évaluateurs étaient dans la structure, des familles insatisfaites mais qui ne sont pas élues ont demandé à être reçues pour formaliser cette « plainte ».*

- Formation

Les entretiens annuels d'évaluation permettent de faire le point – entre autres choses – sur l'impact sur le travail des formations suivies ainsi que sur les formations souhaitables.

Au niveau du CH, 2.9 % de la masse salariale est consacrée à la formation des agents mais les chiffres relatifs spécifiquement à l'EHPAD ne sont pas disponibles.

Nous avons noté ces dernières années des formations :

- Habilitation électrique (pour que deux personnes l'aient au lieu d'une)
- AS (pour ASH souhaitant progresser)
- Soins gériatriques pour AS
- Plaies cicatrisation (intra)
- Escarres (intra)
- Douleur (intra)
- AFGSU
- Tutorat IDE
- Gineste Marescotti
- Animation et Alzheimer

- Snoezelen
- Manutentions
- Soins palliatifs

Piste de Progrès : Revoir les délais de programmation des formations incendie pour les nouveaux arrivants.

2 - Organisation des activités et des échanges / management des équipes / gestion des absences

Les réunions sont les suivantes :

- Deux à trois réunions de coordination par an pour le staff (Direction, médecins coordonnateurs, cadre de santé, adjointe de direction, IDE référente)
- Une réunion de service par mois
- Des réunions « logistique » (cadre de santé et adjointe de direction)
- Des réunions « animations » (adjointe de Direction)
- Et surtout trois transmissions par jour

En cas d'absence, la structure peut rappeler du personnel ou, si la situation est insoluble, procéder à des contractualisations. Un contrat étudiant permet une présence supplémentaire deux week-end par mois. L'été, 20 contrats d'un mois sont signés.

Concernant le planning, il n'est affiché que le 15 du mois précédant (conformément au protocole interne).

Une polyvalence est instaurée entre la coiffeuse et les maitresses de maison.

En effet, la coiffeuse est amenée à occuper des postes de maitresse de maison en cas d'absence d'une maitresse de maison afin de garantir les prestations réalisées par ces professionnels.

Piste de Progrès : Etablir une liste des principaux documents qualité dont les nouveaux agents doivent prendre connaissance rapidement.

3 - Santé Sécurité au travail

.Le DUERP a été rédigé en 2011. Il n'est pas revu sauf en cas de travaux mais un document de suivi est rédigé chaque année par la Direction Gestion des Risques.

Il apparaît en questionnant des membres du personnel que ceux-ci ignorent son existence. Il est consultable sur QUALIWEB.

Concernant les risques psychosociaux, un Projet Social est en cours de réflexion.

Des réunions de « régulation » sont organisées chaque mois par un psychologue de la médecine du travail sans que la direction ni les cadres soient présents. Rien ne transpire sauf en cas d'alerte. En cas de repérage, le Service de Santé au Travail est alerté et met à disposition un autre psychologue.

A noter qu'une enquête réalisée en 2012 au niveau du CH a révélé que 31% des salariés présentaient des risques psychosociaux.

Chaque année sont prévues au plan de formation du CHSA des formations « gestion du stress » accessibles aux personnels de l'EHPAD comme à tout personnel du CHSA. L'envoi des agents se fait en fonction des demandes des agents eux-mêmes, d'une part, et en fonction des possibilités laissées par le planning.

Concernant l'encadrement, des réunions de supervision spécifiques ont été également organisées.

Piste de Progrès : Au niveau des fiches de poste, intégrer les EPI à porter.

Analyse / effets

.L'enquête réalisée démontre qu'un taux important du personnel est soumis à des risques psychosociaux. Les dispositions prises sont importantes et pertinentes mais pas encore suffisantes (manque nouvelle enquête ciblée).

Ceci relève de la politique générale Ressources Humaines du CHSA.

Point fort : la structure du DUERP

Piste de Progrès : Se doter d'indicateurs ressources humaines

Piste de Progrès : Négocier avec les financeurs l'embauche d'un psychologue, autant pour les résidents que pour le personnel, si possible au-delà du 0,2 accordé dans la convention tripartite.

Piste de Progrès : Développer encore la formation Santé et Sécurité au Travail.

Piste de Progrès : Mener auprès du personnel des enquêtes de satisfaction en se faisant aider par un cabinet spécialisé.

Piste de Progrès : Communiquer sur le DUERP

Personnalisation de l'accompagnement

1 - Pré-accueil et accueil

Pour une demande d'admission, un dossier est retiré à la réception de l'EHPAD. Celui-ci comprend un questionnaire médical qui est complété par une visite d'approche (systématique).

Une visite de la structure est également proposée à ce moment-là.

Si la demande de renseignements est réalisée par téléphone, un rendez-vous peut être fixé pour la visite de la structure.

Depuis le début du mois de novembre, les demandes d'admission peuvent également être réalisées sur le logiciel « Trajectoire ». Il n'y a pas suffisamment de recul pour juger de ce support.

Les demandes de dossiers sont enregistrées sur un fichier spécifique tenu à jour par le secrétariat.

Une visite de l'établissement est proposée à la demande de renseignements.

Si la personne ou sa famille est intéressée, elle pose candidature. Celle-ci est examinée par le médecin coordonnateur qui décide de l'admission avec la Directrice et le cadre de santé et/ou l'IDE référente.

Afin de prendre la décision d'admission ou de réorientation en tout état de cause, le médecin coordonnateur peut être amené à se rapprocher des médecins hospitaliers et/ou du médecin traitant.

Des visites sur le CHSA peuvent également être réalisées afin rencontrer le futur résident.

Le contrat de séjour est signé par le résident s'il est en capacité de le faire. Pour l'établissement, cette signature vaut consentement.

Des modalités spécifiques ont été établies concernant le pré-accueil et l'accueil des résidents. Des protocoles sont en cours de formalisation.

2 - Admission et intégration

Les admissions sont effectuées suite à la réalisation d'une visite d'approche (correspond à visite de pré-admission) par le médecin coordonnateur et un personnel para-médical (cadre de santé ou IDE référente) qui est déclenchée lorsque des places sont vacantes et que le dossier administratif de la personne souhaitant intégrer la résidence est complet.

La réponse quant à l'admission du résident n'est pas formulée au terme de la visite d'approche mais la famille est recontactée dans un délai assez bref.

L'ensemble des documents liés au séjour sont remis au résident ou à sa famille le jour de l'admission.

Si le résident est sous tutelle, un rendez-vous est fixé avec le tuteur quelques jours avant son admission.

La carte vitale et la carte de mutuelle sont conservées au secrétariat médical.

L'attestation, qui est nécessaire en cas de consultation au CHSA est laissée dans le dossier de chaque résident.

Le consentement du résident est systématiquement recherché lors de la visite d'approche.
Si le résident qui en est en mesure, exprime son désaccord quant à l'admission, celui-ci ne rentrera pas dans l'établissement

Les admissions sont programmées en début d'après-midi (vers 15h) afin que des agents puissent se détacher pour accueillir le nouveau résident au rez-de-chaussée et l'emmener dans sa chambre.

Selon leur disponibilité, la cadre de santé ou l'IDE référente peuvent également se libérer.

Les résidents se voient remettre un cadeau lors de leur admission. Le jour d'admission correspond également à un jour de présence du médecin coordonnateur.

L'IDE réalisant l'admission travaille sur le recueil de données dont une première base a été réalisée lors de la visite d'adaptation si celle-ci a eu lieu.

L'AS se penche quant à elle sur le récit de vie.

Deux référents sont affectés au nouvel arrivant. Sa chambre et l'équipe présente sont présentées. Pour les repas, il est placé à une table avec des résidents dont les caractéristiques psychologiques et physiologiques semblent proches. Par la suite des changements peuvent être opérés.

Une photo du résident et de ses référents est apposée dans la chambre.

Piste de Progrès : Lister les relances réalisées auprès des prospects sur le fichier afin de n'avoir qu'un seul outil. Notifier les motifs de refus d'admission par les personnes inscrites afin de les analyser et de rester attractif face à la concurrence sur le territoire.

Piste de Progrès : Lorsqu'une nouvelle version d'un document est réalisée (contrat de séjour, règlement de fonctionnement), en remettre un exemplaire aux résidents concernés et conserver un exemplaire signé.

3 - Evaluation initiale avec les résidents de leurs attentes et besoins

Un premier recueil de données concernant le futur résident est réalisé lors de la visite d'adaptation.

Ainsi, les habitudes de vie et une première évaluation de ses besoins concernant les gestes de la vie quotidiennes sont recensées.

L'évaluation des attentes et besoins du résident est complétée lors de l'admission et dans les premières semaines de l'accompagnement (première réunion de synthèse à 3 semaines – 1 mois).

Pendant les 15 premiers jours, les référents renseignent un « récit de vie », font l'évaluation de la toilette. Les possibilités d'animation sont présentées.

Chaque résident est vu dans le cadre de son admission par le psychomotricien.

Des aménagements peuvent ainsi être réalisés afin de préserver l'autonomie de chaque résident.

2 - Processus d'élaboration et de communication du projet personnalisé

Des modalités relatives au projet personnalisé : élaboration, communication, processus d'élaboration, sont définies et connues des professionnels.

Un certain nombre de supports concernant le projet personnalisé sont à disposition des professionnels afin de faciliter la collecte des données, l'élaboration et le suivi des projets personnalisés :

- Déroulement de la vie quotidienne,
- Bilan d'adaptation,
- Projet de vie individualisé,
- check list « projet de vie » qui facilite le rôle des référents dans la cadre de l'élaboration et de la mise à jour de ce projet

Le support, « Projet de vie individualisé » prévoit la possibilité pour le résident ou son représentant, de le signer.

Les professionnels libéraux sont également invités à participer aux réunions relatives au projet personnalisé des résidents qu'ils prennent en charge.

Afin de faciliter la coordination et le suivi des projets personnalisés, des référents sont nommés pour chaque résident.

Tous les résidents n'ont pas forcément connaissance des référents qui leur ont été attribués ni des missions qui leur sont confiées.

Les professionnels n'ont pas forcément connaissance de ce qui est attendu des référents.

L'IDE référente, présente au sein de la résidence joue entre autres un rôle de coordination et de lien entre les différents acteurs intervenant dans l'accompagnement des résidents.

26 projets de vie individualisés restent à réaliser. Pour autant, chaque nouvel entrant a son projet de vie dans le mois suivant son entrée. Les 26 projets restants à réaliser sont les plus anciens, pour lesquels il faut rattraper le retard. Chaque nouvel entrant a son projet de vie.

Le Projet Personnalisé est réalisé avec les parties prenantes ; elles sont donc informées. Par contre l'information aux autres salariés que ceux présents n'est pas structurée.

Point faible : Chaque résident ne bénéficie pas encore d'un projet personnalisé.

Piste de Progrès : Finaliser l'ensemble des projets de vie individualisés.

5 - Processus de mise en œuvre du projet personnalisé, de suivi et de réévaluation des attentes et besoins des résidents

Au bout d'un mois environ, le résident, le tuteur, la famille et le médecin traitant sont invités à se réunir pour construire le projet personnalisé. Les attentes des uns et des autres sont entendues ainsi que les besoins identifiés par l'équipe pluridisciplinaire. Aucun sujet n'est tabou : la mort, la vie sexuelle, ...

Un projet est alors formalisé.

A ce jour, une centaine ont été réalisés et 26 restent à faire.

Il est prévu de refaire une réunion tous les ans. Un document intitulé « Réévaluation du projet de vie » facilite le rôle des référents pour la mise à jour des projets des résidents qu'ils ont en responsabilité.

Les différentes dimensions de l'accompagnement y sont reprises.

Une fiche « bilan d'adaptation » prévoit la révision anticipée du Projet Personnalisé.

Le suivi des actions décidées dans le cadre du Projet Personnalisé est encore perfectible et nous n'avons pas le recul nécessaire pour apprécier son effectivité.

Les modalités de réévaluation des projets personnalisés sont définies mais ne sont toutefois pas mises en place systématiquement.

Les différents professionnels de l'établissement ainsi que les intervenants libéraux sont associés à la mise en œuvre des différents projets personnalisés.

Point fort : L'IDE référente joue un rôle important dans la mise à jour et la coordination de la mise en œuvre des projets personnalisés.

Point faible : Chaque résident ne bénéficie pas encore d'un projet personnalisé.

Piste de Progrès : Communiquer auprès des résidents, des familles et des professionnels concernant le rôle des référents.

Piste de Progrès : Noter toutes les demandes – même les irréalisables -. Reprendre les actions sur un tableur et prévoir de vérifier leur mise en œuvre régulièrement.

6 - Processus de réalisation des missions de l'établissement

- Coordination médicale et gestion des soins

Deux médecins coordonnateurs se relayent afin d'assurer une présence à hauteur de 0,6 ETP.

Un cadre de santé est présent au sein de l'établissement. Elle est appuyée dans ses missions par une IDE référente.

La structure étant rattachée au centre hospitalier de Maubeuge, l'accès au plateau technique et aux consultations spécialisées est facilité.

Des réunions pluridisciplinaires sont organisées au sein de la résidence.

Un document « Fiche de support – Réunion pluridisciplinaire » a été créée afin de faciliter les échanges et de permettre de conserver une traçabilité dans le dossier du résident.

Afin de faciliter la communication avec les différents médecins intervenant dans la structure, un système de bannette est en place.

21 médecins traitants interviennent au sein de l'établissement ainsi que d'autres professionnels libéraux : kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures.

Le résident a le libre choix des professionnels libéraux.

Une commission de concertation en gériatrie a été organisée par le médecin coordonnateur.

Le pathos est réévalué chaque année par le médecin coordonnateur accompagné de professionnels paramédicaux.

Afin de faciliter la gestion des soins par les professionnels, un système de **planification murale** a été remis en place au niveau des unités 2 et 3 (1^{er} et 2^{ème} étages).

A ce jour, cette planification est essentiellement utilisée par les IDE.

Une planification hebdomadaire des consultations est également mise en place sur un tableau blanc en salle de soins.

En complément des **transmissions écrites** rédigées dans le dossier de soins, des **transmissions orales** sont réalisées lors de chaque changement d'équipe (3 fois par jour).

La planification murale sert de base aux échanges. Toutefois, les agents utilisent des documents sur lesquels de retranscriptions sont réalisées.

Un agenda de liaison avec le médecin coordonnateur ainsi qu'un agenda de liaison entre IDE sont en place en salle de soins. Ceci permet de transmettre également des informations entre professionnels.

La messagerie mise à disposition des professionnels n'est pas utilisée.

L'IDE transmet par téléphone, en fin de poste d'après-midi, des informations au cadre de garde du CHSA qui peut être amené à intervenir pour certains soins ou prises en charge (perfusions, SAP...) lorsqu'il n'y a pas d'IDE dans la structure.

Les bilans sanguins sont réalisés sur prescription médicale par les IDE de la résidence.

L'analyse des prélèvements est réalisée par le laboratoire du CHSA.

Un coursier passe prendre les prélèvements qui sont disposés dans un sac isotherme à 8 heures.

En règle générale, 5 bilans au maximum sont piqués par jour.

Les consultations spécialisées et autres examens sont généralement réalisés au CHSA sauf avis contraire du résident ou de sa famille. Le libre choix du médecin et de la structure de soins est laissé aux résidents.

Les soins d'hygiène et de confort sont réalisés par les aides-soignants en collaboration avec les IDE.

L'autonomie de chaque résident est préservée. Ainsi, les soins et aides proposés sont réajustés selon les besoins de chaque résident.

Des échanges et mises au point sont réalisés entre les professionnels au moment des transmissions.
La traçabilité des soins est retrouvée sur les diagrammes de soins.

Afin de faciliter la réalisation des soins, un classeur par aile est à disposition des professionnels.
Les soins à réaliser à chaque résident sont surlignés au sein du diagramme de soins.

Point fort : Accès au plateau technique et consultations du CHSA.

Piste de Progrès : Utiliser uniquement les supports officiels de transmissions.

Piste de Progrès : Ne pas retranscrire des informations sur de multiples supports.

- Nutrition/restauration

La prestation de restauration est assurée par l'unité centrale de production du CHSA.
La réception se fait en liaison froide.

Un contrôle de la température de réception est réalisé par les professionnels de la résidence.
Des fiches spécifiques relatives à la remise en température, aux vérifications de température sont affichées dans les offices.

Les goûts et aversions de chaque résident sont connus et enregistrés dans le logiciel de gestion des repas.
En cas de problème, des aliments de substitution sont mis à disposition (purée – jambon).

Une salle à manger dans laquelle tous les repas sont servis est présente à chaque étage de la résidence.
Toutefois, pour raison médicale, un résident peut être servi en chambre.
Le menu est affiché en différents endroits de la résidence. Toutefois, le format d'affichage ne permet pas une lecture aisée des repas.
Un exemplaire papier est également remis à chaque résident.
Le petit déjeuner est servi à partir de 7h30 sous forme de buffet.
Des petits déjeuners améliorés sont proposés. En effet, chaque jour des produits complémentaires sont proposés. De la baguette est servie deux fois par semaine.
Le déjeuner est servi vers 12h. Un goûter est proposé aux résidents entre 15h et 16h.
L'heure du dîner a été récemment repoussée à 18h30 afin de réduire la durée du jeûne nocturne (plus de 12h). Ces horaires conviennent aux résidents rencontrés.

Les résidents sont pesés chaque mois.
Pour cela, différents systèmes sont à disposition des professionnels : plateforme de pesée, chaise, lève malade avec pesée intégrée.
Les pesées sont programmées au niveau de la planification murale.

Les pesées sont entrées dans l'informatique par les IDE.
Le calcul de l'IMC est alors automatique.
Les courbes de poids sont vues par le médecin coordonnateur et l'IDE référente.
En cas de perte de poids, le médecin coordonnateur peut prendre contact avec le médecin libéral du résident afin d'obtenir des informations complémentaires pouvant expliquer la perte de poids.
Des examens complémentaires (biologie...) peuvent être prescrits si nécessaire.
Une surveillance alimentaire est réalisée sur 15 jours.
Un(e) diététicien(ne) du CHSA peut être amené(e) à intervenir.

Les résidents à risque sont identifiés. Un protocole « dénutrition » existe.

Une commission « menus » est organisée afin de recueillir l'opinion et la satisfaction des résidents concernant la prestation de restauration. Des professionnels de la résidence, de l'Unité Centrale de Production et des services économiques prennent part aux échanges avec les résidents.

Cette commission est en relation avec le CLAN du CHSA.
Des repas à thèmes sont planifiés en collaboration avec l'équipe d'animation.
L'association peut également participer pour la mise en œuvre de certains repas.

Les résidents à risque de déshydratation sont identifiés.
Des bouteilles d'eau sont distribuées chaque jour dans la chambre des résidents.
Des boissons sont proposées à différents moments de la journée.
En cas de besoin, des perfusions sous-cutanées peuvent être posées sur prescription médicale.

Un protocole de prévention de la déshydratation est formalisé.
Le plan bleu prévoit également des mesures spécifiques en cas de déclenchement.

En cas de troubles de la déglutition, différentes solutions sont mises en place afin de garantir un apport alimentaire et hydrique adapté à chaque résident concerné.
Le recours à un orthophoniste peut être envisagé.

Une réflexion est également menée concernant la forme galénique des traitements pris par le résident.

Point fort : *La fiche issue de DataMeal reprend toutes les informations concernant l'alimentation de chaque résident. Ceci permet de prévenir les risques d'inadaptation de régime, texture..., notamment en cas de remplacement ou d'agent nouvellement arrivé.*

Point fort : *Possibilité de réajuster les menus jusque 8 heures le jour même.*

Piste de progrès : *Prévoir la possibilité de collation la nuit (jeune nocturne de plus de 12h)*

Piste de progrès : *Développer le concept de finger food.*

Piste de progrès : *Revoir l'affichage des menus : agrandir le format*

Piste de progrès : *Fournir à la pharmacie, l'information concernant le broyage des médicaments.*

- Approche de la douleur

La douleur est prise en compte dans le cadre de l'accompagnement des résidents.
Des outils spécifiques, adaptés aux capacités de compréhension et d'expression des résidents sont à disposition des professionnels.
Toutefois, l'ensemble des professionnels n'utilise pas systématiquement les outils à disposition.
La retranscription des évaluations n'est pas exhaustive.

La convention avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs permet de soutenir les professionnels dans certaines prises en charges.

Les équipes et le médecin coordonnateur recherchent également des alternatives à la prise en charge médicamenteuse de la douleur. Ainsi, la recherche de l'installation la plus adaptée peut notamment être citée. De même que l'approche snoezelen.

Des formations sur le sujet sont proposées aux professionnels de la structure.

Piste de Progrès : *Tracer de manière exhaustive les évaluations de la douleur,*

Piste de Progrès : *Développer le recours aux outils d'évaluation les plus adaptés au profil du résident,*

Piste de Progrès : Développer les prises en charge non médicamenteuses,

- Gestion des escarres

Le risque d'escarre est objectivé par l'intermédiaire de l'échelle de Norton.
Les résidents à risque sont identifiés.
Un référent plaies a été nommé dernièrement.

Des protocoles relatifs à la prévention et au traitement des escarres sont à disposition des professionnels.
Du matériel préventif est également à disposition.
Une réflexion est menée quant à la pertinence de l'acquisition de matelas à air dynamique ou plutôt à un service de location.
En cas de nécessité, le médecin référent plaies du CHSA peut être sollicité.

Piste de Progrès : Systématiser l'utilisation des fiches de changement de position afin de tracer ceux-ci.

Piste de Progrès : Développer les formations sur le sujet. Le référent plaie peut être un vecteur important d'informations.

- Incontinence

La continence d'un résident est évaluée lors de son admission dans le cadre du document « Déroulement de la vie quotidienne », toutefois, un temps d'adaptation est laissé au nouveau résident.
Le type de protection le plus adapté est recherché afin de répondre à ses besoins.
Des « mises au WC » peuvent être planifiées dans le cadre du plan de soins.

Des changes sont réalisés à différents moments de la journée selon les besoins des résidents.

La société qui fournit le matériel d'incontinence propose également un accompagnement aux professionnels afin d'adapter au mieux le matériel au profil du résident. Des formations sont dispensées.

Un suivi des consommations est réalisé par la logistique.

Des référents ont été nommés et participent au groupe de travail du CHSA.

- Position relative à la contention physique et chimique

Le recours à la contention physique est limité.
Cette thématique a fait l'objet de travaux au sein de la résidence, ce qui a abouti à la création de différents supports :
- Fascicule « La mise en place d'une contention passive » à destination des résidents et/ou des familles,
- Algorithme décisionnel à la pose de contention dans lequel l'évaluation bénéfice-risque est retrouvée ainsi que la réévaluation de la pertinence de la contention.
- Prescription d'une contention passive,
- Surveillance de la contention,

En cas de nécessité, la mise en place d'une contention est réalisée sur prescription médicale et fait l'objet d'une réflexion bénéfices-risques en équipe pluri professionnelle.
Le matériel à disposition des professionnels est constitué de barrières, pyjadraps, ceintures pour la mise au fauteuil.

Un audit a été réalisé sur le sujet.

En ce qui concerne la contention chimique, une étude de pertinence des traitements a été réalisée par le médecin coordonnateur en collaboration avec ses collègues libéraux afin de limiter les prescriptions de certaines classes médicamenteuses.

En ce sens, un travail sur les neuroleptiques a été engagé par le médecin coordonnateur en collaboration avec le géronto-psychiatre qui intervient dans la structure une fois par mois.

Les résidents à risque de fugue sont identifiés au niveau du planning mural.

Une fiche spécifique de surveillance horaire a été conçue afin de tracer la présence du résident.

Un protocole « sortie non signalée » est formalisée.

Afin de faciliter les recherches en cas de sortie à l'insu du service, la description de la tenue vestimentaire de chaque résident à risque est spécifiée sur ce document et transmis à l'oral. De même, un itinéraire de vie reprenant les lieux où les résidents avaient l'habitude de se rendre est rédigé afin de faciliter et d'orienter les recherches le cas échéant.

Les différents accès de la résidence sont sécurisés par des digicodes ou ouverture par badge, à la demande de l'ARS.

Point fort : Peu de recours à la contention.

Piste de Progrès : Suivre un indicateur quant à la contention.

Piste de Progrès : Réaliser les études de pertinence sous format EPP. Lien possible avec le DPC.

Piste de Progrès : Réfléchir quant à mise en œuvre d'un dispositif « anti-fugue » permettant de ne pas fermer en permanence les accès afin de garantir la liberté d'aller et venir des résidents qui ne sont pas à risque.

- Accompagnement fin de vie

Les professionnels de la résidence réalisent l'accompagnement des résidents en fin de vie en tenant compte de la douleur physique et de la souffrance psychologique.

La famille est également prise en compte dans ces situations. Un soutien leur est proposé.

Les souhaits relatifs à la fin de vie sont notés dans le dossier du résident s'ils sont connus.

Une convention avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du centre hospitalier d'Avesnes sur Helpe a été établie. L'EMSP intervient dans l'établissement à la demande de tout professionnel de santé de la structure.

Un support de demande de passage est formalisé.

Des protocoles sont en cours de formalisation.

La chambre d'hôtes aménagée dans la résidence peut également être mise à disposition des familles, gratuitement, dans le cadre de la fin de vie de leur parent.

Ceci facilite l'accompagnement du résident par ses proches.

Des formations sur le thème sont inscrites au plan de formation.

Point fort : Convention avec EMSP.

Point fort : Réunion pluri-professionnelle en cas de problème relatif à l'accompagnement d'un résident.

Piste de Progrès : Développer l'approche snoezelen et acquérir un dispositif mobile afin de pouvoir en faire bénéficier les résidents qui ne savent plus se déplacer.

Piste de Progrès : Veiller à la mise à jour des directives anticipées.

- Animation

Le projet d'animation, présent au niveau du projet d'établissement, laisse une part importante à l'ouverture sur le monde extérieur.

Afin de mettre en œuvre ce projet, deux animateurs sont présents au sein de la structure.

Une collaboration avec le service communication du CHSA permet d'assurer un relais auprès de la presse afin de valoriser ce qui est mis en œuvre au sein de la structure et de réaliser des supports relatifs aux grands événements.

Le programme d'animation est affiché en différents endroits de l'établissement.

Des animations thématiques accompagnées d'un repas décliné sur le thème sont proposés une fois par mois.

Les anniversaires sont fêtés une fois par mois.

De grosses animations ouvertes sur l'extérieur sont proposées plusieurs fois dans l'année (Brocante, fête nationale, St Patrick, Halloween...). Les professionnels ainsi que les familles y sont conviés.

Un séjour est également proposé chaque année aux résidents qui le souhaitent.

Ainsi 10 résidents partent en gîte et sont accompagnés par du personnel de la résidence.

Les critères de « sélection » sont médicaux et financiers.

Un certain nombre de résidents (90) participe également au repas des aînés organisé par la municipalité.

Des liens intergénérationnels sont établies avec des lycées, école maternelle, centre social, enfants du personnel et familles.

Un espace dédié aux enfants a été aménagé au niveau de la salle d'animation.

Des animations flash, d'une durée de 20 minutes, vont prochainement être proposées par les personnels soignants au niveau des unités d'hébergement.

Pour cela, des classeurs comportant des fiches décrivant les différentes animations pouvant être proposées sont à disposition des professionnels dans les unités.

Une commission d'animation existe au sein de la structure. Elle permet aux résidents d'exprimer plus spécifiquement leurs souhaits, les animations à reproduire et celles à ne pas réitérer.

Le programme semestriel est revu à chaque commission.

Cette commission est récente puisqu'elle est en place depuis septembre 2014.

L'animateur participe aux réunions de synthèse afin d'enrichir le projet personnalisé du volet animation de l'accompagnement.

Une fiche spécifique est remplie par l'animateur en fin d'animation afin de colliger les informations relatives au vécu des résidents. Toutefois, celle-ci est collective et reprend des critères en lien avec les objectifs de l'animation.

Les critères d'évaluation ne sont pas objectivés et restent à la libre appréciation de la personne réalisant l'animation ce qui ne facilite pas le suivi des capacités de chaque résident.

La résidence adhère à l'association Gamma qui permet des échanges entre les EHPAD publiques du secteur en matière d'animation.

Ainsi, des échanges entre les animateurs sont réalisés et les résidents de chacun des établissements adhérant peuvent participer aux animations d'autres structures.

Des sorties peuvent également être réalisées de manière commune.

Une coiffeuse salariée (hors convention tripartite) coiffe les résidents dans un salon de coiffure qui a été aménagé au rez-de-chaussée de la résidence. Elle exerce également des missions logistiques (relai des maitresses de maison).

Cette prestation coiffure est totalement gratuite pour les résidents.

Une association « La moulinette » (loi 1901) a été créée au sein de la résidence.

Cette association contribue financièrement à la mise en œuvre de certaines grosses animations et propose une vente ambulante de produits chaque mois.

Les résidents peuvent ainsi acheter par l'intermédiaire d'une monnaie interne (épis) les produits proposés.

Des épis sont offerts chaque semestre aux résidents qui peuvent également en acheter afin de pouvoir acheter des produits d'une valeur plus importante.

Un bon de commande pour la marchandise est à disposition des résidents.

Des bénévoles interviennent également au sein de la résidence.

Afin de valider leur présence (sécurité incendie), les bénévoles ainsi que les stagiaires en animation signent une feuille d'émargement.

Lien avec l'association ciel bleu et un éducateur sportif pour certaines activités.

Point fort : *Des fiches sont établies pour chaque animation.*

Les objectifs, le profil des résidents auxquels l'animation est destinée ainsi que le matériel et la durée y sont spécifiés.

Point fort : *Présence de l'association qui propose la marchandise ambulante et permet la réalisation de certaines activités.*

Point fort : *Participation au réseau gamma afin d'échanger et de bénéficier de retours d'expérience en matière d'animation.*

Point fort : *Un certain nombre de grosses animations sont proposées aux résidents et à leur famille.*

Point fort : *Lien entre animation et projet personnalisé réalisé grâce à la présence de l'animateur aux réunions de synthèse.*

Point fort : *Journal interne : « les petits potins »*

Point Faible : *Absence d'animation le week-end, sauf événement calendaire.*

Point Faible : *Les transmissions relatives au ressenti, à la manière dont l'animation a été vécue par les résidents ne sont pas systématiquement portées à la connaissance de l'équipe.*

Point Faible : *Les supports sur lesquels les programmes sont affichés comportent une date qui n'est pas mise à jour, ce qui ne facilite pas le repérage temporel des résidents. Les mettre à jour quotidiennement ou les supprimer.*

Piste de Progrès : *Mettre en place les activités flash afin de palier notamment à l'absence d'animations le week-end.*

Piste de Progrès : *Revoir les modalités d'affichage du programme d'animation (police des caractères est petite, la hauteur n'est pas adaptée aux personnes à mobilité réduite).*

Piste de Progrès : *Individualiser les transmissions relatives aux animations et les intégrer dans le dossier de chaque résident.*

Piste de Progrès : *Clarifier les différents critères d'évaluation utilisés afin de faciliter leur utilisation par les différents professionnels notamment dans le cadre du développement des animations flash.*

- Prestations hôtelières

La prestation de restauration est assurée par l'Unité Centrale de Production du centre hospitalier de Maubeuge.

L'entretien des locaux et le traitement du linge sont des prestations sous-traitées.

L'entretien du linge plat est assuré par la blanchisserie inter hospitalière de Valenciennes.

Le linge plat est livré à la résidence le matin.

Le linge des résidents est pris en charge par l'ESAT du Val de Sambre.

Le linge des résidents est ramassé et redistribué trois fois par semaine par le sous-traitant et est rendu en chambre par les maitresses de maison à la même fréquence.

- décès

Le classeur trombinoscope reprend les dispositions prévues en cas de décès. L'information est donc à la disposition des professionnels en permanence.

Après un décès, les familles ont un délai d'une semaine pour débarrasser la chambre.

Les familles des résidents rencontrées souhaiteraient avoir l'information concernant les décès survenus dans la résidence.

Piste de Progrès : Repenser la communication relative aux décès.

Analyse / effets

L'établissement met à disposition des professionnels les ressources nécessaires à la réalisation de l'accompagnement des résidents.

Ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement et interactions avec le projet personnalisé

1 - Partenaires professionnels (contractualisation des partenariats)

Le rattachement de la résidence au CHSA lui permet d'avoir recours à différents services (soins, administratifs, techniques) et directions.

Un certain nombre de conventions et de partenariats ont été formalisées par l'établissement.

2 - Bénévoles

L'association « La moulinette » créée au sein de la résidence contribue à la réalisation d'un certain nombre d'activités (Cf. Animation).

Des bénévoles de l'association « Les blouses roses » ainsi que de l'aumônerie, interviennent également au sein de la résidence. Des conventions sont signées avec le CHSA.

Piste de Progrès : Faire signer une charte des bénévoles par chaque personne intervenant dans la résidence.

3 - Municipalité et représentants des cultes

Un lieu de culte est aménagé au rez-de-chaussée de la résidence.

Des offices y sont célébrés et des bénévoles proposent des chapelets.

Des liens entre la résidence et la municipalité ont été créés.

Ainsi, la résidence est sollicitée par la mairie pour participer à un certain nombre d'événements tels que les hivernales. La résidence va disposer un arbre des souhaits.

La municipalité prête également du matériel à la structure pour certains événements : brocante, bal populaire, marché de Noël...

La structure est également associée au conseil de quartier.

Un CLIC, adossé à un établissement privé est structuré sur le territoire.

Toutefois, la résidence du moulin n'est pas invitée et ne se voit pas adresser de résidents par cette structure.

Piste de Progrès : Revoir les modalités de collaboration et de participation au CLIC.

Analyse / effets

La proximité et les liens de la résidence avec le centre hospitalier de Sambre Avesnois ainsi que les partenariats et conventions établies permettent à la résidence du moulin d'être véritablement ouverte sur l'extérieur et est intégrée à son environnement.

Ceci permet de mettre œuvre l'accompagnement des résidents en toute cohérence avec leur projet de vie individualisé.

La démarche qualité

1 - Amélioration continue

Evaluation interne

L'évaluation interne a été organisée en avril 2013 de manière participative. Un comité de pilotage a été chargé de manager la démarche. Un séminaire de trois jours a été organisé.

Le référentiel utilisé est celui de la FHF. Celui-ci se compose de 6 axes:

- Garantie des droits individuels et collectifs ;
- Prévention des risques liés à la santé ;
- Maintien des capacités et accompagnement des situations de dépendance ;
- Personnalisation de l'accompagnement ;
- Accompagnement de la fin de vie ;
- Management, Politiques et Organisations.

Un plan d'actions riche a été établi. Par volonté de la Direction considérant que l'évaluation devait être portée collectivement, aucun responsable d'action n'a été désigné.

Trois réunions de suivi se sont déroulées.

La création du groupe de travail à l'occasion du séminaire a permis de lancer une dynamique en matière de démarche qualité.

Point fort : Référentiel adapté. Méthode participative

Traitement des FEI

En 2013, 237 FEI ont été ouvertes dont 200 concernant les chutes. Ces chiffres démontrent que l'EHPAD a la culture de l'enregistrement.

Les enregistrements se font sur informatique ; ils sont transmis à la Direction gestion des risques et au staff de l'EHPAD.

Point fort : culture de déclaration des événements indésirables.

Piste de Progrès : se doter d'un outil simple – tableau Excel – pour suivre la mise en œuvre des actions décidées suite aux FEI.

Autres dispositions pour l'amélioration continue

Des audits sont organisés par le CH sur les thèmes suivants :

- Hygiène des mains
- Contention
- Circuit du linge
- DARI
- Médicaments écrasés
- Restauration
- Collecteurs
- Pharmacie
- Chariots d'urgence

Les actions relatives à ces audits sont suivies avec rigueur.

Recueil et traitement des doléances

Comme précisé dans le livret d'accueil, un cahier des doléances est disponible à l'accueil.

Les réclamations se font également par courrier ou oralement. Dans ce dernier cas, elles sont enregistrées comme EI.

2 - Gestion documentaire

Une application QUALIWEB permet d'accéder à l'ensemble de la documentation interne mais les utilisateurs critiquent sa structuration...et ne l'utilisent pas ou très peu.

Des classeurs disposés dans les étages permettent aux salariés de retrouver toutes les procédures et protocoles utiles.

Les documents sont bien structurés et un circuit de validation/approbation rapide a été mis en place.

Les professionnels signent pour valider le fait qu'ils ont eu connaissance des documents mais l'appropriation n'est pas optimisée, en particulier pour les nouveaux arrivants qui ont de nombreux documents à assimiler.

Piste de Progrès : Repenser le progiciel QUALIWEB pour le rendre plus facile d'utilisation.

Piste de Progrès : Repenser l'appropriation des documents par les nouveaux salariés.

Piste de Progrès : Noter systématiquement la date de création et numéro de version sur l'ensemble des documents

3 – RBPP de l'ANESM

L'appropriation des RBPP est d'un très bon niveau : les cadres les connaissent très bien, les procédures y font référence et elles sont connues également de la plupart des professionnels.

Point fort : l'appropriation des RBPP

Analyse / effets

L'établissement a structuré sa démarche qualité depuis peu. Il n'a pas encore atteint la phase de maturité. Toutefois, l'équipe Managériale impulse une certaine dynamique qui a été retrouvée notamment dans le cadre de la réalisation de l'évaluation interne.

Droits et participation des résidents

1 - Droits, Expression des Résidents

Les droits des résidents sont rappelés à l'entrée dans la structure par le biais du livret d'accueil.

La liste des personnes qualifiées est affichée dans le hall d'entrée.

Une enquête de satisfaction a été réalisée en septembre 2014 et analysée par la cellule qualité. Cette enquête s'est faite « au lit du résident » par des professionnels qui rappelaient le respect de l'anonymat.

Le Conseil de Vie Sociale a été dernièrement structuré, conformément à la réglementation.

L'ordre du jour et les comptes rendus de réunions sont portés à la connaissance des participants.

Toutefois, l'ensemble des résidents ni des familles n'ont connaissance des retours et du suivi des demandes concernant le CVS.

Piste de Progrès : Revoir les modalités de communication avec les usagers et les familles. Un écran dynamique dans le hall est peut-être envisageable.

Piste de Progrès : Réaliser une enquête de satisfaction auprès des familles.

Piste de progrès : Dans l'analyse des enquêtes, distinguer les nouveaux entrants (moins de 6 mois) des autres.

Piste de Progrès : Dans les enquêtes, questionner sur le projet personnalisé.

2 - Participation des résidents (et de leurs familles)

Outre les CVS qui se déroulent conformément à la réglementation (3 réunions par an), des commissions « menus » sont organisées à raison de quatre par an. Dix personnes environ y assistent.

Une commission « animation » est lancée depuis septembre 2014. La périodicité prévue est de six semaines.

Analyse / effets

Les résidents sont informés de leurs droits fondamentaux. Ceux-ci semblent respectés au vu des dispositions prises.

Gestion des risques

1 - Organisation de la gestion des risques

Une politique qualité et gestion des risques est reprise au sein du projet d'établissement.

La gestion des risques est réalisée en collaboration avec les équipes du CHSA : la cellule de gestion de des risques, l'EOH pour le risque infectieux, la pharmacie pour les risques médicamenteux...

Les différents risques auxquels sont exposés les résidents sont identifiés.

Afin d'être suffisamment visuel, des pictogrammes sont apposés au niveau de la planification murale.

L'exposition aux risques est discutée lors des transmissions entre les équipes.

La culture de déclaration des événements indésirables remarquée dans la structure contribue à la gestion des risques.

Des actions correctives peuvent en effet devenir des actions préventives pour d'autres résidents.

Piste de Progrès : Développer l'utilisation des outils de la gestion des risques tels que les cartographies a priori afin de permettre aux professionnels d'être proactifs

2 – Maltraitance

Une procédure de signalement des situations de maltraitance a été rédigée.

Les professionnels rencontrés connaissent le circuit du signalement.

L'affiche spécifique maltraitance avec le numéro de téléphone à appeler est affichée dans les unités.

Afin de lutter contre la maltraitance, des actions en faveur de la promotion de la bientraitance sont engagées dans l'établissement.

Un comité bientraitance a été créé au sein de la résidence.

Des actions de formations relatives à la lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance sont proposées aux professionnels. L'humanité y est fortement développée.

Piste de Progrès : Développer les formations sur le sujet,

Piste de Progrès : Poursuivre les possibilités d'expression des professionnels en dehors du lien hiérarchique.

3 - Sécurité des bâtiments et des infrastructures

Les locaux dans lesquels des produits toxiques sont stockés sont systématiquement fermés à clef.

Les accès extérieurs de même que l'accès aux escaliers sont sécurisés par des digicodes ou badge.

Un système d'appel malade est à la disposition des résidents dans leur chambre.

Les professionnels sont équipés de bips ou de DECT sur lesquels s'effectue le report des sonnettes.

Piste de Progrès : Remplacer les bips par des DECT afin de faciliter la communication entre l'ensemble des professionnels,

4 - Sécurité dans les transports

Lorsqu'un transport est nécessaire dans le cadre de l'accompagnement d'un résident, la famille est sollicitée. Si la famille ne peut accompagner le résident, un membre du personnel est détaché. Si la planification des horaires ne permet pas de détacher un agent, le rendez-vous est reporté.

Ceci permet de sécuriser le transport et de transmettre plus aisément les informations aux professionnels consultants mais également le retour vers la structure.

5 - Sécurité alimentaire

L'acheminement des repas est réalisé en liaison froide de l'UCP du CHSA.

Des procédures de vérification des températures et de remise en chauffe par les professionnels de la résidence sont affichées dans les offices alimentaires et sont connues des professionnels.

L'agrément de la cuisine du CH date d'avril 2008. Le nombre et la nature des contrôles microbiologiques sont suffisants pour éviter toute dérive durable : les alertes (environ dix par an) donnent lieu à des actions correctives immédiates.

Analyse / effets

Des dispositions sont en place afin de maîtriser les risques auxquels les résidents sont exposés dans le cadre de leur accompagnement.

6 - Sécurité des soins

Dossiers de soins

Le dossier de soins est actuellement sous format papier.

La direction et l'encadrement de la structure n'ont pas souhaité déployer le logiciel choisi au niveau du CHSA dans la mesure où il ne leur semblait pas adapté à leur activité.

L'informatisation du dossier devrait intervenir au cours de l'année 2015.

Seule la prise en charge médicamenteuse est informatisée avec le même support que le CHSA.

L'ensemble des médecins intervenant dans la résidence bénéficient d'un accès au logiciel Sillage.

Le dossier de soins est partagé et accessible par les différents professionnels.

Une macro-cible d'entrée est rédigée à l'entrée du résident, des macro-cibles intermédiaires sont rédigées au cours de l'accompagnement.

Toutefois, des documents « pirates » servant d'aide –mémoire sont rédigés par les professionnels induisant des retranscriptions et pouvant générer des erreurs.

Certains supports sont redondants (surveillance des selles) pouvant également induire des erreurs liées à l'oubli de retranscription sur l'un des supports.

Les dossiers de soins des résidents hébergés sont « épurés » une à deux fois par an.

Certains documents sont alors archivés au sein de la résidence.

Les archives sont divisées en deux secteurs : mortes et vivantes.

Des classeurs sont à disposition des intervenants libéraux : un classeur pour les kinésithérapeutes, les pédicures.

Ceux-ci permettent aux professionnels de transcrire leurs transmissions et d'émarger leur présence.

Point fort : *Les supports papiers réalisés et notamment les fiches de transmissions ciblées constituent une force pour le paramétrage du futur dossier de soins informatisé.*

Point fort : *L'organisation du classement des archives permet de retrouver facilement les dossiers.*

Point fort : *Le classeur «trombinoscope » mis à disposition comporte la photo des résidents ainsi que les coordonnées des familles et les dispositions en cas de décès.*

Piste de Progrès : *Profiter de l'archivage de documents pour réaliser la réunion de synthèse relative au projet personnalisé et rédiger les macro-cibles intermédiaires.*

Piste de Progrès : *Donner aux médecins la possibilité de consulter les résultats de laboratoire à distance.*

Piste de Progrès : *Revoir la pertinence de certains éléments constitutifs du dossier de soins afin de supprimer la retranscription d'une même information sur plusieurs supports.*

Piste de Progrès : *Poursuivre l'appropriation par les aides-soignants du dossier de soins. Les intégrer dans le projet d'informatisation.*

Soins buccodentaires

Un cabinet dentaire est aménagé.

Un chirurgien-dentiste rattaché au centre hospitalier assure des vacations au sein de la résidence une fois par mois. Il est alors accompagné d'une assistante dentaire pour l'assister dans la réalisation des soins dentaires. En dehors de ces vacations, les résidents peuvent être reçus au centre hospitalier.

Point fort : *Prestation de soins dentaires au sein de la résidence, avec professionnels qualifiés et matériel adapté.*

Plan Bleu :

Le plan bleu rédigé ne prend pas en compte les nouvelles dispositions demandées par l'ARS.

Piste de Progrès : *Réactualiser le plan bleu selon les nouvelles dispositions demandées par l'ARS.*

Dossier de soins

Les prescriptions médicales sont réalisées par les médecins traitants sur le logiciel prévu à cet effet.

Afin qu'il n'y ait pas de rupture dans la prise en charge, le médecin coordonnateur vérifie chaque semaine si des prescriptions arrivent à échéance.

Si c'est le cas, il prolonge la prescription dans l'attente du passage du médecin traitant.

La délivrance des médicaments est réalisée par le Pharmacie à Usage Intérieur du CHSA.

Un temps de présence d'un préparateur en pharmacie sur site est en place afin de préparer les piluliers des résidents.

Une dotation d'urgence permet la mise en place de certains traitements en dehors des heures d'ouverture de la PUI du CHSA.

La composition a été validée par le médecin coordonnateur.

L'administration des médicaments est réalisée par les IDE.

Toutefois, certains professionnels préparent les traitements avant de réaliser le tour d'administration : les médicaments sont déblistérés, les gouttes sont préparées à l'avance.
Des retranscriptions de prescriptions sont effectuées sur des godets positionnés sur un plateau.
Cette méthode, qui ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles en la matière, est génératrice d'erreurs d'administration.
La traçabilité de l'administration ou de la non-administration des médicaments est retrouvée sur le support informatique.
Cette traçabilité est réalisée de manière extemporanée sauf pour le rez-de-chaussée dans la mesure où le chariot de cette unité n'est pas équipé de matériel informatique.

Les dates d'ouverture et dates limite d'utilisation ne sont pas systématiquement retrouvées sur les flacons multi-doses.

Point fort : *Mise à disposition de temps préparateur en pharmacie afin de réaliser la préparation des médicaments.*

Point fort : *Un classeur comportant l'ensemble des prescriptions permet aux IDE se pouvoir administrer les médicaments en cas de dysfonctionnement du logiciel.*

Points faibles : *retranscription de prescriptions par les IDE liées à la méthode de préparation des médicaments de certains professionnels.*

Piste de Progrès : *Equiper le chariot de médicaments du rez-de-chaussée d'un ordinateur permettant aux IDE de réaliser l'administration des médicaments des médicaments en toute sécurité et de réaliser la traçabilité de l'administration ou de la non-administration de façon extemporanée.*

Piste de Progrès : *Ne pas remettre les médicaments dans des gobelets mais les administrer directement après vérification. Préparer les gouttes et déblistérer les médicaments au moment de leur administration.*

8 - Troubles du comportement

Les troubles du comportement sont gérés au sein de l'équipe.
Une recherche du ou des élément(s) déclencheurs est réalisée afin de pouvoir mettre en place des actions correctives.
Le résident est alors isolé du reste du groupe afin de ne pas faire exploser la situation et les professionnels tentent d'apaiser la situation.
Le plan de table peut être revu.

En cas de refus de soins, différentes alternatives sont mises en place : relais par un autre soignant, report du soin.
En cas de problème persistant, le médecin traitant du résident peut être appelé afin de réévaluer le traitement. Le médecin coordonnateur peut également être interpellé.

Le géronto-psychiatre du centre hospitalier passe une fois par mois. Il aide les professionnels en place afin de prendre en charge ce type de résidents.
De même, un accompagnement par un psychologue et/ou un IDE de secteur psychiatrique peut être mis en place.

Un accompagnement de type de snoezelen peut être réalisé.

Bien que peu utilisée dans l'établissement, le recours à la contention physique ou chimique est mise en œuvre sur prescription médicale.

Afin d'aider les professionnels à affronter ce type de situations, une supervision des équipes par un psychologue, sans présence de supérieur hiérarchique est proposée.

Point fort : *Echange sur les troubles du comportement en équipe pluri-professionnelle lors de transmissions.*

Piste de Progrès : *Systématiser la réalisation de transmissions en cas de trouble du comportement et tracer les actions mises en œuvre.*

Piste de Progrès *Systématiser la traçabilité des informations délivrées aux familles afin d'avoir un discours unanime.*

9 – Chute

En cas de chute, une fiche d'analyse de chute ainsi qu'une fiche de signalement des événements indésirables sont établies par les professionnels.

Une cible est ouverte dans le dossier de soins. Des feuilles de transmissions spécifiques à certaines cibles sont préétablies. Certaines concernent la chute et le risque de chute.

Les résidents à risque de chute sont identifiés au niveau de la planification murale présente au 1^{er} et 2^{ème} étage. La planification des résidents du rez-de-chaussée est regroupée avec celle du premier étage.

Une analyse pluri-professionnelle des chutes peut être réalisée sous l'impulsion du médecin coordonnateur, en cas d'absence du médecin traitant.

Cette analyse peut induire une recherche de dénutrition. Des analyses biologiques peuvent être réalisées en ce sens.

Des compléments alimentaires peuvent être administrés sur prescription médicale, si besoin.

Point fort : *Identification des résidents à risque à l'aide d'un pictogramme positionné sur la planification murale.*

Piste de Progrès : *Réactiver l'organisation concernant l'analyse globale des chutes.*

10 – Urgences

Un chariot d'urgence existe au sein de la résidence.

Il est placé au rez-de-chaussée, dans le cabinet dentaire.

Les internes en poste au CHSA peuvent être amenés à se déplacer pour voir un résident sur place.

En cas de transfert, un Dossier de Liaison est établi. Celui est pré-rempli, validé par les médecins et placé dans le dossier du résident.

Il n'y a pas d'organisation définie concernant la mise à jour des DLU.

La fiche de traitement est imprimée juste avant le transfert.

Une fiche de liaison de soins infirmiers est complétée avant le transfert.

Piste de Progrès : *Formaliser la mise à jour des DLU afin de garantir aux professionnels qui vont prendre en charge le résident, d'avoir des informations à jour.*

.

11 - Hygiène / Risque infectieux

En cas de présence d'un résident porteur d'une Bactérie Multi Résistante (BMR), un portique comportant le matériel nécessaire est disposé devant la porte de la chambre.

Une collaboration est effective entre la résidence et l'Equipe Opérationnelle en Hygiène du centre hospitalier. Le Document d'Analyse du Risque Infectieux a d'ailleurs été réalisé en collaboration entre un groupe de travail pluri-professionnel de la résidence et l'EOH qui participe également à certains audits réalisés dans la résidence.

Les formations réalisées par l'EOH au niveau du centre hospitalier sont ouvertes aux personnels de l'EHPAD. Des formations sur le thème de l'hygiène, sont également organisées au sein de la résidence. Une IDE référente en hygiène au niveau de la résidence participe aux réunions organisées par l'EOH au niveau du CHSA.

Les comptes rendus de réunions sont diffusés au référent qui transmet les informations aux professionnels de la résidence lors des réunions de service.

La documentation qualité relative à l'hygiène est validée par l'EOH.

Des circuits propre/sale ont été définis.

Un tri des déchets est réalisé à la source :

- Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux,
- Ordures ménagères,
- Verre.

Un compacteur est présent sur le site.

En cas d'épidémie ou de tout autre problème relatif au risque infectieux, l'EOH vient apporter son expertise aux professionnels.

En période d'épidémie (gastro. Par exemple), les résidents peuvent être mis à contribution dans la gestion de la crise. Lors des animations, des actions de sensibilisations sont réalisées (ex : hygiène des mains).

La vaccination des résidents est assurée sur prescription médicale par le personnel de la résidence.

Les professionnels peuvent être vaccinés par le service de médecine du travail.

La prestation ménage, réalisée du lundi au samedi est externalisée.

Un responsable bio-nettoyage est présent sur le CHSA et réalise des contrôles qualité de ces prestations avec le responsable du sous-traitant.

Les nouveaux agents sont formés par le sous-traitant lui-même.

Point fort : collaboration avec l'EOH du CHSA. Soutien par un infectiologue.

Piste de progrès : Mettre en place un tableau de bord afin d'optimiser de suivi des actions d'amélioration prévues dans le DARI. Provoquer des réunions avec l'EOH à périodicité définie afin de suivre ces actions et de mettre à jour le DARI.

Piste de progrès : Nommer un référent hygiène au sein de l'équipe aide-soignante.

Piste de progrès : Diffuser les informations nécessaires aux agents réalisant la prestation ménage (résultats d'audit, protocoles....)

Piste de progrès : Demander à un agent de l'EOH, de participer aux formations réalisées par le prestataire assurant l'entretien des locaux afin de valider la conformité des informations diffusées et prévenir les dysfonctionnements.

Piste de progrès : Renforcer la traçabilité de l'entretien des locaux ainsi que des équipements ainsi que des relevés de température.

- Sécurité du linge

L'entretien du linge est externalisé.

Le linge plat est traité par la blanchisserie inter-hospitalière de Valenciennes qui est engagée dans la démarche RABC. Le linge plat est livré filmé à la résidence.

Des dotations de linge sont établies pour chaque étage de la résidence. Une lingerie est organisée dans chaque unité de la résidence.

Un audit linge a été réalisé.

Le linge des résidents est pris en charge par l'ESAT du Val de Sambre.

Le linge des résidents est ramassé et redistribué trois fois par semaine par le sous-traitant et est rendu en chambre par les maitresses de maison à la même fréquence.

12 - Gestion des conflits et comportements violents

En cas de difficultés avec un résident, l'équipe de la résidence tente d'apaiser la situation et cherche à comprendre les raisons du comportement.

En cas de besoin, le médecin coordonnateur et/ou les médecins libéraux peuvent faire appel au réseau de gériatrie qui est structuré sur le territoire de la résidence.

Ainsi, une évaluation peut être envisagée au niveau du service de l'unité cognitivo-comportementale du centre hospitalier de Haumont, l'Equipe Mobile en Gériatrie peut être sollicitée pour intervenir sur place de même que le psycho-gériatre ou un psychiatre.

Point fort : Réseau gériatrique structuré.

Piste de progrès : Liens formalisés avec de multiples professionnels et structures.

13 - Protection des données à caractère personnel ou secret

L'accès au logiciel relatif à la prise en charge médicamenteuse est sécurisé par un user et mot de passe. Les droits sont ouverts selon le métier.

Les dossiers des résidents sont positionnés dans des armoires placées dans des locaux sécurisés. Les dossiers archivés sont également positionnés dans un local sécurisé.

Point faible : Des dossiers ou autres supports sont parfois laissés dans le couloir sans surveillance

Piste de progrès : Ne pas laisser de documents à la portée des résidents et visiteurs

Analyse / effets

Des actions et dispositions sont mises en place afin de garantir la sécurité des soins dispensés aux résidents dans le cadre de leur accompagnement.

Des ajustements peuvent encore être réalisés sur certains aspects.

Bientraitance

1 - Soutenir les professionnels vers / dans leurs démarches de bientraitance

Un comité de bientraitance a été institué. Cinq réunions se sont déroulées sur ce thème.

Les notions relatives à l'approche par l'humanité y sont largement abordées.

Quelques familles rencontrées estiment que le nombre de personnel soignants étant à leurs yeux insuffisants, les prestations ne sont pas toujours au niveau attendu.

Point fort : la prise en compte de la bientraitance et le nombre de réunions sur ce thème.

Piste de Progrès : intégrer des résidents et des familles dans le comité bientraitance.

Piste de progrès : utiliser l'outil MOBQUAL relatif à la bientraitance et la prévention de la maltraitance.

2 - Garantir un cadre stable et "sécurisant" pour le résident et les professionnels

Les résidents interrogés en réunion s'estiment totalement en sécurité dans l'établissement.

Le fait de faire tourner les équipes peut être déstabilisant pour des résidents en quête de repères mais le bénéfice/risque a été analysé.

Les résidents ont la possibilité de se rendre dans le jardin extérieur de la résidence qui est sécurisé.

Pour cela, des portes sont ouvertes selon des tranches horaires variables selon la saison.

Un tour dit de sécurité, est réalisé chaque soir (17h55) par les agents afin de s'assurer que les résidents ne sont plus à l'extérieur.

Piste de Progrès : Revoir l'heure limite pour la période estivale

Analyse / effets

La structure fait des efforts pour travailler sur les conditions nécessaires à la bientraitance. Quelques familles interrogées estiment que ces conditions ne sont pas requises du fait d'un manque de personnel qui se traduit parfois par du nursing insuffisant. Il est à noter que l'établissement respecte la convention tripartite et les effectifs autorisés dans ce cadre.

Infrastructures et équipements

1 - Adéquation des locaux par rapport à la population accueillie

Les locaux sont adaptés à la population accueillie : les chambres (20m²) sont toutes équipées de fluide, d'une douche et d'appels malades.

Les chambres sont refaites après la sortie du résident, avant d'accueillir un nouvel usager.

Nous avons noté la mise à disposition d'une salle snoezelen, d'un espace de jeux pour les petits visiteurs, une chambre d'hôte pour accueillir des familles dans un certain confort, d'un salon de coiffure,...

Les communs sont sécurisés.

Des petits salons sont mis à la disposition des résidents et de leur famille en différents endroits de la structure. Toutefois, tous ne sont pas véritablement exploités.

L'ensemble des locaux techniques est sécurisé.

Piste de progrès : Revoir la signalétique extérieure de la résidence (accessibilité)

2 - Adéquation des équipements par rapport à la population accueillie.

Outre ce qui est évoqué ci-dessus, nous noterons que le mobilier des chambres est proposé mais pas imposé. Il est possible d'utiliser des lits Alzheimer si nécessaire.

Les résidents ont la possibilité de personnaliser leur chambre en amenant des éléments décoratifs, des meubles... Seul le four à micro-ondes n'est pas autorisé.

Pour cela, les familles peuvent amener du mobilier, des objets décoratifs... quelques jours avant l'admission. Le personnel technique de la résidence se charge alors de percer les murs le cas échéant.

Les chambres n'étant pas équipées de frigo, la famille a également la possibilité d'en amener un. Son entretien et la vérification du contenu sont alors à la charge de la famille.

Un inventaire des biens à l'arrivée du résident est réalisé en présence du résident et de sa famille.

Le document est signé par les professionnels, le résident et/ou sa famille.

Le même support est utilisé pour la restitution des biens lors du départ du résident.

Le support d'inventaire ainsi que la procédure qui l'accompagne ont été revus en groupe de travail.

Les résidents ont la possibilité d'avoir la clé de leur chambre.

Celle-ci peut leur être remise après évaluation des capacités du résident par l'équipe, quelques jours après son admission.

Si le résident souhaite avoir une ligne téléphonique, les démarches auprès de l'opérateur sont à sa charge.

Un coffre présent dans la résidence permet de recueillir certains objets de valeur des résidents.

Un registre des dépôts et retours est tenu à jour.

Deux personnes sont systématiquement présentes lors de ces opérations.

Un tableau blanc est disposé dans chaque chambre afin de faciliter la communication entre les familles et les équipes.

Piste de progrès : Revoir la signalétique interne de la résidence

Piste de progrès : Faire signer une décharge au résident ou à sa famille concernant l'entretien et la vérification du frigo.

3 - Maintenance des équipements et installations

La maintenance est de la responsabilité des services techniques du Centre Hospitalier.

Celle-ci est gérée par informatique.

Concernant les dispositions prises dans le cadre des risques incendie, l'EHPAD a la chance de pouvoir disposer des moyens techniques et humains du Centre Hospitalier et que ceux-ci sont sensiblement plus importants que ceux rencontrés dans les EHPAD autonomes : équipes professionnelles dont certains sont pompiers volontaires, disponibilité, proximité, compétence.

Piste de progrès : la structure du registre de sécurité n'est pas optimisée : il n'est pas aisé de vérifier rapidement que les interventions des organismes de contrôle ont été réalisées aux périodicités prévues réglementairement.

4 - Systèmes d'information

Les bases de données informatiques sont stockées dans deux bases situées dans deux salles différentes. Les données liées aux prescriptions sont sauvegardées quotidiennement dans un robot pourvu de 26 disques durs. Il est possible de revenir 30 jours en arrière.

Le changement de login se fait automatiquement tous les 40 jours.

La messagerie est propre au Centre Hospitalier, ce qui limite les risques de virus.

Analyse / effets

Les résidents disposent de locaux adaptés et leur sécurité est largement prise en compte grâce en particulier aux moyens du Centre Hospitalier.

SYNTHESE DES ACTIONS PRECONISEES

ACTIONS PRECONISEES	PRIORITE
<i>Se doter d'un tableau de bord qui reprenne l'ensemble des processus en déterminant les indicateurs d'efficacité et la périodicité de leur analyse. Ce tableau de bord doit être régulièrement examiné au cours d'une réunion COPIL ou CODIR.</i>	Priorité 1
<i>Pour chacune des actions reprises au sein de ce tableau de bord, les pilotes et les échéances sont à déterminer.</i>	Priorité 1
<i>Faire participer activement les résidents et les familles au prochain projet d'établissement (et non seulement à postériori).</i>	Priorité 2
<i>Revoir les délais de programmation des formations incendie pour les nouveaux arrivants.</i>	Priorité 1
<i>Etablir une liste des principaux documents qualité dont les nouveaux agents doivent prendre connaissance rapidement.</i>	Priorité 2
<i>Au niveau des fiches de poste, intégrer les EPI à porter.</i>	Priorité 3
<i>Se doter d'indicateurs ressources humaines</i>	Priorité 2
<i>Négocier avec les financeurs l'embauche d'un psychologue, autant pour les résidents que pour le personnel. (si possible au-delà du 0,2 accordé dans la convention tripartite)</i>	Priorité 1
<i>Développer encore la formation Santé et Sécurité au Travail</i>	Priorité 2
<i>Communiquer sur le DUERP</i>	Priorité 2
<i>Lister les relances réalisées auprès des prospects sur le fichier afin de n'avoir qu'un seul outil.</i>	Priorité 3
<i>Mener auprès du personnel des enquêtes de satisfaction en se faisant aider par un cabinet spécialisé.</i>	Priorité 1
<i>Notifier les motifs de refus d'admission par les personnes inscrites afin de les analyser et de rester attractif face à la concurrence sur le territoire.</i>	Priorité 2
<i>Lorsqu'une nouvelle version d'un document est réalisée (contrat de séjour, règlement de fonctionnement), en remettre un exemplaire aux résidents concernés et conserver un exemplaire signé.</i>	Priorité 3
<i>Finaliser l'ensemble des projets de vie individualisés.</i>	Priorité 1
<i>Communiquer auprès des résidents, des familles et des professionnels concernant le rôle des référents.</i>	Priorité 2
<i>Noter toutes les demandes – même les irréalisables -. Reprendre les actions sur un tableur</i>	Priorité 1

<i>et prévoir de vérifier leur mise en œuvre régulièrement.</i>	
<i>Utiliser uniquement les supports officiels de transmissions Ne pas retranscrire des informations sur de multiples supports.</i>	Priorité 1
<i>Prévoir la possibilité de collation la nuit (jeune nocturne de plus de 12h)</i>	Priorité 2
<i>Développer le concept de finger food.</i>	Priorité 3
<i>Revoir l’affichage des menus : agrandir le format</i>	Priorité 3
<i>Fournir à la pharmacie, l’information concernant le broyage des médicaments.</i>	Priorité 1
<i>Tracer de manière exhaustive les évaluations de la douleur,</i>	Priorité 2
<i>Développer le recours aux outils d’évaluation les plus adaptés au profil du résident</i>	Priorité 2
<i>Développer les prises en charge non médicamenteuses</i>	Priorité 1
<i>Systématiser l’utilisation des fiches de changement de position afin de tracer ceux-ci.</i>	Priorité 2
<i>Développer les formations sur le thème des escarres. Le référent plaie peut être un vecteur important d’informations.</i>	Priorité 2
<i>Suivre un indicateur quant à la contention</i>	Priorité 2
<i>Réfléchir quant à mise en œuvre d’un dispositif « anti-fugue » permettant de ne pas fermer en permanence les accès afin de garantir la liberté d’aller et venir des résidents qui ne sont pas à risque (et ce malgré la sécurisation des accès demandée par l’ARS)</i>	Priorité 2
<i>Développer l’approche snoezelen et acquérir un dispositif mobile afin de pouvoir en faire bénéficier les résidents qui ne savent plus se déplacer.</i>	Priorité 2
<i>Veiller à la mise à jour des directives anticipées</i>	Priorité 2
<i>Mettre en place les activités flash afin de palier notamment à l’absence d’animations le week-end.</i>	Priorité 2
<i>Revoir les modalités d’affichage du programme d’animation (police des caractères est petite, la hauteur n’est pas adaptée aux personnes à mobilité réduite.</i>	Priorité 3
<i>Individualiser les transmissions relatives aux animations et les intégrer dans le dossier de chaque résident.</i>	Priorité 2
<i>Clarifier les différents critères d’évaluation utilisés afin de faciliter leur utilisation par les différents professionnels notamment dans le cadre du développement des animations flash.</i>	Priorité 3
<i>Repenser la communication relative aux décès.</i>	Priorité 2
<i>Faire signer une charte des bénévoles par chaque personne intervenant dans la résidence.</i>	Priorité 3
<i>Revoir les modalités de collaboration et de participation au CLIC.</i>	Priorité 3

<i>Se doter d'un outil simple – tableau Excel – pour suivre la mise en œuvre des actions décidées suite aux FEI.</i>	Priorité 1
<i>Repenser le progiciel QUALIWEB pour le rendre plus facile d'utilisation.</i>	Priorité 3
<i>Repenser l'appropriation des documents par les nouveaux salariés</i>	Priorité 1
<i>Noter systématiquement la date de création et numéro de version sur l'ensemble des documents</i>	Priorité 2
<i>Revoir les modalités de communication avec les usagers et les familles. Un écran dynamique dans le hall est peut-être envisageable.</i>	Priorité 2
<i>Réaliser une enquête de satisfaction auprès des familles.</i>	Priorité 1
<i>Dans l'analyse des enquêtes, distinguer les nouveaux entrants (moins de 6 mois) des autres.</i>	Priorité 2
<i>Dans les enquêtes, questionner sur le projet personnalisé.</i>	Priorité 2
<i>Développer l'utilisation des outils de la gestion des risques tels que les cartographies a priori afin de permettre aux professionnels d'être pro-actifs</i>	Priorité 2
<i>Remplacer les bips par des DECT afin de faciliter la communication entre l'ensemble des professionnels</i>	Priorité 2
<i>Profiter de l'archivage de documents pour réaliser la réunion de synthèse relative au projet personnalisé et rédiger les macro-cibles intermédiaires.</i>	Priorité 1
<i>Donner aux médecins la possibilité de consulter les résultats de laboratoire à distance.</i>	Priorité 1
<i>Revoir la pertinence de certains éléments constitutifs du dossier de soins afin de supprimer la retranscription d'une même information sur plusieurs supports.</i>	Priorité 1
<i>Poursuivre l'appropriation par les aides-soignants du dossier de soins. Les intégrer dans le projet d'informatisation.</i>	Priorité 1
<i>Réactualiser le plan bleu selon les nouvelles dispositions demandées par l'ARS.</i>	Priorité 2
<i>Equiper le chariot de médicaments du rez-de-chaussée d'un ordinateur permettant aux IDE de réaliser l'administration des médicaments des médicaments en toute sécurité et de réaliser la traçabilité de l'administration ou de la non-administration de façon extemporanée.</i>	Priorité 1
<i>Ne pas remettre les médicaments dans des gobelets mais les administrer directement après vérification. Préparer les gouttes et déblistérer les médicaments au moment de leur administration.</i>	Priorité 1
<i>Systématiser la réalisation de transmissions en cas de trouble du comportement et tracer les actions mises en œuvre.</i>	Priorité 1
<i>Systématiser la traçabilité des informations délivrées aux familles afin d'avoir un discours</i>	Priorité 2

unanime.	
<i>Réactiver l'organisation concernant l'analyse globale des chutes.</i>	Priorité 1
<i>Formaliser la mise à jour des DLU afin de garantir aux professionnels qui vont prendre en charge le résident, d'avoir des informations à jour.</i>	Priorité 1
<i>Mettre en place un tableau de bord afin d'optimiser de suivi des actions d'amélioration prévues dans le DARI. Provoquer des réunions avec l'EOH à périodicité définie afin de suivre ces actions et de mettre à jour le DARI.</i>	Priorité 1
<i>utiliser l'outil MOBQUAL relatif à la bientraitance et la prévention de la maltraitance.</i>	Priorité 1
<i>intégrer des résidents et des familles dans le comité bientraitance.</i>	Priorité 2
<i>Ne pas laisser de documents à la portée des résidents et visiteurs</i>	Priorité 2
<i>Renforcer la traçabilité de l'entretien des locaux ainsi que des équipements ainsi que des relevés de température.</i>	Priorité 2
<i>Demander à un agent de l'EOH, de participer aux formations réalisées par le prestataire assurant l'entretien des locaux afin de valider la conformité des informations diffusées et prévenir les dysfonctionnements.</i>	Priorité 2
<i>Nommer un référent hygiène au sein de l'équipe aide-soignante.</i>	Priorité 1
<i>Diffuser davantage d'informations aux agents réalisant la prestation ménage (résultats d'audit, protocoles....)</i>	Priorité 3
<i>Revoir l'heure limite d'accès au jardin pour la période estivale</i>	Priorité 3
<i>Revoir la structure du registre de sécurité qui n'est pas optimisée : il n'est pas aisé de vérifier rapidement que les interventions des organismes de contrôle ont été réalisées aux périodicités prévues réglementairement.</i>	Priorité 2
<i>Faire signer une décharge au résident ou à sa famille concernant l'entretien et la vérification du frigo.</i>	Priorité 3
<i>Revoir la signalétique interne de la résidence</i>	Priorité 2
<i>Revoir la signalétique extérieure de la résidence (accessibilité)</i>	Priorité 2

Cette synthèse est structurée selon le modèle de l'ANESM, laquelle précise dans son document du 4 Juin 2012 : « 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

Point 1 - La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS

- **Principales caractéristiques**

L'évaluation interne a été organisée en avril 2013 de manière participative.

Un plan d'actions riche a été établi. Par volonté de la Direction, aucun responsable d'action n'a été désigné, considérant que l'évaluation devait être portée collectivement.

- **Périmètre**

L'ensemble des processus de l'EHPAD

- **Axes évalués**

Le référentiel utilisé est celui de la FHF. Celui-ci se compose de 6 axes:

- Garantie des droits individuels et collectifs ;
- Prévention des risques liés à la santé ;
- Maintien des capacités et accompagnement des situations de dépendance ;
- Personnalisation de l'accompagnement ;
- Accompagnement de la fin de vie ;
- Management, Politiques et Organisations.

- **Méthode employée**

Un comité de pilotage a été chargé de manager la démarche. Un séminaire de trois jours a été organisé.

- **Modalités de participation des usagers**

Les usagers ont été informés pour avis du résultat de l'évaluation interne par le biais du CVS.

- **Données recueillies**

Un plan riche a été établi

- **Résultats et axes d'amélioration mis en œuvre**

Les nombreuses actions mises en œuvre depuis quelques mois sont toutes issues de cette démarche

- **Modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité**

Trois réunions de suivi se sont déroulées.

- **Effets observés**

Les effets observés sont ceux relatés dans ce rapport

L'appropriation des RBPP est d'un très bon niveau : les cadres les connaissent très bien, les procédures y font référence et elles sont connues également de la plupart des professionnels.

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

Point 3 - Le PEPS

Le Projet d'Etablissement 2013-2018 a été initialisé avec l'aide d'un cabinet extérieur qui a fait travailler les salariés en groupes. Les réflexions ont été reprises par un Comité (Direction plus cadre de santé et médecin coordonnateur) qui l'ont finalisé. Il a été validé par le CVS et le Conseil de Surveillance. Les représentants des familles et des résidents n'ont donc participé qu'à posteriori.

Les principaux thèmes évoqués sont :

- Le Projet de vie dont le Projet de vie individualisé (le Projet Personnalisé de fait)
- Le Projet de Soins
- La vie sociale et le projet d'animation
- L'hôtellerie et la logistique
- La politique qualité et la gestion des risques
- La gestion des ressources humaines
- La communication interne et externe.

Les objectifs généraux et opérationnels sont parfaitement déclinés.

Les principaux développements notés sont :

- Un UHR à court terme au niveau 1 (rdc)
- Un hébergement temporaire
- Un accueil de jour

Pour l'instant les modalités de suivi ne sont pas encore déterminées ; la direction attend les résultats des évaluations pour le faire globalement.

Note : la structure est suivie par l'ARS et un Compte-Rendu est fait tous les trois mois.

Point 4 - Adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention

Les évaluateurs estiment qu'un psychologue (au-delà du 0,2 autorisé dans la convention tripartite) est indispensable à la réalisation des missions d'un EHPAD.

Le personnel chargé du nursing semble également très chargé

Des familles se sont manifestées pour affirmer que le personnel soignant était en nombre trop insuffisant pour remplir correctement les tâches quotidiennes.

Le personnel en poste est celui prévu par la convention tripartite.

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

Huit ASH font fonction d'AS (contre 11 en 2012). La direction a pris des dispositions pour pallier autant que faire se peut cette situation « historique » (VAE, formation AS). Il n'apparaît pas cependant que la compétence des intéressées soit remise en cause.

Point 6 - Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences

Formation

Les entretiens annuels d'évaluation permettent de faire le point – entre autres choses – sur l'impact sur le travail des formations suivies ainsi que sur les formations souhaitables.

Au niveau du CH, 2.9 % de la masse salariale est consacrée à la formation des agents mais les chiffres relatifs spécifiquement à l'EHPAD ne sont pas disponibles.

Nous avons noté ces dernières années des formations :

- Habilitation électrique (pour que deux personnes l'aient au lieu d'une)
- AS (pour ASH souhaitant progresser)
- Soins gériatriques pour AS
- Plaies cicatrisation (intra)
- Escarres (intra)
- Douleur (intra)
- AFGSU
- Tutorat IDE
- Gineste Marescotti
- Animation et Alzheimer
- Snoezelen
- Manutentions
- Soins palliatifs

Ces formations sont toutes adaptées aux missions de l'établissement.

Réunions d'échange pluridisciplinaire

Les réunions sont les suivantes :

- Deux à trois réunions de coordination par an pour le staff (Direction, médecins coordonnateurs, cadre de santé, adjointe de direction, IDE référente)
- Une réunion de service par mois
- Des réunions « logistique » (cadre de santé et adjointe de direction)
- Des réunions « animations » (adjointe de Direction)
- Et surtout trois transmissions par jour

Point 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

Risques psychosociaux

Concernant les risques psychosociaux, un Projet Social est en cours de réflexion.

Des réunions de « régulation » sont organisées chaque mois par un psychologue de la médecine du travail sans que la direction ni les cadres soient présents. Rien ne transpire sauf en cas d'alerte. En cas de repérage, le Service de Santé au Travail est alerté et met à disposition un autre psychologue.

A noter qu'une enquête réalisée en 2012 au niveau du CH a révélé que 31% des salariés présentaient des risques psychosociaux.

Des formations « gestion du stress » ont été organisées il y a quelques années.

Concernant l'encadrement, des réunions de supervision spécifiques ont été également organisées.

Point 8 - Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant de

Caractériser le profil de la population accompagnée

Le dossier de soins est actuellement sous format papier.

La direction et l'encadrement de la structure n'ont pas souhaité déployer le logiciel choisi au niveau du CHSA dans la mesure où il ne leur semblait pas adapté à leur activité.

L'informatisation du dossier devrait intervenir au cours de l'année 2015.

Seule la prise en charge médicamenteuse est informatisée avec le même support que le CHSA.

L'ensemble des médecins intervenant dans la résidence bénéficient d'un accès au logiciel Sillage.

Le dossier de soins est partagé et accessible par les différents professionnels.

Une macro-cible d'entrée est rédigée à l'entrée du résident, des macro-cibles intermédiaires sont rédigées au cours de l'accompagnement.

- **Décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement**

Toutes les informations existent mais elles ne sont pas centralisées dans un tableau de bord managérial unique

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

Les évaluateurs n'ont pas identifié de discordance entre les objectifs déclinés dans les projet personnalisés et les objectifs précisés dans le Projet d'établissement.

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

Point 10 - Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire)

- **Niveau de formalisation**

Le rattachement de la résidence au CHSA lui permet d'avoir recours à différents services (soins, administratifs, techniques) et directions.

Un certain nombre de conventions et de partenariats ont été formalisées par l'établissement.

- **Natures et effets des partenariats développés**

L'association « La moulinette » créée au sein de la résidence contribue à la réalisation d'un certain nombre d'activités (Cf. Animation).

Des bénévoles de l'association « Les blouses roses » ainsi que de l'aumônerie, interviennent également au sein de la résidence. Des conventions sont signées avec le CHSA.

Un lieu de culte est aménagé au rez-de-chaussée de la résidence.

Des offices y sont célébrés et des bénévoles proposent des chapelets.

Des liens entre la résidence et la municipalité ont été créés.

Ainsi, la résidence est sollicitée par la mairie pour participer à un certain nombre d'événements tels que les hivernales. La résidence va disposer un arbre des souhaits.

La municipalité prête également du matériel à la structure pour certains événements : brocante, bal populaire, marché de Noël...

La structure est également associée au conseil de quartier.

Un CLIC, adossé à un établissement privé est structuré sur le territoire.

Toutefois, la résidence du moulin n'est pas invitée et ne se voit pas adresser de résidents par cette structure.

- **Modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement**

Voir ci-dessus

[Point 11 - La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS](#)

Voir point 18 pour ce qui concerne les familles.

A noter que les membres de l'Association La Moulinette, souvent présents, ont une excellente opinion de l'établissement.

[Point 12 - Coordination et intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne](#)

- **Les modalités de coordination et d'intégration des interventions**

Concernant l'aspect soins : afin de faciliter la communication avec les différents médecins intervenant dans la structure, un système de bannette est en place.

21 médecins traitants interviennent au sein de l'établissement ainsi que d'autres professionnels libéraux : kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures.

Le résident a le libre choix des professionnels libéraux.

Une commission de concertation en gériatrie a été organisée par le médecin coordonnateur.

Concernant l'animation : l'Association « la moulinette » a signé une convention relative au cadre de ses interventions ; elles peuvent être individuelles ou collectives selon les cas.

- **Les informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions**

A ce jour, seul le support papier est utilisé pour le Projet Personnalisé, ce qui ne facilite pas la communication.

[Point 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](#)

- **Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté:**

Voir point 10

- **Le caractère accueillant :**

Les locaux sont adaptés à la population accueillie : les chambres (20m²) sont toutes équipées de fluide, d'une douche et d'appels malades.

Les chambres sont refaites après la sortie du résident, avant d'accueillir un nouvel usager.

Un jardin/parc agréable permet de se détendre.

Un salon de coiffure gratuit est à disposition.

Plusieurs salons de différentes tailles sont disposés aux différents étages.

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

[Point 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](#)

Au bout d'un mois environ, le résident, le tuteur, la famille et le médecin traitant sont invités à se réunir pour construire le projet personnalisé. Les attentes des uns et des autres sont entendues ainsi que les besoins identifiés par l'équipe pluridisciplinaire. Aucun sujet n'est tabou : la mort, la vie sexuelle, ...

Un projet est alors formalisé.

A ce jour, une centaine ont été réalisés et 26 restent à faire.

Il est prévu de refaire une réunion tous les ans.

Le suivi des actions décidées dans le cadre du Projet Personnalisé est encore perfectible et nous n'avons pas le recul nécessaire pour apprécier son effectivité.

Point 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

Voir point précédant

Point 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

Une fiche « bilan d'adaptation » prévoit la révision anticipée du Projet Personnalisé. La périodicité « normale » est de un an.

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

Les résidents peuvent accéder sur simple demande à leur dossier. A part eux, seuls les tuteurs peuvent le faire.

Concernant le dossier médical, la décision appartient au médecin coordonnateur.

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

Deux réunions d'expression ont eu lieu sur ce thème.

- A la première participaient 9 représentants des familles et des résidents, membres élus du CVS et/ou bénévoles de l'association « La Moulinette », très présente dans l'établissement. Ils se sont dit globalement très satisfaits des prestations. « Les repas sont très variés et très corrects », « les commissions menu ont permis d'améliorer les choses par rapport à l'hôpital », « l'animation est assez variée », « nous apprécions les anniversaires », « on tire un coup de chapeau au personnel », « ils mettent tout leur cœur », « les chambres sont propres », « grosse amélioration au niveau du linge,...
- Les améliorations attendues sont au niveau de l'information en cas de décès, de l'affichage jugé insuffisant et de mauvaises odeurs au 3eme étage !
- Un groupe de trois familles a demandé à être reçu, supposant que les évaluateurs étaient de l'ARS. Le responsable d'évaluation a organisé une réunion imprévue et les a écoutées. Trois familles représentées par 6 personnes (dont deux résidentes dans l'incapacité de s'exprimer) ont d'abord loué l'investissement du personnel avant de citer quelques d'exemples qui démontraient d'après elles que le personnel n'était pas assez nombreux pour remplir sa mission de nursing.
- Le premier groupe reçu estime que la direction est réceptive et très réactive alors que le deuxième groupe est d'un avis contraire.

Point 19 - Expression collective des usagers et analyse de l'information

Les CVS se réunissent à raison de 3 réunions par an.

Une enquête de satisfaction a été organisée par la cellule qualité. Elle est en phase d'analyse.

Les enquêtes ont été réalisées au pied du lit des résidents en capacité de s'exprimer.

Les familles n'ont pas été interrogées en tant que telles mais ont parfois été amenées à répondre pour leurs parents quand elles étaient présentes.

Par ailleurs une commission « menu » se réunit quatre fois par an et 10 résidents environ y participent. Les résidents estiment que les repas se sont améliorés suite à ces réunions.

Le menu des fêtes est proposé aux résidents en capacité de choisir.

Depuis septembre 2014 une commission animation est lancée. Sa périodicité programmée est e 6 semaines.

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

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

Les droits des résidents sont précisés dès l'accueil dans les documents fournis, dans le livret d'accueil en particulier. La liste des personnes qualifiées par le Conseil Général est affichée dans le hall d'entrée. S'ils le souhaitent, les résidents disposent d'une clef de chambre.

Le personnel a pour consigne de fermer les portes pendant les soins et nous n'avons pas constaté de dérive au cours de l'évaluation.

Point 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

En 2013, 237 FEI ont été ouvertes dont 200 concernant les chutes. Ces chiffres démontrent que l'EHPAD a la culture de l'enregistrement.

Les enregistrements se font sur informatique ; ils sont transmis à la Direction gestion des risques et au staff de l'EHPAD.

Un cahier des doléances est à disposition à l'accueil (précisé dans le livret d'accueil).

Point 22 - Les principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS

Les principaux risques identifiés sont ceux classiquement rencontrés en EHPAD :

- Maltraitance
- Incendie
- Légionnelle
- Sécurité des soins
- Sécurité alimentaire
- Circuit du médicament
- Risques iatrogènes
- Chutes
- Risques infectieux
- Sécurité du linge
- dénutrition

L'établissement travaille au quotidien sur la prévention de la maltraitance et la bientraitance

Concernant la contention physique, à noter qu'elle est systématiquement prescrite par le médecin, surveillée, évaluée, limitée au maximum et revue dès que le personnel le demande, sinon lors des visites des médecins. Elle fait l'objet d'une prescription médicale, y compris pour les contentions de nuit (barrières de lit). Le bénéfice/risque est analysé lors de la prescription initiale.

Suite au drame vécu au sein de l'établissement, le risque de fugue est particulièrement appréhendé et les préconisations de l'ARS ont été mises en œuvre la porte d'entrée est par exemple dotée d'un digicode.

Objectif : 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.

1. La démarche d'évaluation interne *

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
- Méthodologie, axes évalués - Ressources - Participation des résidents - Richesse du plan d'amélioration - Suivi des résultats	Forces: référentiel adapté, méthode participative . Faiblesses : Aucune réelle faiblesse identifiée		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
- Communication des RBPP - Prise en compte dans les documents - Application des RBPP	Forces : Très bonne appropriation Faiblesse : Aucune réelle faiblesse identifiée		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
-Adéquation des objectifs par rapports aux besoins et aux missions -Dispositions de gestion et de suivi des objectifs et des actions -Participation des parties concernées à la rédaction du PE	Forces : objectifs opérationnels précis Faiblesse : Aucune réelle faiblesse identifiée mais des améliorations attendues		Piste de Progrès : se doter d'un tableau de bord qui reprenne l'ensemble des processus en déterminant les indicateurs d'efficacité et la périodicité de leur analyse. Ce tableau de bord doit être régulièrement examiné au cours d'une réunion COPIL ou CODIR. Piste de Progrès : faire participer activement les résidents et les familles au prochain projet d'établissement (et non seulement à postériori).

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
- Formalisation de partenariats identifiés ; objectifs - Opérations portes ouvertes et/ou sorties organisées - Relations avec la commune	Forces : mutualisation des moyens avec le CH Pratique du culte facilitée Faiblesses : néant		

5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
- Accueil et admission - interactions avec environnement familial et social - Mise en œuvre et suivi du projet personnalisé - Aides et soins spécifiques	Forces : Projets personnalisés réalisés sur le mode participatif avec toutes les parties intéressées Faiblesse : 26 projets n'ont pas été rédigés		Piste de Progrès : améliorer la structure des PP, enregistrer toutes les demandes Piste de Progrès : prendre des dispositions plus rassurantes pour assurer le suivi des actions

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
- Modalités d'expression (Groupes de paroles, CVS) - Participation au Projet Personnalisé, au Projet d'Etablissement, aux Evaluations Internes	Force : Les CVS, la commission « menu » dont les préconisations sont suivies d'effet Faiblesse : rapports tendus avec trois familles		Piste de Progrès : faire participer le maximum de familles et de résidents aux réunions de Projet d'établissement

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
-Application de la charte des droits et libertés -Recueil de la satisfaction - Maîtrise des dossiers et données personnelles - droit d'expression avec la direction ou la personne qualifiée - traitement des faits de maltraitance	Force : information sur les droits de la personne accueillie : affichage, documents Faiblesse : L'enquête de satisfaction est tardive et ne s'adresse pas aux familles		

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

Il apparaît que la structure a souffert pendant des années d'un manque de « cadrage » et que l'absence d'un directeur était pénalisante. Depuis 2012 un gros effort est réalisé pour donner au personnel un cadre managérial et des repères. Les objectifs sont clairs et semblent partagés par les personnes rencontrées.

Les conditions infrastructurelles et matérielles sont satisfaisantes et adaptées aux besoins des résidents.

Les ressources humaines prévues dans la convention tripartite ne semblent pas encore suffisantes, en particulier pour le nursing.

Important : les nombreuses pistes de progrès identifiées ne doivent pas être considérées comme négatives ; elles ont été identifiées avec les personnes interrogées et sont le reflet de la volonté de progrès que nous avons constatée.

9. Méthodologie de l'évaluation externe

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

Items	
-Préparation -Conduite des entretiens -Modalités de rencontre des résidents et des familles -Modalités de	Le responsable d'évaluation a rencontré la Directrice. Il a proposé un cadre d'intervention qui a été validé. Un planning d'intervention a été construit en accord avec la Direction pour perturber le moins possible le travail des équipes. Les évaluateurs ont participé aux transmissions du soir et échangé avec l'équipe de nuit. L'évaluation sur site s'est faite sous forme d'entretiens formels et informels et aussi d'observation avec les salariés, les résidents.

validation du rapport	Une réunion a été organisée avec les représentants des résidents et un salarié mais sans la Direction ni aucun membre de l'encadrement. Deux groupes de familles distincts ont été écoutés : le premier constitué des représentants élus au CVS ainsi que des membres d'une association de bénévoles souvent présents et la seconde, qui a demandé un entretien non programmé pour exprimer des doléances. La cuisine n'a pas été visitée mais les enregistrements nécessaires ont été transmis et analysés. Une synthèse à chaud a été présentée en réunion de clôture. Un projet de rapport est envoyé à la Direction qui peut proposer des corrections après l'avoir soumis à l'analyse des parties prenantes. Après échange entre le responsable d'évaluation et la Direction le rapport définitif est validé. La direction y note son commentaire sur le déroulement de l'évaluation. Le rapport est envoyé par l'établissement aux organismes financeurs.
-----------------------	--

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
L'évaluation s'est déroulée conformément aux règles de ce type d'intervention. Placée sous l'angle de l'échange et de la construction, l'évaluation a répondu aux attentes et a pris le caractère d'un outil de management sur lequel l'établissement va rebondir	Les conclusions sont conformes aux échanges, même s'il est difficile de repositionner l'ensemble des éléments dans leur contexte dans ce type de démarche formelle. Les pistes de progrès identifiées sont complémentaires au projet d'établissement et aux résultats de l'évaluation interne. Elles complètent notre démarche qualité.

ANALYSE DOCUMENTAIRE

VERIFICATION DES ATTENDUS

1 - Contrat de séjour

Exigence	Source	Oui	Non	Remarques
Il est établi avec la personne accueillie ou son représentant légal lors de l'admission	L311-4 CASF	X		
Il est remis au plus tard dans les quinze jours qui suivent l'admission.	D311 CASF	X		
Il est signé dans le mois qui suit l'admission par les deux parties	D311 CASF	X		
Toute modification est définie par avenant en associant la personne accueillie ou son représentant légal	D311 CASF	X		
Un avenant précise dans le délai maximum de six mois les objectifs et les prestations adaptées à la personne.	D311 CASF	X		Par le biais du projet personnalisé qui n'est pas un avenant
Chaque année, la définition des objectifs et des prestations est réactualisée.	D311 CASF	X		Prévu et initialisé
La définition avec l'usager ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge	D311 CASF	X		
La mention des prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat	D311 CASF	X		
La description des conditions de séjour et d'accueil	D311 CASF	X		
Selon la catégorie de prise en charge concernée, les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation, y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation	D311 CASF	X		
Pour les EHPAD, la mention de l'obligation, pour les professionnels de santé libéraux appelés à intervenir au sein de l'établissement, de conclure avec ce dernier le contrat prévu à l'article R. 313-30-1.	D311 CASF	X		
Lorsque la participation financière de l'usager est requise, une annexe à caractère indicatif et non contractuel relative aux tarifs généraux et aux conditions de facturation de chaque prestation. Cette annexe est mise à jour à chaque changement de tarification et au moins une fois par an.	D311 CASF	X		
Il prévoit les conditions et les modalités de sa résiliation ou de sa révision ou de la cessation des mesures qu'il contient.	D311 CASF	X		
Doit être conforme au modèle de contrat type défini par décret	L311-4 CASF Annexe 3-9 du CASF	X		

2 - Evaluation Charte des droits et libertés de la personne accueillie

Exigence	Source	Oui	Non	Remarques
Son contenu est conforme à l'annexe de l'arrêté	Arrêté du 8 septembre 2003	X		
Elle est remise à la personne accueillie ou, le cas échéant, à sa famille ou son tuteur, lors de son accueil, en même temps que le livret d'accueil auquel elle est annexée.	L311-4 CASF Arrêté du 8 septembre 2003	X		
Sa forme en permet sa compréhension par le public cible		X		
Les dispositions de l'article L. 313-24 relatives aux "traitement des agents ayant témoigné d'un mauvais traitement ou de privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements"	Arrêté du 8 septembre 2003	X		
Nota : Les dispositions des articles L. 116-1, L. 116-2, L. 311-3 et L. 313-24 sont affichées dans l'établissement ou le service.				
Lorsque la catégorie de prise en charge, d'accompagnement ou lorsque la situation de la personne le justifie (bénéficiaires de soins), les dispositions des articles L1110-1 du CSP relatif au "droit fondamental de protection de la santé" et L1110-5 du CSP relatif au "droit de recevoir les soins les plus appropriés"	Arrêté du 8 septembre 2003	X		

3 - Evaluation Règlement de fonctionnement

Exigence	Source	Oui	Non	Remarques
Il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et les devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service	Article L.311-7 du CASF	X		
Le CVS est consulté lors de l'élaboration du projet		X		
Il définit les droits des personnes accueillies		X		
Il définit les obligations et devoirs des personnes accueillies		X		
Il est arrêté par l'organisme gestionnaire				
les IRP sont consultés		X		
Il est revu tous les 5 ans		X		
Les périodicités de modification sont prévues		X		
Il est remis à la personne		X		
Il figure en annexe du livret d'accueil		X		
Il est affiché d'une manière visible dans la structure ou service		X		
Il est remis aux salariés				
Il est remis aux intervenants			X	
Il détaille les modalités d'association de la famille		X		
Il définit les modalités d'exercice des droits		X		
Il indique l'organisation des locaux		X		
Il indique les conditions d'accès		X		
Il indique les conditions d'utilisation		X		
Il précise les modalités relatives aux déplacements		X		
Il précise les mesures relatives à la sûreté des personnes		X		
Il précise les modalités relatives à la sûreté des biens		X		
Il prévoit les mesures à prendre en cas d'urgence		X		
Il prévoit les mesures à prendre en cas de situation exceptionnelle		X		
Il fixe les modalités de reprise des prestations si interrompues			X	
Il précise le respect des décisions de prise en charge		X		
Il précise le respect des rythmes de vie en collectivité		X		
Il précise les obligations concernant les règles d'hygiène		X		

Textes de référence :

- Article L.311-7 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L. 311-7 du CASF (JO n°269 du 21 novembre 2003)
- Recommandation de l'Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale « *Concilier la vie en collectivité et la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* »

4 - Evaluation Projet d'Etablissement

Exigence	Source	Oui	Non	Remarques
Pour chaque établissement social et médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que de ses modalités d'organisation et de fonctionnement	L 312-8 CASF	X		
Il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs,		X		
Il précise les modalités d'organisation et de fonctionnement de la structure		X		
Il met en cohérence et en compatibilité les divers projets pouvant exister au sein de l'établissement		X		
Projet de vie individualisé		X		
Projet de soins		X		
Projet architectural			X	Pas d'impact sur l'architecture prévu
Le projet caractérise le public accueilli et accompagné	Recommandation bonnes pratiques ANESM	X		
Il prévoit des tableaux de bord			X	Pas effectif
Il indique des objectifs à atteindre		X		
Il intègre les évolutions majeures du secteur		X		
Il est élaboré avec la participation active des parties prenantes, professionnels, usagers, partenaires, le cas échéant les bénévoles		X		Les usagers à postériori
Thématiques à traiter				
L'histoire		X		
Le projet de l'organisme gestionnaire et les valeurs		X		Le Centre Hospitalier
Les missions		X		
Les objectifs concrets à atteindre		X		
L'expression des usagers		X		
La participation des usagers		X		
Les relations avec l'entourage		X		
Les principes d'interactions auprès des personnes		X		
La nature de l'offre de service		X		
L'ouverture sur les ressources locales		X		
Les partenariats avec l'environnement sectoriel		X		
Les moyens mis en œuvre		X		

Textes de référence :

- Recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM : Elaboration, rédaction et animation du projet

5 - Evaluation Livret d'accueil

Exigence	Source	Oui	Non	Remarques
Il assure une présentation de la structure en établissant un état précis des lieux	L 311-4 CASF	X		
Il assure une présentation de la structure en établissant un inventaire rigoureux des prestations, accompagnement et interventions délivrés		X		
Il permet à l'usager de disposer d'une information objective sur la gamme de services mis à sa disposition		X		
Le livret d'accueil garantit l'exercice effectif des droits de la personne accueillie et prévient tout risque de maltraitance	Circulaire n° 2001-306 du juillet 2003 relative à la prévention des violences et des maltraitances dans les institutions sociales et médico-sociales	X		
Il est remis lors de l'accueil	Circulaire DGAS / SD 5 n° 2004 -138 du 24 mars 2004	X		
La charte des droits et libertés des personnes accueillies est annexée		X		
Il indique les voies et les moyens d'accès		X		
Il indique le nom du directeur		X		
Il indique le nom des responsables des différents sites		X		
Il indique le nom du président du conseil d'administration			X	
Il donne des informations sur les conditions de facturation		X		
Il indique l'organisation générale de l'établissement		X		
Organigramme		X		
Il informe des garanties souscrites en matière d'assurance contractées par l'établissement			X	
Il informe de la liste des personnes qualifiées et des modalités de leur saisine		X		
Il précise les principales formalités administratives d'admission		X		
Il précise les principales formalités administratives de prise en charge		X		
Il précise les possibilités et conditions d'accueil des proches		X		
Il précise les formes de participation		X		
Il précise les modalités de traitement des données			X	
Il informe du droit à s'opposer au recueil informatique			X	
Il évoque le secret médical		X		
Il précise les modalités de communication des données		X		
Il précise les modalités si contestation		X		
Il précise la faculté de choisir son médecin traitant		X		

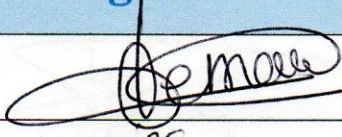
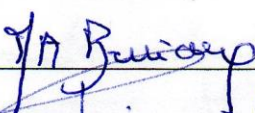
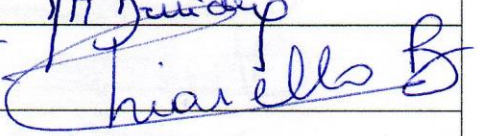
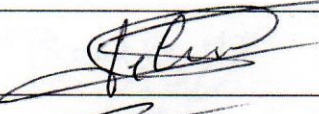
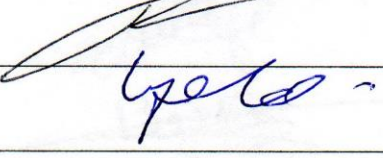
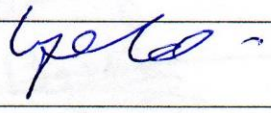
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Voir liste émargement ci-dessous

ERREVA

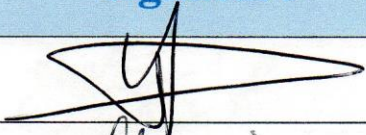
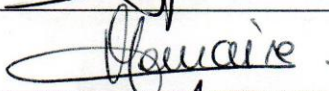
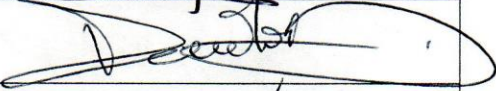
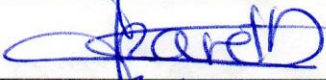
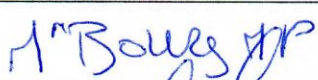
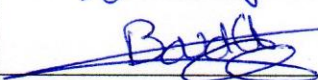
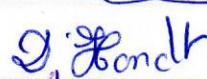
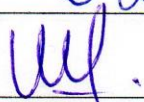
Etablissement CHPA D des Hauts MAUBERG

Date 27 novembre 2014

Nom Prénom	fonction	signature
Lemaire Blandine	AS	
PIRE Loëhia	AS	
Cherpin Pauline	n.d.r	
HARBONNIER Véronique	A.S.H.Q.	
DECOIX Clémence	IDE	
BERTRAND Maria Ando	IDE	
CHIARELLI Barbara	Cadre supérieur de santé CH JEUVENT Pilote Comité Bien-être EHAD Maison de l'oul	
Pelini Thierry	SSIA P3	
PAKSI GASTON	7 gènes	
GERBAUD Olivier	Ingénieur en chef	

Etablissement CHPAD du Roulin - MAUBERG

Date 26 novembre 2014

Nom Prénom	fonction	signature
Dausse Aurélie	Assistante de Dir	
Lemaire Véronique	Carole de santé	
MASCRET Annie	Dircter	
DEUDON Delphine	AS	
Berthoud Aurélien	Aminatun	
LENCLOS Valère	IDE Reforak	
GRAVET Marylène	IDE	
DECOURTRAY Catherine	AS	
Clercq Justine	AS	
Boues Pascale	AS	
Louafi Leila	AS	
Barda Ingrid	ASH	
D'Hondt Sandrine	AS	
Muoux Caroline	IDE	

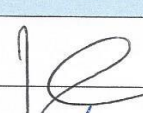
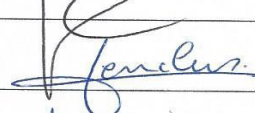
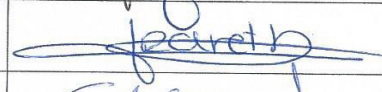
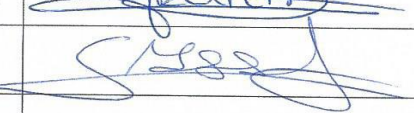
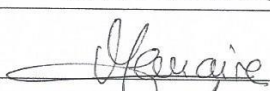
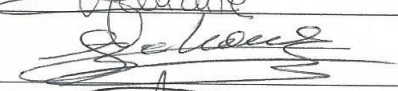
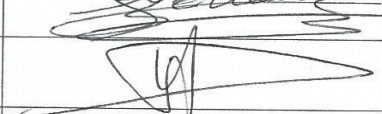
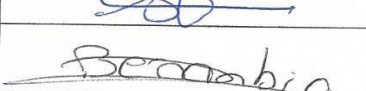
Etablissement

Date

Nom Prénom	fonction	signature
Bosch. Jovine	enfant: JPH. Lye	Bosch.
M ^{re} VAMECH > NOËL		fil
Delatthe Eliette	Fille	Delatthe
Halivieux Angeline	Fille ^{Mme} Boulogne	Halivieux
MEYS A-Danie	pour n ^m	MEYS
Legrand Roxane	Fille -	Legrand
Drouot Amella	relation fille	Drouot

Etablissement CH MAUBEUGE

Date 26/11/2014

Nom Prénom	fonction	signature
DORTAU Jacqueline	Pharmacien titulaire	
LECLUS Valérie	IDE titulaire	
GRAVET Marie-Pierre	IDE	
Gramant Alexandre	Aide soignant	
Coudert Clotilde	IDE	
Lemaire Veronique	Cadre de Santé	
Bechonnet Arnaud	Animateur	
Dausse Florentie	Ass. Dir.	
Logie Laurence	Secrétaire	
Rauweld Nathalie	Secrétaire	
Bernabio Rodin	IDE	
D'Bondt Sandrine	AS	