



RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

EHPAD François Mitterrand Hébergement temporaire et Accueil de jour

**1, avenue de la république
BP 68
03800 GANNAT**

Evaluateurs externes :

Joël DEFONTAINE : chef de mission

.....
N° d'habilitation ANESM : H-2012-07-985

Date d'envoi : 31 janvier 2015

PREAMBULE

Le présent rapport d'évaluation externe rend compte de la mission qui a été réalisée par « l'institut Saint Laurent » auprès de l'EHPAD François Mitterrand localisé à Gannat (03).

La mission s'est déroulée sur une amplitude de 4 mois, du 17 octobre 2014 date de la première réunion de travail au 31 janvier 2015, date de la restitution aux équipes.

L'évaluation externe s'est déroulée in situ du 27 au 31 octobre 2014.

Le rapport a été présenté sous forme de pré-rapport contradictoire à la direction de l'établissement. Il a été discuté et ajusté ensemble le 16 décembre 2014 avant le retour aux équipes.

Le rapport a été réalisé en référence au décret 2007-975 du 15 mai 2007 « fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux » et respecte le contenu de la circulaire 2011-398 du 21 octobre 2011. Il prend en compte également les recommandations de l'ANESM pouvant concerner les pratiques développées par chaque structure.

Le texte de ce rapport s'organise en IX parties. La première partie permettra de situer le cadre éthique dans lequel l'organisation et le management de l'EHPAD François Mitterrand empreint l'accueil de la personne âgée et l'adaptation de la structure à ses besoins pour l'accompagner au mieux jusqu'à la fin de sa vie. Les deuxième, troisième et quatrième parties seront axées sur la présentation de la démarche de l'évaluation externe (l'organisme évaluateur, les étapes, les références, les outils). La cinquième partie portera sur une présentation plus approfondie de la structure évaluée. Les sixième, septième, huitième et neuvième parties sur les résultats de l'évaluation externe conformément aux attendus de l'ANESM.

Tout au long de notre mission, Mme Perez-Chaze, responsable qualité de l'établissement de Gannat a été présente lors des rencontres et disponible pour favoriser de façon contradictoire les analyses et les interrogations à l'équipe et a permis une contextualisation adaptée de ce qui a été observé, analysé et diagnostiqué par nous.

Nous avons pu également compter sur la disponibilité de M. Verron, directeur de l'établissement avec qui nous faisons un point contradictoire régulièrement.

SOMMAIRE

Préambule

I)	Eléments de cadrage	p 4
II)	Présentation de l'évaluation externe	p 6
	<ul style="list-style-type: none">• Objectifs de l'évaluation externe• Références de l'organisme évaluateur• Les atouts de l'Institut St Laurent• Méthode et cadre déontologique• Les étapes de la démarche de l'évaluation externe	
III)	Descriptif de la procédure d'évaluation externe	p 12
	<ul style="list-style-type: none">• Référentiels utilisés lors de l'évaluation externe	
IV)	Recueils d'informations	p 14
	<ul style="list-style-type: none">• Les entretiens• Les documents utilisés pendant l'évaluation externe	
V)	Présentation de l'établissement	p 21
	<ol style="list-style-type: none">1. Présentation générale2. Identification de l'établissement et du directeur3. Présentation de la structure4. Informations administratives5. Caractéristiques de l'établissement6. Répartition par fonction	
VI)	Développements informatifs et résultats de l'analyse détaillée	p 27
	<ol style="list-style-type: none">1. L'appréciation globale2. Les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne3. Examen de certaines thématiques et registres spécifiques	
VII)	Propositions et/ou préconisations	p 37

VIII)	Synthèse de l'évaluation externe	p 38
	1. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou du service (PEPS), et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers	
	2. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	
	3. Personnalisation de l'accompagnement et participation individuelle et collective des usagers	
	4. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques de maltraitance institutionnelle ou individuelle	
IX)	Modèle d'abrégé du rapport de l'évaluation externe	p 45
	1. La démarche d'évaluation interne	
	2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'ESSMS	
	3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers.	
	4. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	
	5. Personnalisation de l'accompagnement	
	6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers	
	7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	
	8. Appréciation globale de l'évaluateur externe	
	9. Méthodologie de l'évaluation externe	
	10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe	

ANNEXES

I) ELEMENTS DE CADRAGE

Cette partie introductive présente de façon synthétique l'établissement ou service et le contexte

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes « François Mitterrand » est un établissement médico-social situé au centre-ville de Gannat, entre Vichy, Clermont-Ferrand et Moulins. La commune de Gannat compte environ 6 000 habitants dont un quart est âgé de plus de 60 ans.

Longtemps établissement hospitalier, il devient maison de retraite médicalisée en janvier 1996.

En octobre 2001, la maison de retraite devient un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

L'établissement comporte 215 lits d'hébergement permanent dont 27 réservés à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

A ceci s'ajoute 10 lits d'hébergement temporaire et 10 places d'accueil de jour.

Les valeurs sur lesquelles s'appuie l'établissement sont les suivantes :

- La recherche du consentement de la personne âgée avant son accueil à l'établissement :
- Le respect de l'identité du résident : son histoire, son autonomie, son expression, son intimité...
- Le bien-être en développant une qualité de présence et de disponibilité
- L'écoute et l'observation en se centrant sur les paroles et les comportements de la personne âgée...
- La relation en allant au devant du résident et de sa famille, en favorisant l'autonomie, en développant le partenariat avec la famille...
- L'ouverture et le questionnement en requestionnant les pratiques, en se formant régulièrement...

II) PRESENTATION DE L'EVALUATION EXTERNE

Date de l'évaluation interne : Mars 2014

Date de l'évaluation externe : Du 27 au 31 octobre 2014

Lieu de l'évaluation externe : EHPAD François Mitterrand

Objectif de l'évaluation externe :

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a posé le principe de l'évaluation continue des activités et de la qualité des prestations des ESSMS. Il est prévu à l'article L312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) qu'elle contribue à la mise en œuvre effective du droit des usagers, à une prise en charge et à un accompagnement de qualité et adaptés à ses besoins et attentes.

Portant sur les activités et la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (CASF), l'évaluation externe porte de manière privilégiée **sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies** (cf. décret n°2007-975 du 15 mai 2007, rubrique "Outils").

Les champs de l'évaluation externe et interne sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur le même établissement et de fait, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises ou à prendre pour l'amélioration continue du service rendu aux personnes accueillies portés par des valeurs éthiques, bioéthiques, humanistes et sociétales, tant au niveau de l'intime et du singulier qu'au niveau du collectif du « vivre ensemble ».

Le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 précise que « *l'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Elle 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 fixés aux ESSMS (...).* »

Référence de l'organisme évaluateur

L'Institut Saint Laurent, centre de formation professionnelle aux métiers du travail social, de par la certification de ses intervenants dans les domaines du management d'institutions sociales et médico-sociales, universitaire que de l'évaluation est en mesure de réaliser l'évaluation externe à travers d'une méthodologie claire et adaptée à la spécificité de chaque établissement.

Nom, adresse, téléphones, fax, e-mail	ISL 41 Chemin du Chancelier 69130 ECULLY Tel : 04 78 33 46 20 Fax : 04 78 33 44 12
	DEFONTAINE Joël Directeur Général

Contacts	06 47 69 79 21 Mail : Jdefontaine@institutsaintlaurent.com
Date et numéro d'habilitation	Habilitation ANESM N°H-2012-07-985 Date : 6 Juin 2012
Zone d'intervention géographique couverte par l'ISL dans le cadre de l'évaluation externe	France entière
Expérience(s) professionnelle(s) dans le champ social et médico-social du Chef de Mission	Institut de formation professionnelle aux métiers du travail social depuis 1944. Direction générale assurée par Joël DEFONTAINE, Professeur Economie de la santé, Docteur en sociologie, Docteur en sciences économiques et de gestion, CAFDES, auditeur certifié AFNOR et CCIAS. Professeur émérite de l'enseignement supérieur, Publication d'ouvrages et articles. Lauréat de l'académie nationale de médecine.

Les atouts de l'Institut St Laurent (ISL)

L'inscription de l'ISL dans le secteur de la formation aux métiers du travail social depuis 1944, soit une expérience du champ social et médico-social de 69 ans, représente une garantie au titre de :

- ses valeurs fondatrices éthiques et déontologiques
- sa longue expérience d'accompagnement et de partenariat avec les établissements sociaux et médico-sociaux
- sa connaissance et la prise en compte des divers enjeux liés aux politiques publiques sanitaires et sociales
- sa compréhension de la problématique des besoins et attentes des personnes accueillies
- sa connaissance des référentiels professionnels édictés par l'ANESM qui fondent les pratiques professionnelles et institutionnelles
- son attachement à la citoyenneté, à l'exercice démocratique institutionnel et à la solidarité sociale
- l'expérience de terrain et ses intervenants qui sont tous des professionnels reconnus dans le secteur du champ social et médico-social.

Dans le cadre de la démarche d'évaluation externe, l'équipe d'intervenants de l'ISL s'appuie sur des principes éthiques et déontologiques et s'engage :

- à proposer un dispositif de collaboration avec l'ensemble des acteurs de la structure évaluée, dans une réelle dynamique d'échange contradictoire, afin de cerner au mieux les attentes et les enjeux de l'établissement. C'est à partir d'une telle démarche collaboratrice, qu'au-delà de l'enjeu du renouvellement d'agrément ou d'autorisation, pourra s'engager une réelle dynamique de valorisation et d'amélioration continue de la qualité de l'ensemble des prestations et projets.
- à mener l'ensemble de la démarche d'évaluation externe en lien et en présence d'un référent interne de la structure.
- à respecter la stricte confidentialité et l'anonymat des personnes rencontrées et à ne divulguer aucun document fourni, aucune information reçue.

Méthode et cadre déontologique

L'ISL procède à l'évaluation externe dans le strict respect du décret N° 2007-975 relatif à l'évaluation sociale et médico-sociale ainsi qu'au regard des référentiels des bonnes pratiques professionnelles et de la bientraitance édictés par l'ANESM.

La démarche s'inscrit, en référence à la sociologie d'organisation/gestion de projet, dans une dynamique participative, collaborative et contradictoire, en particulier par la mise en place d'un comité de suivi de l'évaluation au sein de l'établissement conformément au décret 2007-975.

Au contrat de prestation, est jointe une déclaration sur l'honneur de la Direction Générale de l'ISL par laquelle l'ISL ainsi que les professionnels exerçant les fonctions d'évaluateur externe pour son compte, attestent remplir les conditions énoncées dans le décret 2007-975 et celles figurant dans le dossier d'habilitation par l'ANESM.

L'équipe d'évaluation externe adoptera, lors de sa mission, une démarche qui s'attachera à :

- s'inscrire dans la continuité de la dynamique propre de l'établissement
 - en prenant connaissance des préconisations de l'évaluation interne
 - et des actions mises en œuvre (démarche d'amélioration en continu de la qualité)
- favoriser par ses préconisations la démarche de progrès en matière de qualité de service rendu aux usagers
- produire un rapport d'évaluation externe de l'établissement, à la préparation duquel, de façon contradictoire l'équipe de direction aura été associée dans la forme et dans le fond, permettant le renouvellement de l'autorisation ou agrément.

Les étapes de la démarche d'évaluation externe mises en œuvre

Le processus d'évaluation externe mis en œuvre par l'ISL participe à une démarche de gestion de projet.

Ce processus est organisé en six étapes :

1^{ère} étape : Elaboration du projet évaluatif externe

- le cadre de référence de l'évaluation
 - le fondement des activités déployées
 - l'établissement, son organisation, son fonctionnement

- le questionnement évaluatif
 - les objectifs de l'évaluation
 - les hypothèses évaluatives

- le plan d'évaluation

- les modalités de mise en œuvre de l'évaluation et les phases de concertation à prévoir tout au long du processus évaluatif
- les partenaires à mobiliser aux différentes étapes du processus évaluatif
- le planning d'intervention

2ème étape : Le contrat de prestation

- a) présentation du projet évaluatif
- b) la composition du comité de pilotage/suivi de l'évaluation externe
- c) l'équipe d'évaluation
- d) les documents de référence à mettre à la disposition de l'évaluation/chef de mission
- e) les modalités concrètes d'élaboration et de rendu du rapport d'évaluation externe
- f) le coût de la prestation d'évaluation externe

3ème étape : démarche de questionnaire

Il s'agit, sur la base d'entretiens individuels et/ou collectifs, d'interroger les différents acteurs qui participent au fonctionnement de l'activité de l'établissement.

Le questionnement est articulé aux éléments constitutifs de l'évaluation interne.

Afin de garantir une mobilisation et une implication des différents acteurs concernés par l'évaluation externe, l'ISL utilise trois types d'outils et de procédures de recueil d'information.

METHODOLOGIE	ACTEURS CONCERNES
1- La passation d'entretiens individuels se fait sur la base de questions évaluatives élaborés par l'ISL. Les thématiques abordées sont relatives aux domaines référencés lors de l'évaluation interne et des éléments à prendre en compte pour l'évaluation externe.	<input type="checkbox"/> Membre du bureau et CA du gestionnaire <input type="checkbox"/> Des cadres de direction et d'encadrement <input type="checkbox"/> Des personnels de chaque pôle. Le panel des personnels devra être constitué des différents métiers et fonctions.
2- La passation de questionnaires anonymes : Ces questionnements semi-directifs comportent des questions ouvertes et des questions fermées.	<input type="checkbox"/> Des résidents volontaires <input type="checkbox"/> Des familles ou des proches <input type="checkbox"/> Des bénévoles <input type="checkbox"/> Des partenaires <input type="checkbox"/> De principaux prestataires externes

<p>3- Les entretiens collectifs : Ces entretiens collectifs sont animés par l'évaluateur ISL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Des instances représentatives du personnel (DP-CE-CHSCT) <input type="checkbox"/> Des représentants du Conseil de vie sociale <input type="checkbox"/> Des familles <input type="checkbox"/> Des membres des réseaux de proximité
---	---

4ème étape : Observation sur site, analyse des données et synthèse

Il s'agit pour l'évaluateur ISL de prendre connaissance « in situ » du fonctionnement de l'institution à partir de :

- ✓ La visite des locaux et la présence à certains temps forts de la vie quotidienne des Résidents
- ✓ La consultation et l'analyse de dossiers de résidents, dossiers de soins, outils de transmissions, dossiers des personnels, documents financiers, emplois du temps, comptes-rendus des instances représentatives du personnel, du conseil de vie sociale, du conseil d'administration, d'assemblée générale, registre de présence des Résidents, relevé d'incidents et d'évènements indésirables, recueil des réclamations.....
- ✓ A la suite de cette démarche, des réunions sont mises en place pour échanger avec des professionnels sur leurs pratiques
- ✓ Le choix et l'organisation des thèmes sont affinés avec la Direction dans le plan d'évaluation.

L'analyse est conduite en cohérence avec le décret 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le cahier des charges pour l'évaluation dans une double perspective :

- ✓ Confronter la situation observée au cadre de référence spécifique de l'évaluation externe
- ✓ Examiner la prise en compte des procédures référencées et recommandations des bonnes pratiques professionnelles et de bientraitance.

La synthèse de l'évaluation externe par l'ISL s'articule autour de trois axes :

- 1- La qualité et la pertinence des activités (adaptation des objectifs aux besoins, missions imparties et priorités des acteurs, adéquation des moyens aux objectifs, atteinte des objectifs...)
- 2- L'évaluation de la dynamique d'amélioration engagée par l'établissement (modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne).
- 3- L'examen exhaustif des thématiques et registres spécifiques définis règlementairement : appréciation des écarts entre les pratiques constatées et les exigences règlementaires ou les recommandations de « bonnes pratiques professionnelles ».

L'analyse des données recueillies conduit l'ISL, au repérage des « non-conformités » mais aussi à l'identification de « réalisations remarquables ».

5ème étape : Restitution-débat autour du pré-rapport

Restitution collective des analyses et des constats par l'évaluateur externe de l'ISL auprès des membres du groupe de suivi. Cette restitution collective suivie d'un débat contradictoire s'appuie sur les éléments constitutifs du pré-rapport (chapitre 5, point 2.2, du décret 2007-975 du 15 mai 2007) et des préconisations résultant de la démarche d'investigation et de la phase d'observation.

Cette phase constitue un temps d'échanges et de confrontations des points de vue, enrichissant la réflexion collective institutionnelle.

6^{ème} étape : Rédaction et présentation du rapport d'évaluation externe de l'établissement

Le Chef de Mission / Evalueur externe de l'ISL présentera les conclusions de l'évaluation externe au groupe de coordination et d'harmonisation / Comité de pilotage.

Le rapport définitif est remis par l'ISL à la personne dirigeante gestionnaire de l'institution conformément aux dispositions prévues à l'article R312-200 du CASF.

Dans ce rapport figure une synthèse reprenant les items pour lesquels il est fait des propositions ou préconisations (3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du CASF).

Outre ces propositions ou préconisations, l'évaluation externe produit également toute observation utile à l'aide à la décision du 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.

III) DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE

Référentiels utilisés lors de l'évaluation externe

Titre des documents de référence	Identification – Dates
Décret n° 2007-975 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des ESSMS	15 mai 2007
Circulaire n°DGCS/SD5C/2011/398 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les ESSMS (Annexe IV : cahier des charges pour l'évaluation externe).	21 octobre 2011
Décret n° 2010-1319 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des ESSMS.	3 novembre 2010
Loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale	2 janvier 2002
Décret n° 2004-1274 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du CASF.	26 novembre 2004
Décret n° 2005-1367 portant modifications de certaines dispositions du CASF relatives au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du CASF.	2 novembre 2005
Décret n° 2003-1095 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L. 311-7 du CASF.	14 novembre 2003
Décret n° 2003-1094 relatif à la personne qualifiée mentionnée à l'article L. 311-5 du CASF.	14 novembre 2003
Arrêté relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du CASF.	8 septembre 2003
Décret n° 2004-287 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du CASF.	24 mars 2004
Circulaire n° 138 de la DGAS relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L311-4 du CASF.	24 mars 2004
Décret n°2005-768 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles.-art.1	7 juillet 2005
Circulaire DGAS n° 2002-280 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées.	3 mai 2002
Instruction ministérielles DGAS/2A/2007/112 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	22 mars 2007
Instruction ministérielle DGAS/2A/2007/398 modifiant la circulaire précédente, relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	6 novembre 2007
Circulaire DGCS/2A/2010/254 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les ESSMS relevant de la compétence de l'ARS.	23 juillet 2010
Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975.-art. 3, IV, al.3	13 Août 2004 26 avril 1999
Décret n° 2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs prévue par l'article L230-2 du code de travail et modifiant le code du travail.	5 novembre 2001
Circulaire n° 2005-493 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les ESSMS d'hébergement pour personnes âgées.	28 octobre 2005
Arrêté modifiant l'arrêté du 9 septembre 1997 modifié, relatif aux installations de stockage de déchets ménagers et assimilés.	19 janvier 2006

Circulaire relative à la lutte contre le tabagisme dans les ESSMS assurant l'accueil et l'hébergement mentionnés aux 6, 7, 8 et 9 du L312-1 du CASF.	12 décembre 2006
Décret n° 2011-1047 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD mentionné au I de l'article L312-12 du CASF.	2 septembre 2011
Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.	11 février 2005
Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.	4 mars 2002
Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.	21 juillet 2009
Loi n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite Loi Léonetti.	22 avril 2005
Décret n° 2006-120 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi Léonetti.	6 février 2006
Décret n° 2006-119 relatif aux directives anticipées prévues par la loi Léonetti	6 février 2006
Arrêté fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air des établissements mentionnés au I de l'article L312-12 du CASF.	7 juillet 2005
Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)	
Code de la Santé Publique (Art R4311-5 ; R4311-7)	
Décret 2012-493 relatif au dossier de demande d'admission dans les EHPAD.	13 avril 2012
Recommandations de Bonnes Pratiques en EHPAD (ANESM)	
Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux	2010
La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre	2008
Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	2008
Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement	2010
Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnes au regard des populations accompagnées	2008
L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes	2012
Mise en œuvre de l'évaluation interne	2008
La conduite de l'évaluation interne dans les établissements	2009
Ouverture de l'établissement à et sur son environnement	2008
Concilier la vie en collectivité et personnalisation de l'accueil	2009
Les attentes de la personne et le projet personnalisé	2008
Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement	2014
L'accompagnement personnalisé de la santé du résident	2012
La vie sociale des résidents	2012
Organisation et cadre de vie et de la vie quotidienne	2011
De l'accueil de la personne à son accompagnement	2011

IV) RECUEIL DES INFORMATIONS

Il s'agit d'établir la liste des personnes rencontrées dans le cadre d'un entretien individuel ou collectif, une ligne correspondant à un entretien.

LES ENTRETIENS

Le choix des personnes reçues en entretien collectif ou individuel a été établi par M. Verron, directeur de l'établissement et Mme Perez-Chaze, responsable qualité.

NOMS	FONCTION
Réunion d'ouverture (11 personnes)	
M. Verron	Directeur d'établissement
Mme Perez-Chaze	Responsable Qualité
Mme Laprugne	Gestionnaire des Ressources Humaines
Mme Montel	A.C.H. Finances, Services économiques
M. Braz	Cadre de santé
Mme Laroux	Psychologue
Mme Claris	Pharmacienne
M. David	Responsable du Service Technique
Mme Yvrard	Déléguée CGT
Mme Rogier	Déléguée FO
Docteur Raffailat	Médecin évaluation externe Institut Saint Laurent
Visite de l'établissement (3 personnes)	
M. Verron	Directeur d'établissement
M. David	Responsable du Service Technique
Mme Perez-Chaze	Adjoint des Cadres
Présentation de la méthode d'évaluation externe et du cahier de procédure d'évaluation externe par l'évaluateur (11 personnes)	
M. Verron	Directeur d'établissement
Mme Perez-Chaze	Responsable Qualité
Mme Laprugne	Gestionnaire des Ressources Humaines
Mme Montel	A.C.H. Finances, Services économiques
M. Braz	Cadre de santé
Mme Laroux	Psychologue
Mme Claris	Pharmacienne
M. David	Responsable du Service Technique
Mme Yvrard	Déléguée CGT

Mme Rogier Docteur Raffailat	Déléguée FO Médecin évaluation externe Institut Saint Laurent
Examen de la cohérence globale de la gouvernance centrée sur les résidents (10 personnes)	
Lieu d'accueil, implantation, et projet / Processus d'accueil et d'intégration / Vie collective et individualité / Protection des personnes / Participation et représentation démocratiques	
M. Verron	Directeur d'établissement
Mme Perez-Chaze	Responsable Qualité
Mme Laprugne	Gestionnaire des Ressources Humaines
Mme Montel	A.C.H. Finances, Services économiques
M. Braz	Cadre de santé
Mme Laroux	Psychologue
Mme Claris	Pharmacienne
M. David	Responsable du Service Technique
Mme Yvrard	Déléguée CGT
Mme Rogier	Déléguée FO
Docteur Rafailat	Médecin évaluation externe Institut Saint Laurent
Examen de la cohérence globale de la gouvernance centrée sur les résidents (10 personnes)	
Les fondements et objectifs de l'accompagnement personnalisé / Le projet personnalisé : élaboration, management et évaluation	
M. Verron	Directeur d'établissement
M. Giraudet	Elève directeur
Mme Perez-Chaze	Responsable Qualité
Mme Montel	A.C.H. Finances, Services économiques
M. Braz	Cadre de santé
Mme Laroux	Psychologue
Mme Claris	Pharmacienne
M. David	Responsable du Service Technique
Mme Yvrard	Déléguée CGT
Mme Rogier	Déléguée FO
Entretiens individuels	
Mme Laroux	Psychologue
Mme Laprugne	Gestionnaire des Ressources Humaines
Mme Perronin	Adjoint administratif
M. Pacheco	Kinésithérapeute
Docteur Bouignat	Médecin coordinateur
Mme Guillemin	Ergothérapeute

Mme Perez-Chaze	Responsable Qualité et mandataire judiciaire
Mme Montel	Responsable service économique et financier
Mme Leroux	IDE
Mme Morlet	Aide soignante ADJC
Mme Glachet	IDE
Mme Jobert	IDE
M. Verron	Directeur d'établissement
Entretiens collectifs	
Mme Pannetier	Aide-soignante service Mimosas
Mme Genebrier	Agent de Service Hospitalier service Mimosas
<u>Equipe de nuit service Mimosas</u>	
Mme Denis	IDE
Mme Haininger	AMP
Mme Jonneaux	ASA
Mme Boulignat	ASA
Mme Souveton	AS
Mme Lapendrie	AS
<u>Equipe animation</u>	
Mme Laroux	Psychologue
Mme Bellier	ASH
Mme Mayet	Animatrice
Organisation du traitement du linge, gestion du linge contaminé (2 personnes)	
Mme Jaffeux	AER Blanchisserie
Mme Vichy	Agent de Service Hospitalier Qualifié
Organisation de la restauration : alimentation, conditions de prise de repas, sécurité alimentaire (2 personnes)	
M. Legras	Responsable cuisine
Mme Santy	Diététicienne
Entretiens avec des partenaires de l'établissement (3)	
Mme Pouzadoux	Maire de Gannat et présidente de l'organisme gestionnaire
Mme Godefer	Présidente de l'association animation

Mme Drouillot	Responsable de l'équipe Evangélique
Entretien avec les représentants du personnel (2personnes)	
M. Ayllon Mme Rogier	Délégué CGT Déléguée FO
Gestion des bâtiments et maintenance technique des locaux et équipements (1 personne)	
M. David	Responsable de maintenance
Entretien avec les membres du conseil à la vie sociale (5 personnes)	
Mme Iannotti M. Iannotti M. Barreyre M. Barthélémy M. Allègre	Représentant des familles Représentant des familles Représentant des familles Représentant des résidents Résident
Entretiens avec des familles (1 personne)	
Mme Allègre	Fille de résident
Entretiens avec les résidents hors CVS (3)	
M. Lathuillère	Résident
Mme Morel	Résidente
Mme Oliva	Résidente
Réunion avec Directeur d'établissement et Responsable Qualité (2 personnes)	
M. Verron Mme Perez-Chaze	Directeur d'établissement Responsable Qualité
Réunion de clôture (15 personnes)	
M. Verron M. Giraudet Mme Perez-Chaze Mme Laprugne Mme Montel	Directeur d'établissement Elève-directeur Responsable Qualité Gestionnaire des Ressources Humaines A.C.H. Finances, Services économiques

M. Braz	Cadre de santé
M. Bouignat	Médecin coordinateur
Mme Laroux	Psychologue
Mme Herbiet	Préparatrice
Mme Claris	Pharmacienne
M. David	Responsable du Service Technique
Mme Yvrard	Déléguée CGT
Mme Rogier	Déléguée FO
Mme Pino	Famille
M. Ayllon	Aide-méxico-psychologique
Réunion contradictoire (12 personnes)	
M. Verron	Directeur d'établissement
Mme Perez-Chaze	Responsable Qualité
Mme Laprugne	Gestionnaire des Ressources Humaines
M. Braz	Cadre de santé
M. Voeltzel	Médecin coordinateur
M. Bouignat	Médecin coordinateur
Mme Laroux	Psychologue
Mme Herbiet	Préparatrice
Mme Claris	Pharmacienne
M. David	Responsable du Service Technique
Mme Yvrard	Déléguée CGT
Mme Rogier	Déléguée FO

Les documents étudiés pendant l'évaluation externe

Titre du document	Identification – Dates
Rapport d'évaluation interne	Mars 2014
Transformation en maison de retraite	Janvier 1987
Convention tripartite 1 ^{ère} génération	Novembre 2002
Convention tripartite 2 ^{ème} génération	En cours
Projet architectural	Non daté
Projet de vie 2006 - 2010	
Projet de soins 2011-2015	Juin 2011
Projet Accueil de Jour	Juillet 2010
Compte Administratif – Rapport Annuel de Gestion	2013
Règlement de fonctionnement	Octobre 2011
Livret d'accueil pour les résidents	Septembre 2013
Livret d'accueil pour les professionnels	
Procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés	
Contrat de séjour	Octobre 2011
Compte-rendu Comité de Pilotage du Changement	Septembre 2013
Plan d'amélioration continue de la qualité	Mars 2014
Charte des bénévoles	Non daté
Plan de formation	2014
Dossier d'un résident	
Imprimé vierge d'un Projet d'accompagnement individualisé (PAI)	
Projets de soins individualisés (PSI)	
Dossier de demande d'admission en EHPAD (vierge)	
Enquêtes de satisfaction	2007 - 2012
Audit du circuit du médicament	
Imprimé vierge de l'entretien professionnel	
Document unique de délégation	
Fiches de signalement d'évènements indésirables	Non daté

Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels	Décembre 2013
Registre de sécurité et plan de prévention des interventions extérieures	oui
Procédure de gestion documentaire	Juin 2014
Procédure d'admission	Non daté
Procédure contention physique chez la personne âgée	Octobre 2014
Rapport d'analyses hydrologie	Octobre 2013
Compte-rendu commission sécurité	Mars 2012
Compte-rendu de réunions de CVS	2014
Compte-rendu de commissions menu	2014
Procès verbal de la commission de sécurité	2012
Procès verbal du contrôle des services vétérinaires	Février 2011
Planning des activités d'animation hebdomadaire	2014
Fiche de poste AS Accueil de jour	Juillet 2010
Conventions	Equipe Mobile de Soutien et d'Accompagnement (EMSA), Hospitalisation à Domicile (HAD), service des Urgences et de Radiologie du centre hospitalier de Vichy, RASP 03 (Réseau d'Accompagnement de Soins Palliatifs), service de Géro-psycho-geriatrie de Vichy Ouest UPSA, laboratoire d'analyses médicales de Gannat, Réseau Mémoire Allier, médecins libéraux

V. Présentation de l'établissement

1. Présentation générale

L'EHPAD François Mitterrand est implanté dans le centre-ville de Gannat dans une zone d'habitation assez dense dotée de commerces. Ancien hôpital, cet établissement a été rénové et propose de part son architecture moderne et fonctionnelle des espaces de vie et de bien-être (balnéothérapie, espace Snoezelen, jardin thérapeutique, salle de kinésithérapie, d'animations, salon de coiffure, chapelle). L'EHPAD est situé au cœur d'un parc avec des allées accessibles pour les personnes à mobilité réduite.

L'établissement est composé de 7 unités de vie : Cinq d'entre elles sont classiques et reçoivent tous les types de dépendances, deux autres (Myosotis 17 lits et Pivoine 15 lits) sont protégées et spécialisées pour les personnes désorientées, Alzheimer ou apparentées.

Une équipe de soins très complète avec médecins coordonnateurs, cadres de santé, infirmières jour et nuit, aides-soignantes, pharmacienne, ergothérapeute, kinésithérapeute, pédicure, diététicienne et psychologue accompagnent au quotidien les résidents dans le soin, le bien-être et le confort. Trois animatrices et une association de vingt bénévoles proposent des activités adaptées et variées d'ordre manuel, physique, ludique, ou intellectuel, (gymnastique douce, arts plastiques, couture, bricolage, club informatique, jeux de mémoire et de société, ateliers cuisine, peinture, lecture, chants,...) visant à maintenir le lien social.

Madame le Maire de Gannat présidente du Conseil d'Administration de l'EHPAD siège au Conseil de la Vie Sociale.

2. Identification de l'établissement et du directeur

Nom de l'établissement	EHPAD François Mitterrand
Coordonnées de l'établissement	1, avenue de la République 03800 GANNAT
Téléphone	 04.70.90.62.00
Télécopie	 04.70.90.25.55
Adresse e mail	mr.gannat@wanadoo.fr
Nom du directeur de l'établissement	M. Christian Verron
Téléphone	 04.70.90.62.00
Télécopie	 04.70.90.25.55
Adresse e mail	mr.gannat@wanadoo.fr

3. Présentation de la structure

L'EHPAD François Mitterrand a une capacité d'accueil de 225 résidents en chambre simple ou en chambre double.

Cet établissement peut être qualifié **d'un cadre de vie sécurisant** (selon les dires des résidents et des familles), **sécurisé** (contrôle des entrées, sièges en tout point du bâtiment pour permettre aux personnes de se reposer, mains courantes, unités protégées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées), **favorisant l'autonomie et respectant l'intimité et l'intégrité du résident et de sa famille** malgré les chambres doubles et l'absence de douches privatives. La direction de l'établissement a tout fait conscience de ce point d'amélioration qui fait l'objet d'un axe fort du projet architectural à savoir la construction d'un nouveau bâtiment de 60 lits et l'aménagement de l'unité Lilas en unité spécialisée. Le bâtiment bénéficie de lieux de vie spacieux et variés (salons, bibliothèques, salle de jeu, salles à manger). Il est entouré d'un parc arboré, d'un parking avec des places réservées, des chemins de promenade accessibles aux personnes en fauteuils roulants. L'accessibilité et la signalétique de la structure sont satisfaisantes.

Les contrôles de sécurité propres à l'établissement font l'objet de contrats de maintenance. Ils sont suivis de manière très rigoureuse par le responsable du service technique. Un contrôle de conformité est réalisé chaque année par diverses entreprises habilitées (détection incendie, centrale d'air, chauffage, climatisation, ascenseurs, installations électriques, maintenance des frigos).

La commission sécurité incendie et d'accessibilité a émis un avis favorable à l'unanimité de ses membres en 2012; les remarques émises ont été rectifiées.

Au niveau de la restauration, la marche en avant est respectée. Les protocoles de contrôle de chauffe ou de refroidissement sont affichés sur chaque machine. Les audits labo avec prélèvement alimentaire et de surface sont réalisés une fois par mois. L'inspection sanitaire a eu lieu en février 2011 pointant des non-conformités mineures qui ont fait l'objet d'un plan d'actions correctives. Le plan de maîtrise sanitaire est réalisé. Il existe néanmoins des axes d'amélioration possibles concernant les liaisons chaudes de la cuisine aux étages dans des espaces de prises de repas non dédiés et dans l'accompagnement aux repas. Une diététicienne s'emploie avec le chef de cuisine à passer chaque semaine dans les unités de vie pour recueillir les attentes et besoins des personnels et évaluer les prises de repas.

Le responsable du service technique prévient les risques de légionellose en conformité à la circulaire 2005-493 du 28 octobre 2005 : Le laboratoire passe une fois par an (dernière visite octobre 2013).

Le circuit du linge est tracé. Les protocoles de référence, de procédures d'utilisation des machines, des gestes techniques sont présentés sous forme de photos, ainsi que les fiches techniques des produits et les consignes de sécurité d'utilisation.

L'entretien des locaux n'est pas uniforme et il serait nécessaire d'harmoniser les pratiques en formant régulièrement le personnel et penser au niveau de la direction à disposer d'un poste de gouvernante/maîtresse de maison.

Le plan bleu est élaboré. Les médecins coordinateurs, les cadres de santé et la psychologue informent et sensibilisent les équipes sur les agissements en tant de crises. Le circuit du médicament est tracé, évalué et réajusté.

Un cadre réglementaire globalement respecté: le plus grand nombre des outils de la loi 02/02/2002 est en place : un livret d'accueil remis à l'entrée du résident dans l'établissement dans lequel figure le règlement de fonctionnements, un contrat de séjour signé par le résident ou son représentant légal/ personne qualifiée, la mise en place d'un CVS se réunissant tous les 3 mois. La charte des droits et libertés est affichée.

En revanche, pour être en conformité avec l'article L311-8 du CASF un projet d'établissement devrait être établi selon la configuration suivante : définition des objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération, et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet établi pour 5 ans doit être soumis à consultation du CVS ou, le cas échéant, d'une autre forme de participation. Par ailleurs conformément à l'application du décret 2004-1274 du 26 novembre 2004, le contrat de séjour devrait faire l'objet d'un avenant dans un délai maximum de 6 mois précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne dans le cadre d'un projet personnalisé, avant d'être réactualisé chaque année.

4. Informations administratives

Arrêté d'autorisation conjoint PCG - Préfet	Janvier 1987
Convention tripartite 1 ^{ère} génération	Novembre 2002
Convention tripartite 2008-2013	Prolongement jusqu'au 31 mai 2014
Gir moyen pondéré (GMP) : 780	Date de validation : 17/10/2014
Pathos moyen pondéré (PMP) : 260	Date de validation : 17/10/2014

5. Caractéristiques de l'établissement

<p>Description succincte du projet d'établissement</p>	<p>Les axes définis lors de ce projet d'établissement empreints de ses valeurs sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engager une dynamique de projets basés sur la formalisation, l'évaluation et l'amélioration des pratiques à partir d'une collaboration interdisciplinaire et inter-fonctions • Mettre le résident au cœur de l'organisation et des pratiques • Donner une cohérence aux pratiques en formalisant les objectifs et les modalités d'accueil, d'accompagnement et de soins des résidents tout au long de leur vie dans l'institution • Poser les principes et les modalités de coordination et de complémentarité et de la collaboration des différents services et fonctions autour du résident : administratif, soins, nursing, animation et logistique
<p>Catégories de bénéficiaires et capacité d'accueil</p>	<p>Capacité d'accueil : 225 résidents EHPAD GIR 1 : 67 / GIR 2 : 85 / GIR 3 : 31 / GIR 4 : 14 / GIR 5 : 13 / GIR 6 : 5 90 % de femmes et 10 % d'hommes Ville d'origine (ou département) : 80 % du département de l'Allier dont 36 % du canton de Gannat et 20 % du département du Puy de Dôme Âge moyen : 85 ans</p>
<p>Date de la dernière visite d'audit</p>	
<p>Nombre et types d'unités composant l'établissement</p>	<p>225 résidents / 6 bâtiments :</p> <p>Bâtiment « Pivoine » : 15 chambres (15 lits) / 1 salle à manger / 1 lingerie Bâtiment « Lilas » : 15 chambres (21 lits) / 1 salle à manger Bâtiment « Pervenche A » : 15 chambres (17 lits) et « Vincent A » : 16 chambres (26 lits) Bâtiment « Pervenche B » : 14 chambres (19 lits) et « Vincent B » : 15 chambres (19 lits) Bâtiment « Les Glycines » : Administration, salle polyvalente, salle kiné, vestiaires et sanitaires, morgue, chapelle / 37 chambres (50 lits) Bâtiment « les Mimosas » : Administration, salle de restaurant, cuisine et dépendances, 31 chambres (41 lits) / locaux techniques, 1 unité Alzheimer ou Myositis : 16 chambres (17 lits)</p>
<p>Nombre de salariés</p>	<p>157 ETP</p>
<p>Nombre de bénévoles</p>	<p>20</p>

6. Répartition par fonction

Fonction	Nombre d'ETP autorisés
Directeur	1 ETP
Attaché d'Administration Hospitalière	2 ETP
Adjoint des Cadres	1 ETP
Technicien Supérieur Hospitalier	1 ETP
Personnel administratif	5 ETP
Médecins coordonnateurs	0,50 ETP
Pharmacien	1 ETP
Préparatrices en pharmacie	2 ETP
Cadres de santé	2 ETP
Psychologue	1 ETP
IDE	20,50 ETP
Ergothérapeute	1 ETP
Kinésithérapeute	1 ETP
Animatrice	1 ETP
Aides-soignantes AMP, ASG	55 ETP
Agents de service hospitalier qualifié	38,67 ETP
ASHQ Accueil de jour	0,33 ETP
ASHQ animatrice	2 ETP
Agent de maîtrise	1 ETP
Maître ouvrier	4 ETP
AEQ	5 ETP
Postes de remplacement financés par le Conseil Général	5 ETP
Ouvriers professionnels	6 ETP

VI) DEVELOPPEMENTS INFORMATIFS ET RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

Il doit éclairer sur le projet, les buts poursuivis et l'organisation mise en place. Il apporte une synthèse des connaissances existantes et dégage des connaissances nouvelles.

L'évaluation des activités et de la qualité des prestations sera organisée de façon à fournir des éléments synthétiques sur les points suivants :

1) L'appréciation globale

A. L'adéquation des objectifs du projet d'établissement par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties.

L'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD François Mitterrand mettent en œuvre les valeurs de l'établissement : la recherche du consentement de la personne âgée, le respect de l'identité du résident, la recherche de son bien-être, l'écoute, l'observation, l'autonomie, le lien avec la famille et l'adaptation permanente des équipes aux problématiques rencontrées. Le volet architectural est l'expression concrète de la recherche de l'adéquation entre proposer des locaux respectant l'intimité des résidents en voulant reconfigurer les chambres en chambres individuelles aménagées de douches privatives et la construction d'unité spécialisée pour poursuivre l'effort d'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, conformément aux politiques publiques (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale de Santé d'Auvergne).

B. La cohérence des différents objectifs entre eux.

Au-delà de la pertinence, la cohérence de l'action déclinée dans le projet de vie institutionnel est mise en évidence au travers des différents types d'hébergements (hébergements permanents, temporaires, unités spécialisées) et d'accueil (accueil permanent, accueil de jour). Une ambiance dite familiale est instaurée par un personnel attentif à chacun. Un accompagnement relationnel dans les soins et une disponibilité dans l'ensemble des actes de la vie quotidienne des résidents sont appréciés et corroborent les objectifs poursuivis. Ces valeurs éthiques sont reconnues, vécues et partagées par l'ensemble du personnel, les familles, les bénévoles et les résidents eux-mêmes. La co-référence professionnelle mise en place est un médiateur facilitant les relations avec les résidents et les familles.

L'évaluation externe, lors de l'examen de la cohérence globale au travers des entretiens collectifs et individuels des membres du personnel, des résidents, des familles, des bénévoles, des partenaires, a pris toute la mesure que l'activité était tournée vers le résident essentiellement pour son bien-être social et de santé.

C. L'existence et la pertinence de dispositifs de gestion et de suivi

La démarche d'accompagnement personnalisé du résident dans le respect de sa dignité, de son intégrité, sa vie privée, son intimité et sa sécurité est le fondement de l'EHPAD François Mitterrand et cela dès la phase de pré-accueil. Les AS /AMP présentent le fonctionnement du service au résident et à sa

famille. Au cours des premières semaines, les équipes soignantes sont attentives aux troubles de l'humeur et de la dénutrition, les référents recueillent les habitudes de vie mais aussi les besoins, les attentes. Le développement de l'autonomie personnelle et la prévention des régressions est une valeur défendue par l'établissement et concrètement par l'équipe pluridisciplinaire dans les actes de soins (projet de soins comme socle du projet de vie du résident abordant aussi la dimension rééducation/prévention (kinésithérapie, ergothérapie, les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, transferts, prise de repas). Les animations proposées sont à visée sociale et thérapeutique. Le partage d'informations se fait lors des transmissions. Les prestations de soins sont renseignées par le biais du PSI ce qui laisse une traçabilité des actions réalisées auprès de la personne.

Un système documentaire global partagé de prise en charge est en cours de réflexion.

La mise en place du projet personnalisé du résident doit être effective pour chaque résident. Ce projet mérite d'être pensé dans la globalité de la vie du résident.

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

L'examen des différents éléments fournis et l'analyse des entretiens menés auprès des personnels, des résidents, des familles et des partenaires montrent que les objectifs sont atteints en terme de confort de vie des résidents, de respect de leurs droits et satisfaction de leur besoins.

Il apparaît également, lors des entretiens avec les personnels que chaque effet non prévu est pris en compte par la direction en vue d'amélioration (ex : la direction est attentive à former son personnel en fonction des difficultés qu'il peut rencontrer).

E. L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés.

L'ensemble du personnel rencontré exprime son rôle et sa fonction auprès des résidents et l'organisation de son travail. Néanmoins il exprime aussi que La polyvalence des salariés est recherchée ; sur ce point une attention particulière est à porter sur les glissements de tâches pouvant engendrer de l'usure professionnelle. Les formations proposées au collectif prennent en compte la dimension d'amélioration continue des pratiques (ex : évaluation de la douleur, évaluation du risque de chutes, prévention escarres, relations et soins relationnels avec le malade mental, développement de la bientraitance, formation incendie, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés,...).

Chaque membre du personnel manifeste sa conscience de l'importance de l'amélioration de ses pratiques auprès des résidents. Les diverses démarches mises en œuvre sont appréciées lors des évaluations annuelles.

F. Les conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation

Les conditions nécessaires d'efficience de l'organisation qui ont été prises en compte sont les suivantes :

- Les évaluations qualité comme facteur d'amélioration du travail,
- La mise en place de temps de transmissions et de coordination quotidiens,
- La mise en place d'entretiens annuels
- La mise en place de plans de formation permettant d'assurer la mise à jour la réactualisation des connaissances,

- La qualité du dialogue entre la nouvelle direction et le personnel
- Une équipe encadrante (médecins coordinateurs, cadre de santé, psychologue, référente qualité) au service des personnels (écoute, sensibilisation, formation, réactualisation ou élaboration de protocoles)
- La construction d'un partenariat pérenne au service de la personne âgée

2) Les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

A. Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne

L'évaluation interne a été menée par un organisme extérieur qui a proposé son référentiel. Le processus évaluatif a été lancé le 24 septembre 2013. Une première étape de collecte de données assurant le respect des exigences réglementaires a été réalisée par les membres du Comité de Pilotage de la Qualité et les responsables de l'établissement. Puis en novembre 2013, des personnes ressources ont été désignées pour répondre aux questions du référentiel et établir la cotation des thématiques : droit et participation des usagers / personnalisation de la prestation et Organisation de l'établissement.

Le CODIR et le COPILCH ont traité les questions relatives au Projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre ainsi que l'Etablissement et son environnement.

En février 2014, un Conseil de la Vie Sociale a permis de recueillir l'avis des représentants des résidents et des familles sur les thématiques de l'intimité, la participation à la vie quotidienne, la participation des familles et des proches, l'autonomie.

Les résultats ont fait l'objet d'un plan d'action basé sur les recommandations de l'ANESM et priorisé en fonction du confort et bien-être du résident.

Le recueil des informations, le rapport de synthèse et le plan d'action ont été effectués par la responsable qualité sous l'autorité du directeur.

B. Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués :

L'évaluation interne a été finalisée en mars 2014. Le plan d'amélioration qualité a été élaboré et cela a permis de maintenir la dynamique d'amélioration continue de la qualité auprès de l'ensemble du personnel. Cette dynamique est fortement portée par la référente qualité et le COPILCH (Comité de Pilotage du CHangement).

C. Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu

Un plan d'action a été élaboré. Il présente de manière précise les chapitres du rapport, les axes de l'ANESM, les priorités de réalisation, les objectifs, le type d'action, le responsable (personnes ressources) et les échéances de réalisation.

Les points d'amélioration ont été hiérarchisés au sein de chaque thématique évaluée sur un échéancier portant sur cinq ans. Apparaît l'organisation concrète du travail d'amélioration continue (qui fait quoi, avec qui, date de réalisation, modalités d'évaluation).

D. Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique

Le management de la démarche d'amélioration continue de la qualité est assuré par la référente qualité et le directeur de l'établissement tout en s'appuyant sur le comité de pilotage du changement (COPILCH). Les groupes de travail sont en cours ; les délais même s'ils ont été très courts entre le rendu de l'évaluation interne et la réalisation de l'évaluation externe ont permis de mesurer les écarts entre les deux évaluations.

E. Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations

La démarche d'amélioration de la qualité des prestations apparaît au moment de l'évaluation externe comme une réelle composante de l'organisation.

Les indicateurs de cette dynamique sont :

- La réalisation de travaux pointés dans le plan d'amélioration
- le degré d'intégration de la référente qualité repérée et reconnue par l'ensemble des salariés
- la reconnaissance de l'intérêt de la démarche comprise comme une amélioration non comme un contrôle du travail.

3) Examen de certaines thématiques et registres spécifiques

A. 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.

Dans la démarche de la conformité du respect de la loi 2002-2, l'EHPAD François Mitterrand s'engage à prodiguer des actions d'assistance personnalisées dans les actes de la vie, de soutien, de soins, de prévention et d'accompagnement auprès des résidents et à évaluer les risques et prévenir les risques sociaux et medico-sociaux en s'entourant de professionnels de compétences complémentaires au sein de son établissement, en faisant appel à des prestataires extérieurs (kinés, médecin libéral) et en impliquant des bénévoles. Dans son organisation et sa fonctionnalité, l'établissement s'engage à accueillir, dans le respect du droit à une vie familiale, un ou plusieurs membres de sa famille ou d'en élaborer le projet conjointement.

Le respect des droits des usagers est un point fort de l'établissement. Il se réfère directement à ses valeurs.

Des nombreux indicateurs ont été relevés qui témoignent de ce respect :

- respect des règles de courtoisie,
- vouvoiement des personnes de rigueur,
- procédure d'intégration des résidents,
- possibilité à chacun de circuler, d'aller et venir, en fonction de l'état de santé et de la sécurité (enregistrement des sorties sur document prévu à cet effet),
- liberté de culte,

- existence de protocoles et procédures au sujet du respect de la vie privé des résidents concernant la vie quotidienne (fermeture des chambres, discrétion lors de la toilette, dignité dans l'habillement...)

La direction souhaite mener une réflexion transversale autour de l'éthique dans le cadre du « bien agir pour la personne âgée ».

L'établissement permet l'exercice de la citoyenneté au travers de la mise en place des instances représentatives des résidents (Conseil de la Vie Sociale, commission menus, organisation des exercices civiques).

L'exercice des droits et des libertés individuels est globalement garanti (recherche du consentement éclairé par la direction de l'EHPAD François Mitterrand notamment dans la phase de pré-accueil), les informations recueillies au niveau administratif et médical sont confidentielles.

A son entrée, la personne âgée se voit remettre un livret d'accueil, la charte des droits et des libertés, le règlement de fonctionnement et signe un contrat de séjour.

Conformément aux articles 116-1 et 331-3, la promotion de l'autonomie, la personnalisation du parcours de soins et le maintien d'une identité personnelle et sociale se retrouvent dans le travail en partenariat avec des compétences paramédicales extérieures, la mise en place d'activités cognitives et fonctionnelles, les partenaires extérieurs du bien-être (coiffeur, pédicure).

La mise en place des projets personnalisés est en cours de réalisation, le plan d'amélioration prévoit que cette action soit terminée pour la prochaine évaluation interne.

La politique de prévention et de la gestion des risques des personnes vulnérables (protocole des soins du service médical) est organisée par rubrique et connue par les équipes soignantes : (bientraitance, hygiène, escarres, chutes, contention, alimentation/hydratation...). Le document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels a été réalisé et la direction mène une politique de formation active au sein de l'établissement.

B. Donner des éléments d'appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement sur son environnement, et des interactions.

Il existe des conventions partenariales formalisées qui démontrent la réelle volonté de l'établissement de trouver des complémentarités à ses prestations tant au niveau du soin qu'au niveau du lien social au service de la personne âgée accueillie.

C. La capacité de l'établissement à évaluer avec les usagers leurs besoins et leurs attentes dans le cadre du PDE en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.

Lors du pré-accueil, puis de l'accueil, la direction va rechercher prioritairement le consentement éclairé de la personne âgée pour intégrer l'EHPAD tout en étant dans l'écoute des failles. Les médecins coordonnateurs évaluent les dispositions par rapport à son autonomie et ses capacités cognitives ; les référents recueillent ses habitudes de vie lors des premiers jours.

D. L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique, y compris dans le traitement des demandes en urgence.

Concernant le résident, chaque contact téléphonique donne lieu à une rencontre avec le directeur de l'établissement. Si la candidature n'est pas retenue un courrier est envoyé à la personne ou à son entourage. L'urgence est évaluée par la direction.

E. Les conditions dans lesquelles sont élaboré le projet personnalisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur.

Lors de l'admission les habitudes de vie, l'histoire de vie, les souhaits d'animation et plus généralement les besoins et les attentes sont recueillis par les référents auprès du résident et de sa famille. La notion de coréférence donne aux salariés la responsabilité de coordonner la mise en œuvre du projet. Aujourd'hui la construction du projet personnalisé n'est pas systématique et serait un axe d'amélioration fort à mettre en place.

Lorsqu'il existe le projet est co-élaboré avec les référents et la psychologue.

F. L'effectivité du projet d'établissement sur l'accès et le recours aux droits.

Dans la procédure d'accueil de tout nouveau résident, conformément à l'article 311-7 du CASF, la secrétaire de l'EHPAD remet à la personne lors de la constitution du dossier d'admission le règlement de fonctionnement et la charte des droits et des libertés (article 311-4 du CASF).

Par ailleurs dans le projet d'établissement sont explicités les accès aux droits fondamentaux de chaque résident de la manière suivante :

- Ecoute régulière de l'ensemble du personnel
- Liberté de circuler, liberté de culte,
- Accès aux soins,
- Possibilités de rencontres formalisées avec la Direction
- Utilisation des moyens d'expression individuels et collectifs
- Recherche systématique du consentement éclairé et du libre choix

G. La réponse de l'établissement aux attentes exprimées par les usagers

Au cours des divers entretiens formels, informels, dans le cadre du CVS ou dans les temps de repas, les résidents explicitent leur contentement pour ce qui est de l'accompagnement proposé. Ils mentionnent et insistent sur la considération que leur portent le personnel et leur disponibilité. Ils expriment leur sentiment de sécurité. Ils insistent sur le fait qu'ils ne sont pas seuls même si certains évoquent aussi la difficulté de quitter son domicile et de s'intégrer dans l'établissement pour se sentir comme chez soi.

H. La capacité de l'établissement à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.

L'instance du Conseil de la Vie Sociale est conforme à la réglementation et est fortement investie. Concernant la restauration, les avis, besoins, attentes sont recueillis lors de la commission menus (environ six fois par an). De plus, de nombreux moyens de communication et d'information sont mis en place, indicateurs de la capacité à faciliter et valoriser la participation des résidents à la vie de l'établissement : compte-rendus, panneaux d'affichage, signalétique, des fiches de réclamations ou des boîtes à idées.

Les enquêtes de satisfaction sont en revanche à mettre en place chaque année et à analyser pour poursuivre la dynamique d'amélioration continue de l'accueil et l'accompagnement du résident.

I. La capacité de l'établissement à observer les changements et adapter son organisation.

Les observations faites lors de l'évaluation externe font ressortir les indicateurs suivants, marqueurs de la capacité de l'établissement à observer et adapter son organisation, exemples :

- transmission quotidienne et croisement des observations des équipes soignantes et paramédicales pour produire une évaluation quotidienne de l'état général des résidents,
- intérêt porté par les personnels des unités de vie, AS, AMP, ASH à l'état physique et psychique de résident et adaptation en fonction des humeurs et pathologies du moment du déroulement des journées, des animations, de la vie quotidienne,
- Réflexion menée autour de nouvelles compétences pour accompagner les professionnels et les résidents présentant des troubles comportementaux majeurs

J. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans la réponse apportée aux usagers se concrétisent par :

- une adaptation de l'établissement pour les personnes vulnérables
- une organisation médicale et paramédicale interne garantissant la sécurité, la qualité des soins,
- une continuité des soins (collaboration avec les médecins traitants, conventions avec des établissements de soins)
- un personnel soucieux du respect de la vie privée et de l'intimité des personnes malgré les chambres doubles
- une aide proposée pour tous les actes de la vie quotidienne respectant l'autonomie de la personne,
- un accompagnement de fin de vie assuré dans la dignité et le respect des convictions des résidents,
- une prise en charge de la douleur (protocoles, mises en œuvre et évaluation, formation du personnel , espaces Snoezelen, un partenariat avec le CHRU de Clermont-Ferrand) ,
- la prévention des risques de chutes, escarres (protocoles, mises en œuvre, évaluations),
- des prises en charges spécifiques : dénutrition, incontinence, contention,
- une prise en compte des risques alimentaires,

- une démarche de prévention de la maltraitance,
- prévention des risques infectieux et des risques de contamination,
- une prise en compte de la sécurité des résidents (sorties, registre de sécurité incendie, plan d'évacuation),
- le souci de l'alimentation
- la mise en place d'animations en lien avec le désir et les possibilités de personnes

K. La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité ; prévention des situations de crise ; mise en place d'un dispositif de régulation des conflits ; technique de PEC offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes ; politique globale de gestion des risques.

Afin d'assurer la protection des personnes accueillies, le directeur de l'EHPAD François Mitterrand s'est entouré d'un ensemble de professionnels qui ont la charge de prendre en compte les facteurs de risque et d'insécurité.

Les contrôles de sécurité propres à l'établissement font l'objet de contrats de maintenance. Ils sont suivis de manière très rigoureuse par le responsable du service technique. Un contrôle de conformité est réalisé chaque année par diverses entreprises habilitées (détection incendie, centrale d'air, chauffage, climatisation, ascenseurs, installations électriques, maintenance des frigos).

La commission sécurité incendie et d'accessibilité a émis un avis favorable à l'unanimité de ses membres en 2012.

Au niveau de la restauration, la marche en avant est respectée. Les protocoles de contrôle de chauffe ou de refroidissement sont affichés sur chaque machine. Les audits labo avec prélèvement alimentaire et de surface sont réalisés une fois par mois. L'inspection sanitaire a eu lieu en février 2011 pointant des non-conformités mineures qui ont fait l'objet d'un plan d'actions correctives. Le plan de maîtrise sanitaire est réalisé. Il existe néanmoins des axes d'amélioration possibles concernant les liaisons chaudes de la cuisine aux étages dans des espaces de prises de repas non dédiés et dans l'accompagnement aux repas. Une diététicienne s'emploie avec le chef de cuisine à passer chaque semaine dans les unités de vie pour recueillir les attentes et besoins des personnels et évaluer les prises de repas.

Le responsable du service technique prévient les risques de légionellose en conformité à la circulaire 2005-493 du 28 octobre 2005 : Le laboratoire passe une fois par an (dernière visite octobre 2013).

Le circuit du linge est tracé. Les protocoles de référence, de procédures d'utilisation des machines, des gestes techniques sont présentés sous forme de photos, ainsi que les fiches techniques des produits et les consignes de sécurité d'utilisation.

L'entretien des locaux n'est pas uniforme et il serait nécessaire d'harmoniser les pratiques en formant régulièrement le personnel et penser au niveau de la direction à disposer d'un poste de gouvernante/maîtresse de maison.

La prévention des risques et la gestion des situations de maltraitance

Les risques de maltraitance inhérents aux conditions de prise en charge et d'accompagnement au quotidien (soins mal faits, paroles déplacées) sont évalués et anticipés selon les services. Une formation en intra « Promouvoir la bientraitance » est assurée par la psychologue qui est référente maltraitance. D'autres formations sont organisées dans ce sens : humanitude, Snoezelen, GAPA. La charte de bientraitance est affichée dans l'ensemble des unités de vie. La procédure, les mécanismes de contrôle, de signalement et de gestions de situations de maltraitance sont formalisés et connus par le personnel. Une fiche d'événements indésirables est remplie et transmise au directeur de l'établissement. Le numéro d'alerte, la liste des personnes qualifiées et les coordonnées des représentants des familles du CVS sont affichés dans le hall principal.

L. La capacité de l'établissement pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.

L'établissement recourt aux dispositifs de formations tant internes qu'externes pour assurer le maintien de la cohérence institutionnelle en direction des résidents, pour son personnel tant au niveau du climat socio-émotionnel qu'au niveau de la délivrance des prestations professionnelles.

M. Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité d'hébergement.

En référence à l'article L 311-3 du CASF, et par l'article 12 de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le droit à la vie privée implique notamment « le droit de n'être troublé par autrui ni chez soi (inviolabilité du domicile), ni dans son quant à soi (inviolabilité de la sphère d'intimité) ». Il en découle la nécessité pour chaque résident d'avoir à disposition un espace qui lui permette de se préserver du regard d'autrui lorsqu'il le souhaite. La direction a pris la mesure de cette nécessité et met en œuvre son projet architectural. Le reste des équipements est confortable (larges fenêtres, éclairage adapté, et conforme aux normes de sécurité, prise TV et téléphone, lit médicalisé, penderie et tiroirs fermant à clé).

Le responsable du service technique assure sous la responsabilité du directeur, la maintenance. Des fiches de demande de travaux ou d'intervention sont utilisées. Les contrôles réguliers des installations sont effectués par le service maintenance. Tous les actes relevant des obligations réglementaires sont externalisés par contrats préventifs et curatifs.

N. Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'informations, méthode de travail, dispositif de gestion de crise, modalités de formation des personnels.

Une veille documentaire et réglementaire est organisée et sert de référence à l'ensemble du personnel. Les circulaires font l'objet de réflexion de protocoles élaborés par les personnes concernées.

Les salariés sont fortement mobilisés dans le travail auprès des résidents. Leur bienveillance est d'ailleurs reconnue par les familles et les partenaires.

La direction est très attentive aux conditions de recrutement des salariés, à leur intégration et à leur formation continue (les plans de formations sont conformes aux besoins des salariés). Les entretiens annuels renforcent ce sentiment d'écoute auprès des salariés.

Le soutien psychologique des salariés par la psychologue de l'établissement est apprécié dans les moments difficiles (deuils, conflits).

O. La capacité de l'établissement à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.

Lors des réunions de transmissions ou des réunions de service, le personnel peut évoquer ses difficultés de prise en charge ou d'accompagnement de telle ou telle personne. LE DUERP est réalisé. Mais une attention particulière est à porter sur les glissements de tâches et le rythme de travail variable d'une unité à l'autre pouvant conduire à une usure professionnelle.

Médecins coordonnateurs, cadre de santé, psychologue et ergothérapeute peuvent aussi intervenir/sensibiliser les professionnels sur des thématiques très précises.

P. Le rôle de l'établissement au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir, notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations :

- ✓ Perception de l'établissement et de ses missions par les partenaires, les usagers,
- ✓ Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur.

L'établissement est fortement valorisé par les résidents, leur familles, les partenaires, les fournisseurs, les bénévoles pour la qualité des prestations et l'attention portées aux personnes âgées et la sérénité des lieux. Les partenaires (professionnels, association de bénévoles) soulignent la bienveillance du personnel vis-à-vis des résidents, de la bonne dynamique médicale et organisationnelle de l'établissement et le bon fonctionnement en équipe. La mairesse de Gannat souligne la très bonne réputation de l'établissement dans son bassin de proximité.

Des collaborations médicales sont formalisées : Equipe Mobile de Soutien et d'Accompagnement (EMSA), Hospitalisation à Domicile (HAD), service des Urgences et de Radiologie du centre hospitalier de Vichy, RASP 03 (Réseau d'Accompagnement de Soins Palliatifs), service de Géro-psycho-geriatrie de Vichy Ouest UPSA, laboratoire d'analyses médicales de Gannat, Réseau Mémoire Allier, médecins libéraux.

Les partenariats intergénérationnels sont en revanche à développer.

Q. L'inscription de l'établissement dans un territoire donné à partir notamment :

- ✓ La prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu,
- ✓ Sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement

L'EHPAD est le 1^{er} employeur de la ville de Gannat. Madame le Maire de Gannat est présidente du Conseil d'Administration de l'EHPAD François Mitterrand. L'établissement vit au rythme de son territoire en accueillant des personnes âgées vieillissantes de plus en plus dépendantes.

L'établissement profite fortement de son implantation en ville et utilise les commodités commerciales et culturelles de la ville de Gannat. Mais le lien intergénérationnel (manifestations / animations avec les jeunes de proximité) est un axe de travail que souhaite développer l'EHPAD.

L'établissement reçoit des stagiaires pour tous les métiers dont il peut assurer la formation. Une procédure d'accueil de stagiaires est mise en place. Une convention est élaborée et un tuteur est désigné.

VII) PROPOSITIONS ET/OU PRECONISATIONS

Dans la perspective de l'amélioration continue de la qualité des activités et prestations délivrées par l'établissement ou le service, l'évaluateur formule, outre les propositions et/ou préconisations, toute observation utile à l'aide à la décision du 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.

Cet objectif porte :

- en premier lieu sur des aspects stratégiques ;
- en second lieu sur des éléments plus directement opérationnels.

Des priorités sont formulées, en regard des critères explicités.

Préconisation sur des aspects stratégiques et fonctionnels

- Clarifier le choix politique et stratégique sanitaire (long séjour USLD) ou médico-social (EHPAD) dans le cadre de la convention tripartite 2015
- Définir de façon modélisée et tracée les tâches, fonctions s'articulant par secteur hébergement / dépendance / soins évitant les glissements de tâches
- Promouvoir une formation systématique prévention maltraitance / promotion de la bientraitance titulaire / contractuels / intérimaires remplaçants y compris
- Configurer de façon structurante les espaces de vie collective dédiés ou polyvalents
- Supprimer les chambres à deux lits et agencer pour chaque chambre individuelle une douche individuelle
- Réactualiser le projet d'établissement et la modélisation du projet individualisé
- Approfondir la gestion des ressources humaines en perspective optimisation / efficacité / efficacité
- Renforcer la formation RABC pour la blanchisserie / hygiène
- Réaliser régulièrement le questionnaire de satisfaction
- Procéder au suivi, la continuation et l'évaluation du projet personnalisé
- Centrer l'ensemble du dispositif EHPAD sur le résident en adaptant les nécessités fonctionnelles de mise en œuvre des prestations
- Au niveau circuit liaison chaude des repas de midi et du soir, respecter à l'arrivée des étages la prise de température et relevé de traçabilité sur fiche (cf. obligation HACCP)
- Revisiter et réadapter tout le circuit du médicament
- Repositionner du temps de psychologue clinicien à disposition des résidents en requalifiant ses fonctions transversales supports ou création d'un poste spécifique de psychoclinicien
- Avec un ergothérapeute à temps plein, maximiser l'espace kinésithérapie dédié à la simulation de l'autonomie, la prévention, la réadaptation motrice, locomotrice et l'équilibre

VIII) SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE (3-5 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du CASF)

Elle est menée au regard des quatre objectifs de l'évaluation externe et concourt à une meilleure connaissance du service rendu au travers des activités et prestations.

Dans tous les cas, devront figurer dans le rapport les points ci-dessous décrits.

Introduction.

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

L'évaluation interne a été menée par un organisme extérieur qui a proposé son référentiel. Le processus évaluatif a été lancé le 24 septembre 2013. Une première étape de collecte de données assurant le respect des exigences règlementaires a été réalisée par les membres du Comité de Pilotage de la Qualité et les responsables de l'établissement. Puis en novembre 2013, des personnes ressources ont été désignées pour répondre aux questions du référentiel et établir la cotation des thématiques : droit et participation des usagers / personnalisation de la prestation et Organisation de l'établissement.

Le CODIR et le COPILCH ont traité les questions relatives au Projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre et à l'établissement et son environnement.

En février 2014, un Conseil de la Vie Sociale a permis de recueillir l'avis des représentants des résidents et des familles sur les thématiques de l'intimité, la participation à la vie quotidienne, la participation des familles et des proches, l'autonomie.

Le recueil des informations, le rapport de synthèse et le plan d'action ont été effectués par la responsable qualité sous l'autorité du directeur.

Les résultats ont fait l'objet d'un plan d'action basé sur les recommandations de l'ANESM et priorisé en fonction du confort et bien-être du résident. L'évaluation interne a été finalisée en mars 2014. Le plan d'amélioration continue de la qualité présente de manière précise les chapitres du rapport, les axes de l'ANESM, les priorités de réalisation, les objectifs, le type d'action, le responsable (personnes ressources) et les échéances de réalisation sur un échéancier portant sur cinq ans.

Le management de la démarche d'amélioration continue de la qualité est assuré par la référente qualité et le directeur de l'établissement tout en s'appuyant sur le comité de pilotage du changement (COPILCH). Les groupes de travail sont en cours ; les délais même s'ils ont été très courts entre le rendu de l'évaluation interne et la réalisation de l'évaluation externe ont permis de mesurer les écarts entre les deux évaluations.

La démarche d'amélioration de la qualité des prestations apparaît au moment de l'évaluation externe comme une réelle composante de l'organisation. Les indicateurs de cette dynamique sont :

- La réalisation de travaux pointés dans le plan d'amélioration
- le degré d'intégration de la référente qualité repérée et reconnue par l'ensemble des salariés
- la reconnaissance de l'intérêt de la démarche comprise comme une amélioration non comme un contrôle du travail.

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

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans la réponse apportée aux usagers se concrétisent par :

- une adaptation de l'établissement pour les personnes vulnérables
- une organisation médicale et paramédicale interne garantissant la sécurité, la qualité des soins,
- une continuité des soins (collaboration avec les médecins traitants, conventions avec des établissements de soins)
- un personnel soucieux du respect de la vie privée et de l'intimité des personnes malgré les chambres doubles
- une aide proposée pour tous les actes de la vie quotidienne respectant l'autonomie de la personne,
- un accompagnement de fin de vie assuré dans la dignité et le respect des convictions des résidents,
- une prise en charge de la douleur (protocoles, mises en œuvre et évaluation, formation du personnel, espaces Snoezelen, un partenariat avec le CHRU de Clermont-Ferrand),
- la prévention des risques de chutes, escarres (protocoles, mises en œuvre, évaluations),
- des prises en charges spécifiques : dénutrition, incontinence, contention,
- une prise en compte des risques alimentaires,
- une démarche de prévention de la maltraitance,
- prévention des risques infectieux et des risques de contamination,
- une prise en compte de la sécurité des résidents (sorties, registre de sécurité incendie, plan d'évacuation),
- le souci de l'alimentation
- la mise en place d'animations en lien avec le désir et les possibilités de personnes.

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

1) Le Projet d'établissement : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions ;

Le projet d'établissement présenté lors de l'évaluation externe se décline selon quatre projets distincts : le projet de vie, le projet de soins, le projet architectural et le projet d'animation. Les objectifs opérationnels présentés sont très clairs. Toutefois l'écriture d'un seul projet (projet d'établissement) réaffirmerait la cohérence entre l'objectif central de l'établissement et les objectifs opérationnels propres aux modalités d'hébergement et d'accueil au travers de chacun des volets médical, architectural, social, projet de vie (animation, hôtellerie, restauration, accompagnement fin de vie).

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

Le contenu des entretiens sur la gouvernance générale montre que le projet affirme la cohérence des moyens mis en œuvre pour atteindre l'objectif central de l'établissement :

- nombre suffisant de personnel
- moyens matériels, logistique adéquats mis à disposition du personnel pour l'accomplissement de leur mission autant au niveau des soins que de l'entretien des locaux, buanderie, entretien général,
- moyens administratifs
- locaux adaptés.

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

Les professionnels intervenant auprès des résidents sont de qualifications complémentaires : le projet de vie (aides-soignantes, agents de service hospitaliers, aide-médico-psychologique, psychologue, ergothérapeute), le projet de soins (médecins coordonnateurs, cadre de santé) et les soins (les infirmières, le kinésithérapeute), le suivi administratif par une secrétaire, la restauration (chef de cuisine, cuisinier et agents de restauration, l'entretien des locaux (technicien de maintenance) et le projet social porté par une équipe de direction.

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

En dehors des réunions de transmissions et de service, des formations/sensibilisations sont réalisées par les médecins coordonnateurs, la psychologue et l'ergothérapeute sur des thématiques en lien avec la santé des résidents : thématiques médicales (ex : douleur), la relation dans les actes de soins ou de nursing (ex : bientraitance, humanité), les techniques de manutention (ex : gestes et postures). Par ailleurs, il existe un plan de formation établi en fonction des besoins observés.

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

Les notions de bientraitance et de maltraitance sont connues de l'ensemble du personnel. La prévention des risques de maltraitance inhérents aux conditions de prise en charge et d'accompagnement au quotidien sont explicités. La procédure, les mécanismes de contrôle de signalement et de gestions de situations de maltraitance sont identifiés. La psychologue est repérée comme la référente maltraitance.

Le document unique des risques professionnels est réalisé mais une politique globale claire de gestion des risques professionnels est à partager avec l'ensemble des salariés.

Les entretiens annuels du personnel sont mis en place.

- 6) Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée, de décrire les modalités d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers ;

L'établissement rédige chaque année un rapport annuel de gestion donnant lecture du profil de la population accompagnée et d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers.

Le recueil d'informations lors de l'accueil, la concertation quotidienne entre les divers membres du personnel permet de mettre en place le projet de soins. Des propositions d'activités sont proposées.

Les questionnaires de satisfaction sont en revanche à mettre en place de manière annuelle.

- 7) La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS ;

L'appréciation de la cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés (pas toujours formalisés et pas toujours évalués) et les objectifs opérationnels déclinés par l'EHPAD ne peut guère être objectivée. Nous ne pouvons nous référer qu'à des témoignages tant des résidents que des familles qui expriment une pleine satisfaction de l'accompagnement proposé. La mise en place d'un comité de pilotage pour le suivi du projet d'établissement pourrait être un indicateur pertinent pour répondre à cela.

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

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

Des bénévoles animent en lien avec les animatrices de l'établissement des activités de manière hebdomadaire ou accompagnent à la demande le résident dans des démarches de sortie (administration, courses...). Une charte des bénévoles est élaborée. Il existe aussi d'autres formes de conventions avec des hôpitaux ou autres (coiffeurs, pédicures, kinésithérapeutes, équipe mobile, service d'hospitalisation à domicile...).

L'EHPAD est aussi connu en tant que lieu de stage par les organismes de formation qui lui confient des stagiaires en formation du secteur médical.

- 2) La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS ;

L'évaluation externe fait apparaître une perception très positive de l'établissement par ses partenaires ; beaucoup parle de bienveillance. L'établissement est bien repéré pour les missions, son image est positive.

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

Les personnes extérieures sont accueillies et informées pour ce qu'elles ont à faire dans l'établissement. Les référents de la personne âgée véhiculent toutes les informations importantes concernant le résident tant au sein des équipes internes qu'avec les partenaires extérieurs.

Les informations concernant les prestations extérieures à l'établissement sont affichées en termes de jour et d'heures d'interventions. Les différentes animations à la semaine sont affichées dans les ascenseurs (lieu de passage commun). Le rappel des activités se fait dans les services par l'ensemble du personnel auprès des résidents. Les prestations médicales (rendez-vous avec le médecin traitant, le kiné) sont relayées par le cadre de santé et relayées par les infirmières et inscrites dans le logiciel de suivi.

- 4) 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 ;

L'établissement utilise les ressources de l'environnement immédiat pour faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des résidents : manifestations municipales, ressources commerciales, vie culturelle.

Les droits des résidents sont respectés : participation à la vie citoyenne, respect des croyances.

Les informations de la vie de l'établissement, évènements, animations sont affichés dans les lieux de passage. Mais l'établissement ne dispose pas de site internet et ne s'est pas doté de plaquette d'information.

III. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers (fonctionnement du CVS ou autre forme de participation).

- 5) 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 ;

Le recueil des habitudes de vie, le plan de soins, les pratiques culturelles et/ou religieuses permettent d'instruire des activités ou des attentions à mettre en place durant le séjour de la personne et ce jusqu'à la fin de sa vie. La mise en place des projets personnalisés se poursuit. L'implication de l'ensemble des personnels est effective.

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

Les habitudes de vie, dont l'exploration est prévue par le protocole d'admission, et l'observation se fait lors des premières semaines de présence dans l'établissement, sont les bases du projet personnalisé.

Le projet est construit par l'ensemble du personnel concerné avec le résident et sa famille ou son représentant légal. Lorsque la personne est en difficulté pour s'exprimer, c'est une écoute active de toutes les expressions (visage, main, postures) et la proposition de grilles non verbales qui permettent au personnel d'interpréter et de valider le besoin ou l'attente de la personne.

- 7) 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 ;

Le processus d'actualisation des projets n'a pas encore fait l'objet de protocole ce qui rend le suivi des projets aléatoire.

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

Tous les résidents ont eu à leur accueil, un livret d'accueil, la charte des droits et des libertés, le règlement de fonctionnement. Il y a dans des salles communes des boîtes à idées. Le livret d'accueil et la charte sont affichés à l'accueil de l'établissement ainsi que les comptes-rendus du CVS. La secrétaire de l'établissement est aussi une personne ressource pour les plus indépendants. Les résidents peuvent accéder aux informations les concernant, administratives par l'intermédiaire du secrétariat des résidents, ou auprès du cadre de santé. Toutes les demandes sont prises en compte.

Les résidents ont la possibilité de consulter leur dossier de soin sur demande avec accompagnement par les professionnels.

- 9) La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers ;

La mission de l'EHPAD François Mitterrand est d'accueillir des personnes de plus en plus dépendantes et de les accompagner jusqu'au terme de leur vie en leur proposant diverses modalités d'accueil et d'hébergement de qualité, un service de restauration répondant à leurs goûts et à leurs besoins nutritionnels, des soins adaptés et des activités leur permettant de maintenir un lien social. Cette organisation cohérente menée par des équipes de professionnels et de bénévoles bienveillants, suscitent chez les résidents et leurs proches une reconnaissance profonde permettant d'envisager une fin de vie sereine.

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

L'instance du Conseil de la Vie Sociale est conforme à la réglementation et est fortement investie. Concernant la restauration, les avis, besoins, attentes sont recueillis lors de la commission menus (environ six fois par an). De plus, de nombreux moyens de communication et d'information sont mis en place, indicateurs de la capacité à faciliter et valoriser la participation des résidents à la vie de l'établissement : compte-rendus, panneaux d'affichage, signalétique, des fiches de réclamations ou des boîtes à idées.

Les enquêtes de satisfaction sont en revanche à mettre en place chaque année et à analyser pour poursuivre la dynamique d'amélioration continue de l'accueil et l'accompagnement du résident.

IV. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques de maltraitance institutionnelle ou individuelle.

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

Les visites des familles et des proches des résidents sont les bienvenues dans l'établissement. Il leur est possible de prendre les repas, de rester la journée de sortir avec lui. Le personnel respecte les règles de courtoisie en vigueur. Le vouvoiement des personnes est exigé. Tout membre du personnel frappe à la porte du domicile avant d'y pénétrer. Les toilettes et les soins apportés aux résidents sont effectués porte fermée. Les communications et courriers sont transmis sans délai.

La confidentialité des informations sont respectées.

Il existe des protocoles et des procédures pour les professionnels au sujet du respect de la vie privée des résidents pour ce qui est de la vie quotidienne basés sur une philosophie de l'accompagnement du soin appelée humanité.

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

Les risques de maltraitance inhérents aux conditions de prise en charge et d'accompagnement au quotidien (soins mal faits, paroles déplacées) sont évalués et anticipés selon les services. Une formation en intra « Promouvoir la bientraitance » est assurée par la psychologue qui est référente maltraitance. D'autres formations sont organisées dans ce sens : approche humanité, Snoezelen, GAPA (Geste Adaptée à la Personne Agée). La charte de bientraitance est affichée dans l'ensemble des unités de vie.

La procédure, les mécanismes de contrôle, de signalement et de gestions de situations de maltraitance sont formalisés et connus par le personnel. Une fiche d'événements indésirables est remplie et transmise au directeur de l'établissement. Le numéro d'alerte, la liste des personnes qualifiées et les coordonnées des représentants des familles du CVS sont affichés dans le hall principal.

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

La préoccupation de la direction est d'adapter les conditions d'accompagnement au vieillissement des résidents compte tenu de l'engagement d'accueillir les personnes jusqu'à la fin de la vie. Pour ce faire, le plan de formation défini par la direction tient compte des besoins identifiés. Par ailleurs, médecins coordinateurs, psychologue et ergothérapeute interviennent auprès du personnel pour les sensibiliser à des problématiques qu'il rencontre.

X) MODELE D'ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE (367 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du CASF)

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

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

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

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

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

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

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

A) La démarche d'évaluation interne

(Exemples d'items : modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, de participation des usagers, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats...). Pour les services à la personne (SAP) agréés, cette rubrique correspond aux points investigués dans le cadre du cahier des charges de l'agrément.

Items (5 maximum)	Forces	Points d'amélioration	Propositions/préconisation formulées par l'évaluateur externe
Evaluation interne Accueil de Jour		Evaluation du projet de service au regard de son écriture et des réalisations concrètes	Evaluer le projet d'Accueil de Jour
Participation des usagers	Consultation et concertation des résidents lors du CVS		
Pilotage d'amélioration continue de la qualité	Une dynamique est organisée autour de la référente qualité et de la direction, garants de la démarche, de la méthode, de la traçabilité de la démarche	Mise en place d'une commission qualité	Maintenir cette dynamique
Participation des bénévoles et des partenaires		Association à la démarche	Recueillir des informations dans une démarche d'amélioration continue des prises en charges dans la qualité de vie et la personnalisation des projets
Réalisation des actions d'amélioration continue		Lisibilité et maintien de la dynamique d'amélioration continue de la qualité	Communiquer dans les différentes instances (résidents, familles, personnel) sur la réalisation des travaux engagés

B) La prise en compte des recommandations de Bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'ESSMS

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

Items (5 maximum)	Forces	Points d'amélioration	Propositions/préconisation formulées par l'évaluateur externe
La conciliation vie en collectivité et personnalisation de l'accompagnement	L'organisation architecturale de l'établissement (multiplicité des lieux de vie) et les projets de vie portés par une équipe pluridisciplinaire permettent de concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement		
Respect de l'intimité, la dignité et l'intégrité de la personne accueillie	Culture partagée autour de la philosophie du soin humanité Nouveau bâtiment favorisant les chambres individuelles avec des espaces sanitaires privés		Poursuivre l'amélioration continue du confort et de l'accessibilité du résident
La bientraitance	Charte affichée dans tous les services Numéro d'urgence affiché	Améliorer le rythme dans tous les services Poursuivre les groupes de paroles / agents	Sensibiliser/former annuellement le personnel
L'accompagnement personnalisé de la santé du résident	Respect du libre choix du médecin traitant du résident et forte coordination entre le médecin coordinateur et l'ensemble de l'équipe soignante garante des bonnes pratiques gériatriques	Sécurisation du circuit du médicament	Revisiter et réadapter le circuit du médicament

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

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

Items (5 maximum)	Forces	Points d'amélioration	Propositions/préconisation formulées par l'évaluateur externe
Référence aux politiques publiques		Lisibilité des stratégies politiques de l'établissement en lien avec son environnement local, départemental et régional.	Rédiger un projet d'établissement dans sa dimension stratégique
Référence aux valeurs portées par l'établissement	Déclinaison des valeurs dans le projet de vie		Développer ces valeurs dans un réflexion partagée sur l'éthique
Modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement		Cohésion du projet d'établissement (projet architectural, projet de vie, projet social, projet d'animation) au regard des besoins repérés auprès des résidents et des moyens demandés.	Elaborer un projet d'établissement selon les recommandations de l'ANESM
Mesure des impacts du projet d'établissement dans les accompagnements proposés		Synergie des équipes, résidents et des familles dans le projet d'établissement Mise en place d'un comité de pilotage	Communiquer, partager le projet d'établissement avec les différentes instances (professionnels, CVS, représentants du personnel, familles...)

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

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

Items (5 maximum)	Forces	Points d'amélioration	Propositions/préconisation formulées par l'évaluateur externe
Perception du rôle et des missions de l'établissement par les partenaires extérieurs	La qualité d'accompagnement en fin vie		
Une continuité des soins en lien avec l'environnement	Conventions avec les services de l'agglomération		
Développer une analyse avec les partenaires sociaux sur la précarité de la personne âgée		Développement du partenariat social	Développer ses relations avec le CCAS
Assoir son réseau partenarial au bénéfice des résidents dans le cadre d'animations externes	Convention avec associations	Réactualisation du projet d'animation	Mesurer/Evaluer les effets attendus
Développer les échanges intergénérationnels		Développement et valorisation des animations intergénérationnelles	Mesurer/Evaluer les effets attendus

E) Personnalisation de l'accompagnement

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

Items (5 maximum)	Forces	Points d'amélioration	Propositions/préconisation formulées par l'évaluateur externe
Accueil des nouveaux résidents	Protocole d'accueil permettant l'équité de traitement, respectueux des personnes		
Prise en compte des interactions avec l'environnement familial et social de la personne	Participation des familles à des activités festives (anniversaires...) Organisation d'activités en extérieur Libre choix d'exercer des activités en extérieur		
Un projet de vie (soins, social, activités,...) qui respecte le rythme des résidents, leur liberté, leur dignité, leur singularité	Co-référence (professionnels de l'équipe soignante)	Coordination des différents projets d'accompagnement (soins, vie sociale, soutiens, loisirs,...) Valorisation de la parole de la personne Mise en place d'un protocole d'actualisation du PP	Systematiser la formalisation du projet personnalisé et évaluer le projet personnalisé
Un accompagnement en fin de vie le plus respectueux possible de la personne	Conventions partenariales : HAD, réseau d'accompagnement de soins palliatifs, équipe mobile Equipe de Soutien et d'accompagnement propre à l'EHPAD (médecins coordinateurs, 2 IDE, psychologue) intervenant à la demande sur l'ensemble des résidents		

F) L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

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

Items (5 maximum)	Forces	Points d'amélioration	Propositions/préconisation formulées par l'évaluateur externe
Connaissance des modalités d'expression par le résident	Les divers supports d'expression individuelle sont connus et utilisés		Maintenir ce degré de disponibilité et d'écoute
Existence des instances favorisant les participations collectives	Commission des menus CVS	Mise en place d'une commission animation	
Questionnaire de satisfaction annuel remis aux résidents et à leurs familles		Recueillir les attentes et affiner le degré de satisfaction et prévoir des processus d'amélioration	Instaurer des questionnaires de satisfaction chaque année

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

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

Items (5 maximum)	Forces	Points d'amélioration	Propositions/préconisation formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte des facteurs de risques	Application du décret 2001-1016 du 5 novembre 2001 : le Document Unique des Risques est organisé par unités de travail : les risques sont identifiés et le plan de prévention est établi.	Remplir les fiches de pénibilité par et pour chaque salarié	Maintenir la vigilance d'une mise à jour annuelle ou lors d'aménagement modifiant les conditions de travail ou lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie
Formation du personnel	Entretiens annuels et plan de formation opérationnel		Maintenir une écoute attentive aux besoins exprimés
Prévention et gestion des risques non infectieux	Protocoles contentions, chutes	Rédaction protocole dénutrition,	Poursuivre la réalisation des protocoles, les partager au sein des équipes soignantes et les évaluer
Prévention et gestion des risques infectieux		Evaluation et harmonisation des pratiques	Renforcer et coordonner les protocoles d'hygiène des locaux
Traitements des faits de maltraitance	Présence d'un référent maltraitance	Mise en place des évaluations des pratiques professionnelles	Prévenir les faits de maltraitance

H) Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'évaluation externe de l'EHPAD François Mitterrand de Gannat s'est déroulée dans des conditions de coopération très satisfaisantes à la fois de la part de la gouvernance institutionnelle, de l'équipe de professionnels, mais aussi des résidents, de leurs familles, des bénévoles et des partenaires de l'établissement. Ainsi grâce à l'organisation du directeur de l'établissement et de la référente qualité de l'établissement, l'institut Saint Laurent a pu rencontrer ces différents acteurs aux moments voulus et selon un temps suffisant. Des réajustements à notre demande ont pu être entendus ce qui a montré une souplesse et une capacité d'adaptation marquées de l'établissement.

Les documents requis ont été confiés ou étudiés à la demande et les réponses aux questions obtenues en toute franchise.

Voici une synthèse générale de l'évaluation :

Les atouts de l'EHPAD François Mitterrand :

- L'EHPAD est en conformité avec les différentes réglementations et particulièrement celles de la loi 2002-2
- La diversité des modalités d'accueil et d'hébergement
- Une complémentarité interdisciplinaire efficiente
- Une dynamique d'amélioration continue de la qualité partagée

Les faiblesses de l'EHPAD François Mitterrand :

- L'épuisement du personnel / glissement de tâches (AS/ASH)
- La structuration du projet d'établissement
- Le manque d'espaces privés

Les opportunités :

- La reconnaissance des partenaires administratifs
- Le projet architectural

Les menaces :

- Le rythme de travail
- Le glissement de tâches

Avis de l'évaluateur :

Faisant suite à l'ensemble des investigations, l'Institut Saint Laurent prononce un avis très favorable pour la poursuite ou le renouvellement de l'autorisation de l'exploitation de l'établissement.

I) 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 session....)

Items (5 maximum)

La méthodologie d'évaluation externe qui a été développée peut se repérer à partir des items suivants développés par ailleurs dans la partie II de ce rapport :

Analyse documentaire

Rencontres collectives et individuelles avec la gouvernance institutionnelle, les professionnels, les résidents, les familles, les bénévoles, les partenaires

Observations de pratiques et de fonctionnement

Méthode d'analyse de contenu croisée au regard des textes règlementaires et des recommandations de l'ANESM

7 jours dont 4 jours sur site

Amplitude de 4 mois (octobre 2014/janvier 2015)

J) Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
L'évaluation externe s'est déroulée dans un climat de sérénité, la pédagogie des évaluateurs a permis d'apporter un message de soutien et d'encouragement à l'encontre du personnel. A aucun moment une suspicion d'inquisition de la part des évaluateurs n'a été ressentie. Le binôme directeur/médecin de l'équipe a permis d'apporter de l'objectivité à l'évaluation.	Les conclusions et tout particulièrement les préconisations apportées par cette évaluation nous semble tout à fait cohérente et pertinente au regard de nos objectifs.

A Ecully, le 12 février 2015

Le Chef de mission
Cachet et signature

La direction de l'EHPAD