



**CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL  
CASTELSARRASIN MOISSAC**

# Rapport d'Evaluation Externe EHPAD – ADJ

---

**Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin Moissac**  
Boulevard Camille Delthil  
82200 MOISSAC



*Simone DELON  
Marilla FORT  
Félicien DANGLLOT*

# Sommaire

---



<b>Chapitre 1 : Eléments de Cadrage</b> .....	<b>CRP Consulting est une marque de BGE Sud-Ouest</b>
<b>Chapitre 2 : Descriptif de la procédure d'évaluation externe</b> .....	<b>14</b>
Etapes, Intervenants CRP, Personnes et/ou groupes rencontrés au sein de l'ESSMS, Calendrier.....	14
<b>Chapitre 3 : Développements informatifs et résultats de l'analyse détaillée</b> .....	<b>30</b>
I.    Appréciation globale.....	30
Graphique I : Appréciation globale .....	1
II.   Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne .....	42
Graphique II : Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne .....	49
III.  Examens de certaines thématiques et de registres spécifiques .....	50
Graphique III : Examen de certaines thématiques et de registres spécifiques.....	89
<b>Chapitre 4 : Synthèse</b> .....	<b>95</b>
<b>Chapitre 5 : Propositions et préconisations</b> .....	<b>101</b>
Abrégé selon le modèle d'abrégé proposé par l'ANESM.....	101
Préconisations stratégiques .....	104
Préconisations opérationnelles.....	104
Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe .....	108
<b>Finalisation du Rapport d'Evaluation Externe</b> .....	<b>109</b>

---

# Chapitre 1 : Eléments de Cadrage

---

## Présentation de l'établissement et de l'organisme gestionnaire

Le Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin-Moissac CHICM est doté d'un court séjour (Chirurgie, Médecin), d'un service d'Urgence et d'UHCD, d'un service de SSR, d'un HAD, d'un plateau technique. Sont aussi rattaché au CHICM, l'EHPAD et le SSIAD.

→ L'EHPAD est rattaché juridiquement au CHICM qui en assure la gestion

→ L'EHPAD regroupe sous le même code FINESS les 11 services sur 4 sites, soit un nombre total de 357 lits auxquels s'ajoute le PASA et l'accueil de jour.

Sur le site de Castelsarrasin (72 rue de la Mouline) sont située :

- dans le 1<sup>er</sup> bâtiment à l'entrée à droite :
  - o Les services (dits Maison de retraite) **Les Hortensias** avec
    - 35 lits en RDC et
    - 53 lits au 1<sup>er</sup> étages et,
    - 2 lits d'accueil temporaire
- dans le 2<sup>ème</sup> bâtiment en face la Maison de retraite et jouxtant le SSR
  - o Le service (dit cure médicale) **Les Tulipes** réparti sur 2 ailes de
    - De 2 fois 31 lits (CM1 et CM2)
  - o Le service (dit de long séjour) **Les Lavandes**
    - 30 lits au 1<sup>er</sup> étage

Au centre ville de Moissac (à côté du marché), le site accueil de jour, (13 rue Sainte Catherine) :

- 12 places

Au bord du Canal de Moissac (2 rue Antoine Bourdelle) : le site du canal composé

- o d'un service (dit cure médicale) : **Les Tulipes**
  - 40 lits

En périphérie de la ville de Moissac (Chemin Caillerat), le site les Grains Dorés comprenant les entités suivantes :

- un pôle gérontologique :
  - o L'unité de vie **Les Muscats**
    - 32 lits au RDC
  - o l'unité long séjour **Les Chasselats**
    - 30 lits au 1<sup>er</sup> étage
- un pôle Alzheimer composé de :
  - o 27 lits au 1<sup>er</sup> étage droite, **Le Cantou** (25 lits+ 2 temporaires)
  - o une unité Alzheimer autonome de 31 lits au 1<sup>er</sup> étage **Le Patio** (30 lits + 1 temporaires)

- une unité Alzheimer Dépendant, de 15 lits **Le Verger** de 15 lits
- un PASA dénommé **le Jardin** comprenant 14 places.

→Le SSIAD, situé à Moissac (bd Camille Delthil, pré de l'HAD), est d'une capacité de 10 places.

Le rattachement au CHICM et le nombre de sites, ont privilégié une organisation partagée de certaines fonctions : achats, logistique, travaux, finance, ressources humaines, restauration, blanchisserie, pharmacie.



## EHPAD - HJ

Adresse : bd Camille Delthil  
BP 302 – 82200 MOISSAC

Numéro FINESS : 820004950

Numéro N° SIRET : 26820016900012

Statut : Public

Nombre de lits ou  
places autorisés : 369

Accueil permanent : 355  
dont un  
PASA

Accueil temporaire : 2

Accueil de jour : 12

### Organisme gestionnaire :

Centre Hospitalier Intercommunal  
Castelsarrasin Moissac

<b>Création</b>	Arrêté du 3/12/2009 (extension de 60 places permanentes et 5 places d'hébergement temporaire soit 394 lits hébergement à temps complet, 8 lits d'hébergement temporaire et 12 places d'accueil de jour).
<b>Situation géographique</b>	Ville de Castelsarrasin et Moissac dans le Tarn et Garonne
<b>Type d'établissement</b>	EHPAD et Accueil de Jour
<b>Organisation environnante</b>	L'EHPAD est réparti sur 4 sites et comprend 11 services situés sur les villes de Moissac et de Castelsarrasin. L'accueil de jour est dans le centre ville de Moissac.
<b>Public accueilli</b>	Personnes âgées dépendantes dont une prise en charge spécifique avec un pôle Alzheimer
<b>Missions</b>	Accueillir des personnes de plus de 60 ans, valides ou semi-valides, qui ne peuvent ou ne souhaitent plus vivre à domicile.



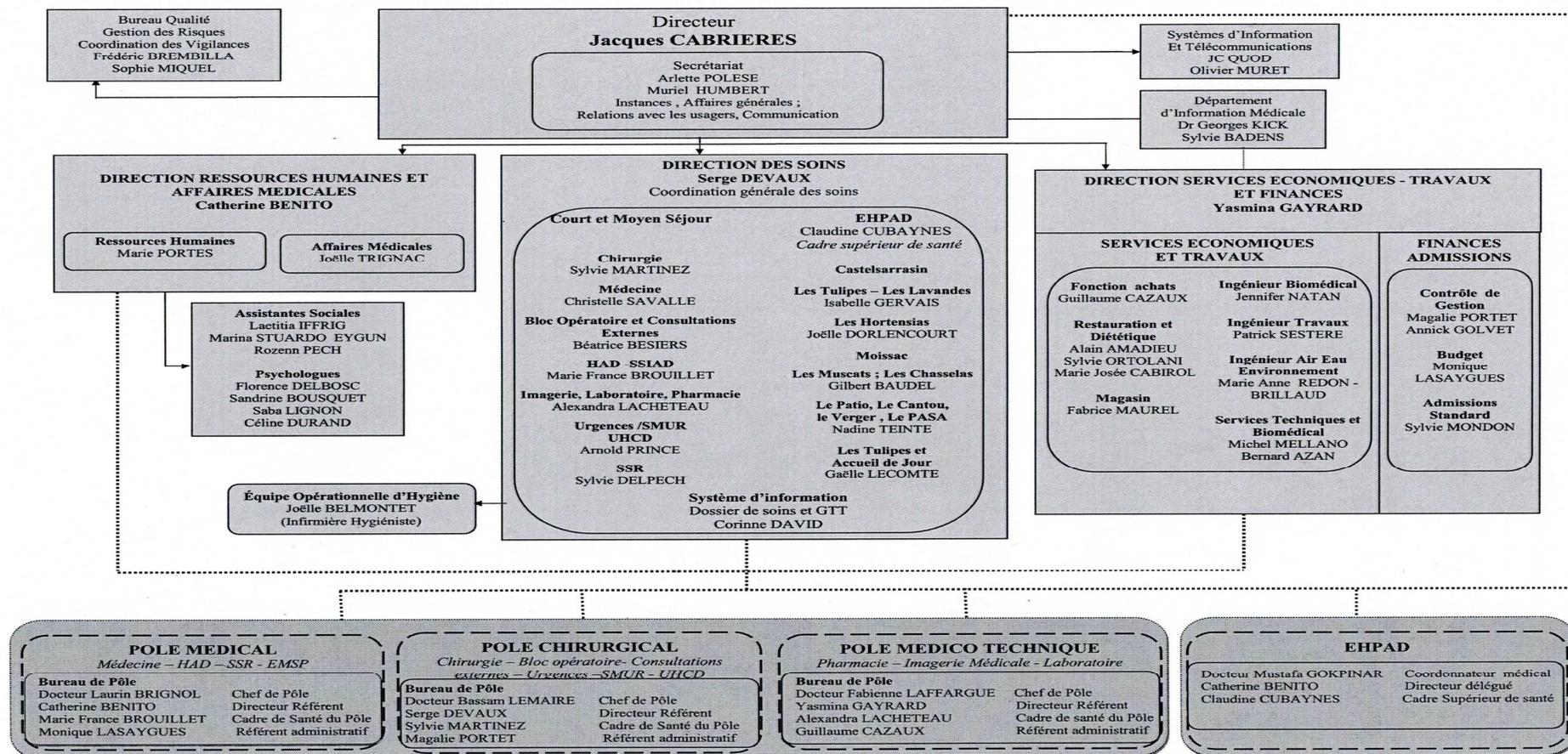
## Organigramme et gouvernance :

L'organigramme ci- dessus précise les liens hiérarchiques et fonctionnels de la structure.

La mise en œuvre et le suivi des objectifs sont assurés par la Direction et validés par Conseil de surveillance.

Maj octobre 2014

### ORGANIGRAMME DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL CASTELSARRASIN MOISSAC



## Nature et évolutions des activités

<b>Cadre réglementaire de l'activité</b>	l'Arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges des conventions tripartites,
	la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
	la Charte des droits et libertés de la personne accueillie définie par l'arrêté du 8 septembre 2003
	Circulaire DGCS/SD5C du 21 Octobre 2011 relative à l'évaluation externe
	Code de l'action sociale et des familles

## Le tableau des effectifs autorisés au 01/01/2014 :

Tableau des effectifs autorisés 2013

<b>Personnel</b>	<b>TOTAL BP 2013 Nombre d'ETP</b>
Direction Administration	4,80
Cuisine Services généraux - Diététicien	4 ETP emplois aidés + 0,50 diététicienne + 19,40 ETP entretien
Animation et service social	3,30
ASH - Agents de service affectés aux fonctions blanchissage/nettoyage	45,90
Aide -soignant – AMP	99,11
Psychologue	1,35
Infirmière	51,16
Autres auxiliaires médicaux (kiné / ergo)	2,80
Pharmacien et préparateurs en pharmacie	1,50
Médecin	3,20
<b>TOTAL</b>	<b>237,02</b>

## Les engagements qualité de l'établissement

<p>Engagement dans la démarche</p>	<p>la démarche d'évaluation interne est une démarche pluridisciplinaire et participative, nous permettant de mesurer les écarts entre nos pratiques et les différentes recommandations. La démarche est continue avec l'identification de nos points forts, des points à améliorer avec suivi d'un plan d'actions. Cette démarche est coordonnée par un comité de pilotage (Directeurs, Coordinatrice des soins, Médecins Coordonnateurs, Qualificienne) et s'appuie sur un référentiel, créé en interne, au plus près des prestations offertes (référentiel Angélique + recommandations de l'ANESM). 20 groupes de travail sont constitués, pluridisciplinaires, représentatifs des sites géographiques et intégrant les personnes ressources en fonction de leurs domaines de compétence</p> <table border="1" data-bbox="360 813 1027 1048"> <tr> <td data-bbox="360 813 1027 898"> <p>Autres démarches qualité engagées (certification, HACCP, RABC, ISO, COFRAC, Autres...)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 898 1027 1048"> <p>Centre Hospitalier Certification HAS Services des Cuisines HACCP Laboratoire ISO 15189 CBUM + arrêté du 06/04/2011 Pharmacie Intérêt d'un repérage de la Démence en EHPAD IDEM IQUARE Etude qualité de la prise en charge en EHPAD</p> </td> </tr> </table>	<p>Autres démarches qualité engagées (certification, HACCP, RABC, ISO, COFRAC, Autres...)</p>	<p>Centre Hospitalier Certification HAS Services des Cuisines HACCP Laboratoire ISO 15189 CBUM + arrêté du 06/04/2011 Pharmacie Intérêt d'un repérage de la Démence en EHPAD IDEM IQUARE Etude qualité de la prise en charge en EHPAD</p>
<p>Autres démarches qualité engagées (certification, HACCP, RABC, ISO, COFRAC, Autres...)</p>			
<p>Centre Hospitalier Certification HAS Services des Cuisines HACCP Laboratoire ISO 15189 CBUM + arrêté du 06/04/2011 Pharmacie Intérêt d'un repérage de la Démence en EHPAD IDEM IQUARE Etude qualité de la prise en charge en EHPAD</p>			
<p>Documentation qualité (procédure, protocoles)</p>	<p>Référentiel créé en interne par les Médecins coordonnateurs, la Coordinatrice des soins, la Qualificienne. Référentiel validé par les Cadres de santé et le Comité de pilotage de la démarche. Au référentiel Angélique, ont été intégrées les Recommandations de Bonnes Pratiques de l'ANESM (L'évaluation interne :Repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)</p>		
<p>Objectifs qualité de l'établissement</p>	<p>Le secteur EHPAD du Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin-Moissac est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des prestations délivrées depuis plusieurs années notamment par la signature de 2 conventions tripartites (2002 et 2007).</p> <p>Les lois du 02 janvier 2002 et du 21 juillet 2009 ont permis de formaliser le processus d'évaluation (évaluation interne et externe, calendrier de mise en œuvre). Ainsi et conformément au décret d'application N°2010-1319 du 03 novembre 2010, une évaluation interne a été menée sur le secteur EHPAD et le SSIAD du Centre Hospitalier.</p>		
<p>Projet d'établissement</p>	<p>Le projet d'établissement du Centre Hospitalier Inter-communal Castelsarrasin Moissac a été élaboré pour 2006 - 2011. Il est actuellement en cours de renouvellement et comprend un volet EHPAD précisant les besoins des résidents accueillis ainsi les différentes prises en charge proposées (médicales ou non). Les projets de service sont élaborés pour tous les services.</p>		

## Principales spécificités des personnes accueillies ou accompagnées et données d'activité

2 - Présentation des services de l'EHPAD				
Nombre de services <b>11</b>				
Nombre de sites <b>4</b>				
Nombre de lits installés 357 (sans le PASA, l'accueil de jour)				
Répartition des services de l'EHPAD par site				
Site	Services	Nombre de lits installés	GMP Données PATHOS - 2012	PMP Données PATHOS - 2012
Site de Castelsarrasin 72 Rue de la Mouline 82100 Castelsarrasin	« Les Hortensias »	90	629	305
	« Les Tulipes »	62	828	309
	« Les Lavandes »	30	928	308
Site du Canal 2 Rue Antoine Bourdelle 82200 Moissac	« Les Tulipes »	40	760	305
Site "Les Grains Dorés" Chemin Caillerat 82200 Moissac	« Les Muscats »	32	474	270
	« Les Chasselas »	30	873	394
	"Le Patio"	30+1 temporaire	786	358
	« Le Verger »	15	901	450
	"Le CANTOU"	25+2 temporaire	586	306
	PASA	14	na	na
Site "Accueil de jour" 13 Rue Sainte Catherine 82200 Moissac	Accueil de jour	12	na	na

## Analyse de la documentation de l'établissement

Titre du Document	Commentaire des évaluateurs externes (Existence/Pertinence/Cohérence)	Propositions des évaluateurs
Livret d'accueil	<p>Il est exhaustif mais non daté</p> <p>Existe aussi un protocole d'accueil du résident dans son unité (présentant la mission de tous les personnels concernés)</p>	<p>Il manque quelques éléments comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le rappel du droit à la confidentialité et au secret professionnel</li> <li>- Les chartes bientraitance</li> <li>- Les modalités de lutte contre les infections nosocomiales</li> <li>- Les personnes qualifiées ou les modalités d'accès (absence d'affichage)</li> </ul>
Identification de la personne gestionnaire	<p>Cohérent</p> <p>Arrêté du 21/2/2014 désignation du Directeur par intérim</p> <p>Arrêté Avril 2014 nomination effective</p>	
Document relatif à l'hygiène et sécurité	<p>DARI cohérent</p> <p>Commission de sécurité cohérent sauf pour la cure médicale 2 nommé Les Tulipes de Moissac (réaffectée type J)</p>	<p>Réaliser les travaux de mise aux normes</p>
Copie de l'autorisation	<p>Cohérent</p> <p>. Arrêté du 3/12/2009 (extension de 60 places permanentes et 5 places d'hébergement temporaire soit 394 lits hébergement à temps complet, 8 lits d'hébergement temporaire et 12 places d'accueil de jour.</p> <p>. PV visite de conformité EHPAD "les Grains Doré" (non installation de 38 places transférée sur le projet de Castelsarrasin</p> <p>. Labellisation du PASA 14 places le 22/8/2013</p>	
Livret d'accueil du personnel	<p>Document complet effectuée en 2009 mais version non datée, il a été remis au IRP</p> <p>Il présente l'établissement (service, organigramme, les différentes</p>	<p>Sont absents</p> <p>CNIL</p> <p>Droit à l'image</p>

	instances, ... la vie professionnelle (exécution du travail, médecine du travail, secret professionnel,...les consignes particulières), le statut du personnel (évaluation, formation, ... et les questions pratiques.	
Charte de la personne hospitalisée	Non concerné mais figure dans la documentations commune fournit au salarié	
Charte des droits et libertés de la personne accueillie	Existe la Charte de la personne âgée en institution	
Charte de l'Animation en Gérontologie	Cohérente	
Contrat de séjour	Cohérent	
Règlement de fonctionnement	est en cours de validation	Il serait opportun de faire apparaître . l'objet, la modalité d'élaboration et de révision du RF, . les conditions d'ouverture et d'accès à la structure et aux services . le fonctionnement de l'institution (les activités, gestion des urgences, les transfert, la prévention de la maltraitance et de la violence, . les droits à l'exercice des droits civiques . le droit à l'image, . la loi informatique et liberté CNIL Pour cette dernier, un affichage « CNIL » est effectué sur certains sites
Règlement intérieur	Non communiqué	A afficher et à communiquer au moment du recrutement
Projet d'établissement : 2014/2019	En cours de réactualisation Mais le projet de soins et de services ont été validé et référencé dans le PAQ	A réactualiser La date d'actualisation du PSS n'apparaît pas sur le document
PV CVS 2014, 2 réunions	Il se réunit régulièrement + commission menu	Pas de feuille des présents pour le dernier Et veiller au respect du quorum résident + famille par rapport aux représentants de l'établissement
Conventions tripartites	Communiqué	

Conventions	Listées consultés sur place	9 convention avec les Association des Bénévoles pour l'animation
Organigramme	Présent Ainsi que les fiches de poste	
Plan de formation :	Cohérent Commun avec le CHIC	
Planning des Animations	Cohérent, Charte, Projet et bilan régulier	
Rapport commission de sécurité :	Existe	Plan d'action à mettre en place et à lier au PAQ institutionnel
Enquête et Questionnaire de Satisfaction	Enquêtes des familles 14/8/2012 Enquêtes des résidents 2011	Vérifier si des axes d'amélioration ont été intégrés dans le PAQ institutionnel
Procédure d'élaboration du projet de vie individualisé	De nombreux outils ont été mis en place : protocole de déroulement de la synthèse d'entrée et élaboration du projet d'accompagnement personnalisé	Evaluer la connaissance de la procédure et la mise en place

---

## Chapitre 2 : Descriptif de la procédure d'évaluation externe

---

### Etapes, Intervenants CRP, Personnes et/ou groupes rencontrés au sein de l'ESSMS, Calendrier

#### Phase 1 – Préparation de l'Evaluation Externe

##### Etape 1 : Cadrage et planification de la mission

Chef de mission : Christine VIGUIE

##### Etape 2 : Analyse des documents : Août 2014 à septembre 2014

Chef de mission : Christine VIGUIE

Intervenants : Marilla FORT, Simone DELON et Félicien DANGLLOT

##### Etape 3 : Présentation aux personnels de l'évaluation externe

Chef de mission : Christine VIGUIE

Dynamique d'information interne réalisée avec la responsable qualité de l'établissement sur la base des supports CRP Consulting.

#### Phase 2 – Réalisation de L'Evaluation Externe

##### Etape 4 : Evaluation Externe du 1<sup>er</sup> au 5/12/2014

Intervenants : Marilla FORT (évaluateur 2), Simone DELON et Félicien DANGLLOT (évaluateur 1)

Les évaluateurs externes, après **lecture des documents** remis par l'établissement et **réunion préparatoire** de l'équipe d'évaluateurs externes ont alterné les entretiens individuels et collectifs et les observations de pratiques et de dossiers.

Des **plages horaires en nocturne** ont été positionnées pour couvrir l'ensemble du cycle de fonctionnement de l'établissement.

Le questionnaire évaluatif était directement issu de la structure des chapitres 3.2.4 « Périmètre » et 3.2.5 « Contenu minimum du rapport d'évaluation externe » de la Circulaire du 21 octobre 2011, relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations, délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le planning détaillé d'évaluation externe sur site est présenté ci-après.

**CALENDRIER EVALUATION EXTERNE EHPAD – SITE CASTELSARRASIN**  
**Dates 1 et 2/12/14**

Jour 1	Etapes	Durée	Lieu	Eval1	Eval 2	Professionnels/intervenants EHPAD	Domaine évaluatif
9H00	Accueil Réunion d'ouverture	30'		X	X	Equipe de Direction COFIL	Ajustement méthodologique Connaissance physique des entités l'établissement Point planning et logistique
9H30	Visite de l'ensemble des bâtiments	30'		X	X	Directrice et/ou Personnes dédiées	Connaissance physique (merci de fournir un plan synthétique aux évaluateurs)
10 H	Entretien individuel	30		X	X	Equipe de Direction	<u>Pilotage Stratégique :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet établissement et projet de service</li> <li>• Mode de management</li> <li>• Mode d'implication et de communication à l'équipe</li> <li>• Analyse des besoins de la population prise en charge</li> <li>• Mise en œuvre des projets : EHPAD, USLD, A Jour, lien avec la structure hospitalière</li> </ul>
10H30	Entretien collectif	30'		X	x	Equipe de Direction et Direction qualité et gestion des risques	<u>Appréciation globale</u> <u>Suites évaluation interne.</u> Communication autour de l'évaluation interne Suivi des PAQ Projets en cours Intégration RBPP
11h00	Entretien collectif	30'			X	Cadre de santé Commission d'admission IDE EHPAD 1	<u>Prise en charge,</u> admission, filière de soins, orientation Prise en compte des souhaits des résidents et des éléments d'approche diététique.

Jour 1	Etapes	Durée	Lieu	Eval1	Eval 2	Professionnels/intervenants EHPAD	Domaine évaluatif
11H00	Entretien individuel	30'		X		Agent entretien	Maintenance et sécurité, qualité des locaux et de l'environnement
11H30	Entretien individuel ou collectif	30'		X		Agents hôteliers Et ou de restauration	- service petit déjeuner, - service repas, prise en compte des régimes organisation des équipes, aides au repas, repas avec les familles, ...
11H 30	Entretien groupe animation	30'			X	animatrice AMP AS	Vie sociale, organisation, prise en compte des besoins et attentes, lien avec le service de soins
12H30 13H30	DEJEUNER sur place en salle de restaurant (table individuelle) ou avec l'équipe de Direction						
13 H 30	Entretien individuel	30			X	Ergothérapeute	Prise en charge spécifique, lien avec les équipes, transmission, suivi
13h 30	Entretien individuel ou collectif	30		X		Agents hôteliers I	Entretien des locaux
14 H	Entretien collectif	30'		X	X	Directeur IDE référente IDE référente bientraitance	Prévention et gestion du risque de maltraitance – promotion de la bientraitance Gestion des plaintes - FEI Organisation des moyens : Vie affective, liberté d'aller et venir (contention) Accès et recours aux droits Protections juridiques  Formation

Jour 1	Etapes	Durée	Lieu	Eval1	Eval 2	Professionnels/intervenants EHPAD	Domaine évaluatif
14 H30	Entretien groupe	30'			X	Equipe de soins EHPAD 2	Fonctionnement Modalités de prise en charge, suivi, transmission, support d'information
15 H	Entretien individuel ou collectif	30'			X	Personnels paramédicaux	Les soins para-médicaux Chutes, escarres, incontinence, risque suicide, vie affective, relationnel ...
14H30	Entretien individuel	30'		X		bénévoles	Bénévolat Vie sociale
15H00	Groupe CVS	60'		X		Membres CVS représentants familles	Fonctionnement CVS Expression des usagers Consentement Respect des droits des usagers
15H30	Entretien individuel	30'			X	Cadre de santé et Médecin coordonnateur	PPA Continuité prise en charge... Dossier du résident
16H00	Gestion de la qualité	60'		X	X	RAQ, pilotes de groupe de travail	Suivi du plan d'action Gestion globale des risques Enquêtes de satisfaction Résultats d'audits
17H	Synthèse entre Evaluatrices Rencontre complémentaires si besoin	30		X	X	Evaluatrices externes	Synthèse Préparation restitution
17H30	Entretien individuel	30'		X	X	Directeur	Restitution « à chaud » de la journée

Jour 1	Etapes	Durée	Lieu	Eval1	Eval 2	Professionnels/intervenants EHPAD	Domaine évaluatif
18H 19H00	Consultation de documents	30'		X	X	Evaluatrices externes	
	DINER ou COLLATION selon le choix des évaluateurs						
19h30 20h30	Entretien individuel	45'		X	X	Personnels de nuit	Organisation, pratiques professionnels nuit

**CALENDRIER EVALUATION EXTERNE EHPAD – SITE CANAL**  
**Dates 3/12/14**

Jour 1	Etapes	Durée	Lieu	Eval1	Eval 2	Professionnels/intervenants EHPAD	Domaine évaluatif
9H00	Accueil Réunion d'ouverture	30'		X	X	Equipe de Direction COFIL	Connaissance physique des entités l'établissement Ajustement méthodologique
9H30	Visite bâtiment	15'		X	X	Directrice et/ou Personnes dédiées	Connaissance physique (merci de fournir un plan synthétique)
9h45	Entretien individuel	15'		X	X	Equipe de Direction	<u>Pilotage Stratégique spécifique:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• projet de service</li> <li>• Mode d'implication et de communication à l'équipe</li> <li>• Analyse des besoins de la population prise en charge</li> <li>• Modalités de suivi du projet de service</li> </ul>

Jour 1	Etapes	Durée	Lieu	Eval1	Eval 2	Professionnels/intervenants EHPAD	Domaine évaluatif
10H00	Entretien collectif	15'		X	x	Equipe de Direction et Direction qualité et gestion des risques	<u>Appréciation globale qualité</u> <u>Suites évaluation interne spécifique</u> Communication autour de l'évaluation interne Suivi des PAQ Projets en cours Intégration RBPP Gestion globale des risques Enquêtes de satisfaction Résultats d'audits
10h15	Entretien collectif Et individuel	1h45'			X	Cadre de santé Commission d'admission IDE	<u>Prise en charge, admission, filière de soins, orientation , lien avec les équipes du CH</u> Prise en charge spécifique psychologique, ergothérapie, kiné,.... Prise en compte des souhaits des résidents et des éléments d'approche diététique. Prévention et gestion du risque de maltraitance – promotion de la bientraitance Vie affective liberté d'aller et venir ( contention)
10H15	Entretien individuel	30'		X		Agent entretien	Maintenance et sécurité, qualité des locaux et de l'environnement
10H45	Entretien individuel ou collectif	30				Agents hôteliers	Entretien des locaux
11H15	Entretien individuel	30'		X		lingères	-Gestion linge plat et vêtements professionnels
11H 45	Entretien collectif	30'		x		Restauration sur place Equipe restauration	Organisation service Hygiène Prise en charge des besoins

Jour 1	Etapes	Durée	Lieu	Eval1	Eval 2	Professionnels/intervenants EHPAD	Domaine évaluatif
12H00 13H30	DEJEUNER sur place en salle de restaurant (table individuelle) ou avec l'équipe de Direction						
13 H 30	Entretien individuel	45'		X		Chef cuisinier ou responsable	Fonctionnement Coordination Equipement Transfert Qualité RABC Plan d'action
14H15	Entretien individuel	45'		X		Responsable Lingerie centrale	Fonctionnement Coordination Equipement Transfert Qualité RABC Plan d'action
13H30	Entretien individuel	1H'			X	Personnels paramédicaux	Les soins para-médicaux Chutes, escarres, incontinence, risque suicide, vie affective, relationnel ... Circuit du médicament Transmission
14H30	animation	30'			X	Animatrice ou AMP ou AS	Programme Lien avec les équipes Transmission Evaluation Tracabilité
15 H	Entretien individuel	30'				Si besoin	
15 H	Entretien individuel	30'		X		Agents administratifs	Accueil, Ecoute et réponse téléphonique admission administrative, administration,
15H30	Entretien individuel ou collectif	30'		X	X	2 Résidents	Appréciation sur leur PPA
16H	Consultation de documents ou entretien supplémentaire au besoin	30'		X	X	Evaluatrices externes	

Jour 1	Etapes	Durée	Lieu	Eval1	Eval 2	Professionnels/intervenants EHPAD	Domaine évaluatif
16H30		30'		X	X	Evaluatrices externes	Synthèse Préparation restitution
17H00	Entretien individuel	30'		X	X	Directeur Copil	Restitution « à chaud » de la journée
17H 30	Consultation de documents	30'		X	X	Equipe	Restitution « à chaud » de la journée
	DINER ou COLLATION selon le choix des évaluateurs						
19h30 20h30 *	Entretien individuel	45'		X	X	Personnels de nuit*	Organisation, pratiques professionnels nuit

**CALENDRIER EVALUATION EXTERNE EHPAD – SITE GRAINS DORE**  
**Dates 4 et 5/12/14**

Jour 1	Etapes	Durée	Lieu	Eval1	Eval 2	Professionnels/intervenants EHPAD	Domaine évaluatif
9H00	Accueil Réunion d'ouverture	30'		X	X	Equipe de Direction COFIL	Connaissance physique des entités l'établissement Ajustement méthodologique
9H30	Visite	15'		X	X	Directrice et/ou Personnes dédiées	Connaissance physique de la 1ere entité

Jour 1	Etapes	Durée	Lieu	Eval1	Eval 2	Professionnels/intervenants EHPAD	Domaine évaluatif
9h45	Entretien individuel	15'		X	X	Equipe de Direction	<u>Pilotage Stratégique spécifique:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• projet de service</li> <li>• Mode de management</li> <li>• Mode d'implication et de communication à l'équipe</li> <li>• Analyse des besoins de la population prise en charge</li> <li>• Modalités de suivi projet du service: EHPAD, PASA Pole gérontologique,</li> </ul>
10H00	Entretien collectif	15'		X	x	Equipe de Direction et Direction qualité et gestion des risques	<u>Suites évaluation interne spécifique</u> Communication autour de l'évaluation interne Suivi des PAQ Projets en cours Intégration RBPP
10h45	Entretien collectif	30'			X	Cadre de santé Commission d'admission IDE Pôle Alzheimer et PASA	<u>Prise en charge</u> , admission, filière de soins, orientation Prise en compte des souhaits des résidents et des éléments d'approche diététique.
11H 15	Entretien animation groupe	45'			X	animatrice AMP AS	Vie sociale
11H15	Entretien individuel	45'		X		RH	<b>Gestion des salariés, recrutement, formation</b> <b>Accompagnement DU Prévention de la fatigue professionnel</b>
12 H	Entretien groupe	15'		X	X	PASA	Présentation
12H30 13H30	<b>DEJEUNER sur place PASA</b>						

Jour 1	Etapes	Durée	Lieu	Eval1	Eval 2	Professionnels/intervenants EHPAD	Domaine évaluatif
13 H 30	Entretien Collectif	30 '		X	X	Equipe Médecin IDEC	PASA / Pôle Alzheimer
14H00	Entretien individuel	45'		X		DAF	<b>Gestion financière</b> <b>Plan prévisionnel, Gestion des équipes</b> <b>Investissement</b> <b>Compte administratif</b> <b>Lien avec la structure, Communication</b>
14 H 45	Entretien collectif	30'		X		Directeur IDE référente IDE référente bientraitance	Prévention et gestion du risque de maltraitance – promotion de la bientraitance Vie affective liberté d'aller et venir ( contention)
14 H	Entretien groupe	60'			X	Pôle gérontologique IDE/ AS	Fonctionnement Modalités de prise en charge, suivi, transmission, support d'information
14H30	Entretien individuel	30'			X	Personnels paramédicaux	Les soins para-médicaux Chutes, escarres, incontinence, risque suicide, vie affective, relationnel ...
15H15	Entretien individuel	30'		X		bénévoles	Bénévolat Vie sociale
15H00	Gestion de la qualité	60'			X	RAQ, pilotes de groupe de travail	Suivi du plan d'action Gestion globale des risques Enquêtes de satisfaction Résultats d'audits
16H00	Entretien individuel	30'			X	Partenaires et paramédicaux	Pratiques professionnelles kinésithérapeutes

Jour 1	Etapes	Durée	Lieu	Eval1	Eval 2	Professionnels/intervenants EHPAD	Domaine évaluatif
16 H	Entretien individuel ou collectif	30		X		2 Résidents	Appréciation sur leur PPA
16H30	Consultation documentaire et/ou Rencontres complémentaires si besoin	30'		X	X		
17 H	Synthèse entre Evaluatrices	30'		X	X	Evaluatrices externes	Synthèse Préparation restitution
17 H 30				X	X	Directeur ou COPIL	Restitution à chaud
18H 19H00	Consultation de documents	30'		X	X	Evaluatrices externes	
	DINER ou COLLATION selon le choix des évaluateurs						
19h30 20h30	Entretien individuel	45'		X	X	Personnels de nuit*	Organisation, pratiques professionnels nuit

Jour 2	Etape	Durée	Lieu	E1	E2	Professionnels/intervenants EHPAD	Objet
09H00	Entretien collectif	60'			X	Médecin coordonnateur IDE référente	PPA Continuité prise en charge... Dossier du résident

Jour 2	Etape	Durée	Lieu	E1	E2	Professionnels/intervenants EHPAD	Objet
10 H	Entretien Individuelle	60'			X	PHARMACIEN, IDEC , IDE, AS et médecin coordonnateur	Circuit du médicament en interne
9 H	Entretien Individuelle	30		X		Agent d'entretien	Organisation spécifique Gestion documentaire Lien avec les équipes
9 H 30	Entretien Individuelle	30		X		Agent Hôtelier	Entretien des locaux Gestion du linge
10H00	Entretien individuel	30'		X		Agents administratifs	Accueil, Ecoute et réponse téléphonique admission administrative, administration,
10 h 30	Entretien individuel			X		Famille	Ecoute, besoins et attentes
11 h	Entretien individuel	30'			X	AS	Pratiques professionnels AS

Jour 2	Etape	Durée	Lieu	E1	E2	Professionnels/intervenants EHPAD	Objet	
11h30	Equipe IDE	60'	Infirmierie		X	Médecin coordonnateur, IDE , AS IDEC....	Soins : -Prévention et gestion douleur -Circuit médicaments - urgences vitales -Fin de vie ...	
11H30	Entretien individuel	30'		X		Agents restauration	Organisation Gestion, distribution, service Connaissance des procédures Prise en compte des besoins	
12H00	DEJEUNER sur place en salle de restaurant (table individuelle) ou avec l'équipe de Direction							
13H30	Entretien individuel Et dans le service	60		X		Animation AS AMP	Prise en compte dans le secteur Alzheimer Pôle gériatrique	
13H30	Entretien individuel	45'			X	Cadre de Santé/ IDEC	Déploiement des démarches Mise en œuvre des RBPP Procédures Evaluation des pratiques professionnelles	
14H15	Rencontre complémentaire	45'		X	X	Si besoin		
15H00	SYNTHESE	60'	PREPARATION SYNTHESE					
16H00	RESTITUTION A CHAUD	45'		X	X	Direction Comité de suivi	Restitution « à chaud » de l'évaluation externe.	
16H00	RESTITUTION A CHAUD	45'		X	X	Equipe	Restitution « à chaud » de l'évaluation externe.	

**PLANNING ACCUEIL DE JOUR  
LE 27/11/2014**

« Observations à domicile et synthèse »

A partir de 9h30	Rencontre équipe et responsable Présentation Point pédagogique	Cadre Responsable Mme Lecomte AS-AMP 15'	<b>1 Evalueur</b>  <b>Simone DELON</b>
9 h 30	<b>ACCUEIL DE JOUR</b> Visite des locaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation de l'évaluateur</li> <li>• Modalités d'accueil et d'information</li> <li>• Confidentialité des données</li> <li>• Organisation administrative et logistique</li> <li>• Dossiers patients</li> </ul> Stratégie et projet de service <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuité des soins</li> <li>• Mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de soins</li> <li>• Coordination avec les professionnels de santé libéraux</li> <li>• Résultats de l'évaluation interne et plan d'action</li> </ul> Projets de prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode d'entrée</li> <li>• Modalités d'expressions des usagers (enquêtes de satisfaction, courriers d'insatisfaction, plaintes et réclamations...)</li> <li>• Implication des usagers dans l'évaluation interne</li> <li>• Continuité des soins</li> <li>• Mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de soins</li> <li>• Coordination avec les professionnels de santé libéraux</li> </ul> Les transmissions	Mme Cubaynes Mme Lecomte  AS- AMP-ASH  2 H 15	<b>1 Evalueur</b>  <b>Simone DELON</b>
10 H	Ateliers : Mémoire + Cuisine	15'	
11 H 45	Préparation restitution	15'	
12 h	<b>Restitution à chaud : Mr Cabrières</b>	15'	
12 H	<b>Restitution « à chaud » synthétique et orale</b>	30'	
12 H30 à 13H30	Pause déjeuner à l'accueil de jour « si possible avec le service »		
<b>13 H 30</b>	<b>SSIAD Visite à domicile</b>		
2 visite à domicile  jusqu'à 16 H 30	Observations à domiciles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Outils de la loi 2002-2 à domicile</li> <li>• Projet de soins personnalisé (liens avec les services à la personne, les professionnels de santé libéraux dont médecins)</li> <li>• Promotion de la bienveillance à domicile</li> <li>• Maintien des capacités dans les actes de la vie courante</li> </ul>	AS	<b>1 Evalueur</b>  <b>Simone DELON</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect des habitudes de vie</li> <li>• Liens avec l'environnement et les aidants</li> <li>• Prévention des risques liés aux soins</li> </ul> <p>Projets de prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode d'entrée</li> <li>• Modalités d'expressions des usagers (enquêtes de satisfaction, courriers d'insatisfaction, plaintes et réclamations...)</li> <li>• Implication des usagers dans l'évaluation interne</li> <li>• Continuité des soins</li> <li>• Mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de soins</li> <li>• Coordination avec les professionnels de santé libéraux</li> </ul> <p>Participation aux transmissions, si possible</p>		
--	--	--	--

### Phase 3 – Préparation, Finalisation et Remise du Rapport d'Evaluation Externe

#### Etape 5 : Rédaction du rapport d'évaluation externe : 09/2014

Rédacteurs : Marilla FORT, Simone DELON et Félicien DANGLLOT

Coordonnateur et validation CRP : Chef de mission : Christine VIGUIE

Restitution du pré-rapport d'évaluation externe aux équipes de l'établissement selon date à définir conjointement Direction/CRP.

# Chapitre 3 : Développements informatiques et résultats de l'analyse détaillée

## I. Appréciation globale

1	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
L'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties ;		Le projet d'établissement ou de service existe, est à jour et comporte des objectifs à atteindre	B
		L'analyse des caractéristiques, des besoins et des priorités des personnes prises en charge est réalisée et formellement explicitée dans le projet d'établissement	A
		Les droits des usagers et leurs conditions d'application dans l'établissement ou le service sont évoqués dans le projet d'établissement ou de service	A
		Les missions imparties (notamment relativement à l'agrément et aux schémas départemental ou régional) sont explicitées	B
		Les projets de Vie, projets de Soins et Projets d'animation sont pertinents au regard de la population accueillie	A
		Des projets spécifiques Alzheimer existent.	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Le projet d'établissement du Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin Moissac a été élaboré pour 2006 - 2011. Il doit être renouveler à l'occasion de l'arrivée du nouveau directeur (objectif identifié dans EI). Il comprend un volet EHPAD précisant les besoins des résidents accueillis ainsi que les différentes prises en charge proposées (médicales ou non).</p> <p>Il n'existe pas de projet médico-social d'établissement propre à l'EHPAD mais un projet de soins. Celui-ci est complet. Il est issu de la culture médicale.</p> <p>Le projet d'animation ne fait pas partie du projet d'établissement en lien avec le projet de soins, mais est présenté dans un document non annexé. Celui-ci a pris naissance en 2009 animé par la cadre supérieure de santé dans une co-construction avec l'ensemble du personnel lors de groupes de travail.</p> <p>Pour l'accueil de jour, le projet de service élaboré en équipe pluridisciplinaire prend en compte les droits des personnes accueillies (respect de la dignité, de l'autonomie, de l'intimité, de la sécurité ...).</p> <p>Il existait un COPIL animation avec une procédure de fonctionnement mis en place dès mars 2011 avec les représentants des familles, des usagers, des bénévoles. Ce COPIL est à ce jour en sommeil. Le projet d'animation sert de</p>
---------------------------------	---

	<p>référence, il est connu de l'ensemble du personnel et des bénévoles.</p> <p>Il présente des objectifs à atteindre dans le cadre d'animations ciblées menées par les animatrices. Un bilan annuel complet est effectué, il fait apparaître les activités : cognitives, physiques, manuelles, domestiques, les sorties et les grandes manifestations.</p> <p>Les moyens déployés en ressources humaines et financières ainsi que l'organisation du service animation ne sont pas en adéquation avec les objectifs présents dans le projet établissement Cependant celui-ci qui un réel intérêt pour une véritable prise en charge médico-sociale.</p> <p>Trois animatrices sont employées sur l'ensemble des sites. Cependant, le temps et le nombre d'équivalents temps pleins sont pénalisés par l'absence d'une animatrice en formation non remplacée. Les activités sont toujours choisies en fonction des propositions et des échanges avec le résident, il est difficile d'évaluer le lien avec son projet individuel d'autant, que l'animatrice ne participe pas toujours aux réunions de projet personnalisé, cependant, elle transmet les informations via le support J30 (support d'évaluation à l'entrée du résident et au bout du mois utilisé lors des réunions de synthèses : projet d'accompagnement personnalisé)</p> <p>Les besoins des résidents ont été repérés pour mettre en place les différents ateliers. Il existe une fiche par activité. L'établissement est peu ouvert sur l'extérieur (1 seul mini bus de 9 places sur le site des Grains dorés, adapté aux transports des personnes handicapés).</p> <p>Néanmoins, certaines associations participent à des activités au sein de l'EHPAD. Leurs bénévoles interviennent en complément du personnel salarié pour assister les usagers lors d'activités ludiques (anniversaires, lotos, plantations, crêpes, chorale, informatique, histoire d'hier et d'aujourd'hui). Ils assurent également une présence au quotidien et interviennent sur des temps de semaine précis, mais aussi à la demande et en fonction des besoins des animatrices qui sont les référentes des bénévoles.</p> <p>Les partenariats avec les associations sont formalisés par des conventions. Les bénévoles sont identifiés par des badges.</p> <p>L'établissement est arrêté sur des appellations historiques qui ne correspondent plus à son agrément. On y trouve des services appelés : long séjour, cure médicale, maison de retraite.... Ses services sont éclatés sur plusieurs sites géographiques.</p> <p>Le médecin coordinateur a effectué une analyse des besoins (validée par le Directeur en comité de direction) enrichie de l'étude des besoins de la liste d'attente</p> <p>Les droits des usagers ne sont pas repris dans le projet d'établissement, ni affichés cependant on retrouve ceux-ci dans différents documents : livret</p>
--	--

	<p>d'accueil et règlement de fonctionnement.</p> <p>Les références aux différents schémas départementaux n'apparaissent pas dans le projet d'établissement, cependant l'EHPAD répond aux besoins du territoire et des personnes âgées dans le cadre de ses agréments. Il prend en compte les ressources financières d'une population rurale au pouvoir économique peu élevé.</p> <p>Les projets de vie et de soins existent, et ce, quel que soit le lieu d'hébergement qui les accueille, et, bien que ceux-ci n'offrent pas tous, le même niveau de confort hôtelier.</p> <p>La considération des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer est tout à fait remarquable. L'accompagnement au quotidien prend en compte tous les aspects des problématiques liées à la pathologie. L'utilisateur est vraiment au cœur des préoccupations du personnel. Son rythme de vie, son rôle d'acteur dans sa prise en charge malgré les côtés handicapants de la maladie sont respectés.</p> <p>Les RBPP sont accessibles sur l'intranet institutionnel. Les procédures et protocoles font référence aux RBPP de l'ANESM et aux recommandations de l'HAS.</p>
<p><b>Spécificité « Accueil de jour »</b></p>	<p><b>Créé en 2003 lors du 1<sup>er</sup> plan Alzheimer</b>, l'Accueil de jour qui dispose de 12 places a pour objectif principal d'assurer le plus longtemps possible le maintien à domicile des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées.</p> <p>Les objectifs du projet de service prévoient des évolutions en fonction du profil des personnes accueillies...par l'enrichissement du travail collectif avec une équipe pluridisciplinaire partageant des valeurs communes ; toujours dans un souci d'amélioration de l'accompagnement des personnes.</p>
<p><b>Préconisations</b></p>	<p>Actualiser le PE en mettant en place une dynamique de co-construction selon la recommandation de l'ANESM « Elaboration, rédaction et animation d'un projet d'établissement »</p> <p>Présenter la filière gérontologique complète déjà en place du domicile (SSIAD), à l'accueil de jour, à l'institutionnalisation (EHPAD, SSR, CHCM)</p> <p>Décliner le projet médico-social de EHPAD et de l'accueil de jour : projet de soins, projet de vie, ...</p> <p>Valoriser au sein du projet d'établissement les moyens en ressources humaines et financiers</p> <p>Mettre en place le plan d'actions issus du PE et les indicateurs de suivi</p> <p>Impliquer les usagers et les partenaires</p>
<p><b>Observations de la structure</b></p>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

2	<b>Eléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	La cohérence des différents objectifs entre eux	<p>Eléments de cohérence des objectifs du projet d'établissement ou de service</p> <p>Eléments d'incohérence des objectifs du projet d'établissement ou de service</p>	<p>B</p> <p>B</p>

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Les objectifs issus du projet de soins sont cohérents au regard des missions et des orientations de l'EHPAD en matière d'accompagnement et de prise en charge des personnes accueillies.</p> <p>Le projet de soins devrait faire partie d'un véritable projet d'établissement à vocation médico-sociale pour EHPAD prenant en compte la prise en charge globale et transversale de la personne âgée.</p> <p>Le projet d'animation est exclu du document projet de soins et les moyens mis en œuvre sur le terrain ne reflètent par l'ambition de ce projet.</p>
<b>Préconisations</b>	Faire apparaître dans le projet d'établissement EHPAD et de l'AJ, la prise en charge transversale médico-sociale de la personne âgée, y inclure le projet d'animation en faisant apparaître les moyens mobilisés pour atteindre les objectifs.
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

3	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
L'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place	Dans le passé, l'établissement ou le service a fait évoluer les ressources humaines et financières pour répondre aux évolutions de la prise en charge.	B	
	Dans ce champ d'activité et avec cette capacité de prise en charge, l'établissement dispose de ressources humaines et de moyens financiers proches des établissements semblables	A	
	Les objectifs du projet d'établissement prévoient des évolutions en matière de ressources humaines et de ressources financières	B	
	En matière de RH, les recrutements et la formation sont conçus comme des leviers du changement et de l'adaptation aux objectifs	B	
	En matière financière, des systèmes d'objectifs et de délégation permettent de mobiliser l'encadrement et les équipes sur les enjeux	B	

Synthèse et observations	<p>Dans le passé, l'établissement a fait évoluer les ressources et son organisation : regroupement des sites de Castelsarrasin et de Moissac, augmentation du nombre de places en hébergement permanent (60 places) et en hébergement temporaire (5 places), création des Grains Dorés, ...</p> <p>L'établissement dispose de ressources humaines et de moyens financiers supérieurs à la moyenne nationale avec cependant une orientation médicale prononcée et un report cumulé de déficit à absorber (EHPAD + AJ) d'environ 300 K€(l'EPRD-'Etat Prévisionnel des Recettes et de Dépenses 2014).</p> <p>Les moyens en ressources humaines sont à flux tendus, l'activité de l'EHPAD est inscrite dans celle du Centre Hospitalier, actuellement mobilisé par la recherche d'économie et d'un retour à l'équilibre financier.</p> <p>Au niveau de l'EHPAD, différents évènements n'ont pas permis de stabiliser l'articulation des ressources et des moyens : la variation des effectifs, due aux difficultés de recrutement de certains postes infirmières non pourvus en 2011 et 2012, ont générés des excédents financiers. Lorsque le recrutement a été effectué, le pathos a diminué et a été répercuté par une baisse du budget soins . L'ouverture des Grains Dorés et a généré une augmentation du personnel et de la masse salariale. Pour ce site, le niveau de qualification du personnel recruté a été déterminé au regard de la dépendance et de soins nécessaire à la population accueillie. voire même au-delà des besoins alloués au regard de la dépendance et du Pathos.</p> <p>Par ailleurs, il a été noté que des remplacements ne sont pas toujours effectués : animatrices en formation, psychologue en congé maternité, départ d'un</p>
--------------------------	---

	<p>médecin, coordinateur (un seul médecin coordinateur pour 350 résidents). Les personnels soignants sont remplacés à hauteur de 90 %.</p> <p>Le projet RH n'est pas explicité dans le projet d'établissement mais il existe une procédure du recrutement. En priorité, les candidatures ou mutations internes sont favorisées via la bourse des emplois et par voie d'affichage dans chaque service. Le bureau RH reçoit les candidatures et les ventile vers les cadres supérieurs de santé.</p> <p>Les entretiens annuels s'appuient des grilles d'évaluation et un traitement informatisé (le logiciel GESFORM). Chaque cadre a des agents affectés et conduit les entretiens structurés qui servent de support à la construction du plan de formation.</p> <p>Une procédure formalisée de l'accueil des stagiaires a été mise en place. Des IDE et des AS ont été formés au tutorat. Des calendriers prévisionnels sont envoyés aux centres de formation pour préciser le nombre de stagiaires susceptibles d'être accueillis.</p> <p>Le taux d'absentéisme est important (bilan social). Fin octobre, pour le réguler, une commission des postes aménagés, de maîtrise de l'absentéisme et d'amélioration des conditions de travail a été instituée. Elle est composée du DRH, du Directeur des soins, de la cadre supérieur de santé, de deux cadres de santé et des organisations syndicales.</p> <p>Une réunion a été prévue toutes les 3 semaines, mais la grève du personnel a entraîné l'ajournement de la 2<sup>e</sup> réunion. Ces réunions devraient aboutir à un diagnostic partagé entre tous les participants et à l'élaboration d'un plan d'actions.</p> <p>Les plans de formation prennent en compte les besoins du personnel et l'évolution des besoins des usagers. Ils sont recensés lors des entretiens annuels, puis affinés en fonction des orientations nationales, des axes institutionnels et de l'avis des cadres. Chaque cadre avec son équipe respective réfléchit aux besoins de formation. Les recueils des besoins individuels sont aussi revus à cette occasion pour construire le plan de formation. Les formations qualifiantes et promotionnelles sont prises en compte : ASH vers AS et AS vers IDE. Actuellement trois IDE ainsi qu'une AS sont en formation diplômante.</p> <p>Les plans de formation font l'objet d'une présentation et de négociations avec les organisations syndicales dans le cadre de la commission formation puis ils sont présentés en comité technique d'établissement pour validation.</p> <p>Le budget prévisionnel est établi par le service Ressources Humaines et soumis au Directeur pour validation.</p> <p>Plusieurs simulations de gestion sont faites mensuellement à partir d'un tableau de bord d'activités. Des situations mensuelles et des situations cumulées sont analysées et donnent lieu à des mesures correctives.</p>
--	---

	<p>Il existe des comités budgétaires où sont discutées les situations financières. Les cadres de santé y sont invités. Un bilan financier annuel détermine le solde restant à engager..</p> <p>Le budget de formation globale est d'environ 278 000 € avec un complément FNSH de 248 000 pour 2014..</p> <p>Il existe des délégations de signature et des fiches de postes pour les cadres de Direction, ainsi que pour l'ensemble des autres professionnels</p>
<b>Préconisations</b>	Mettre en place un plan d'action pour compenser les absences du personnel (remplacements) et adapter le recrutement en fonction de l'évolution du projet d'établissement et de sa réorientation médico-sociale.
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalem</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	B			

<b>4</b>	<b>Eléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	L'existence et la pertinence des dispositifs de gestion et de suivi	Le projet d'établissement ou de service fait l'objet d'un tableau de bord de pilotage (ou équivalent)	B
		Les évolutions des indicateurs de pilotage sont suivies en comité de pilotage (ou équivalent)	B
		Une communication institutionnelle est faite	B
		Les objectifs du projet d'établissement sont atteints	B

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Le projet de l'EHPAD n'est pas connu de l'ensemble du personnel et ne fait pas l'objet d'un tableau de bord ou d'une réelle actualisation animée par le COPIL. <b>Les objectifs du projet d'établissement ne sont pas évalués</b> avec des indicateurs précis.</p> <p>Il n'existe pas de communication formalisé spécifiquement formalisé pour le projet EHPAD-AJ. Les différentes réunions, planifiées à l'année, servent cependant à véhiculer les informations.</p> <p>. Réunion de Direction commune du service dit « court séjour » et EHPAD. Deux heures tous les lundis en présence du directeur – directeur Adjoint et cadre Supérieur de santé. Objectifs de cette réunion : Comité de Direction, revue des sujets et des projets.</p> <p>. Réunion de Pôle EHPAD : Directeur, cadre de santé, qualitiennne, médecin coordinateur et d'autres personnes sur invitation suivant le sujet abordé. Elle se réunit une fois par mois pendant deux heures.</p> <p>. Réunion de cadres tous les 15 jours environ 3 heures avec des thèmes récurrents qui n'appellent pas d'ordre du jour et systématiquement un ordre</p>
---------------------------------	---

	<p>du jour précis, lors d'informations particulières émanant de la direction, Pharmacie, logistique ) ou si une personne extérieure à l'établissement est invitée par contre, un point est fait généralement sur les mouvements du personnel et les besoins en effectifs. En fin de réunion, un temps conséquents est laissé à la libre expression dans le cadre des questions diverses</p> <p>Chaque réunion fait l'objet d'un comptes rendu validé par le cadre supérieurs et diffusés ensuite aux cadres.</p> <p>L'information est relayée par affichage et durant le temps des transmissions.</p> <p>. Réunions de fonctionnement de service : Il existe des ordres du jour et des comptes rendu de réunions (4 à 6 réunions par an).</p>
<b>Préconisations</b>	<p>Mettre en place un comité de pilotage d'évaluation du projet d'établissement EHPAD-AJ. Cette évaluation devrait permettre la réactualisation de celui-ci dans une dimension plus médico-sociale gériatrique</p> <p>Mettre en place un tableau de bord de suivi et les indicateurs correspondant et les intégrés au PAQ institutionnel.</p>
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A =</b> Totalement	<b>B =</b> En grande partie	<b>C =</b> Partiellement	<b>D =</b> Pas du tout	Non applicable
	B			

<b>5</b>	<b>Eléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs	Il existe un dispositif formalisé permettant d'apprécier le degré d'atteinte des objectifs fixés par le plan d'action décliné du projet d'établissement et à l'issue de l'évaluation interne, et leurs effets sur la qualité de l'accompagnement	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Le travail mené par la référente qualité en matière d'élaboration et de mise en place des procédures ainsi que leur actualisation est optimisé.</p> <p>Elle est garante du respect de la mise en place du plan d'actions qualité institutionnel en collaboration avec le cadre supérieur de santé.</p> <p>Il existe un plan d'action qui a été remis, en septembre 2014 : 66 % des actions avaient été réalisées.</p> <p>Le plan d'action est accessible sur intranet. Des réunions sont organisées avec le personnel sur les thématiques traitées.</p> <p>Il n'est pas mesuré les effets produits par les actions mises en place sur la</p>
---------------------------------	---

	qualité de l'accompagnement, et celles déclinées du projet d'établissement.
<b>Préconisations</b>	Intégrer le plan d'actions du futur projet d'établissement dans le PAQ institutionnel
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
A				

<b>6</b>	<b>Eléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés	Le suivi du projet d'établissement permet de mesurer les évolutions des pratiques de chaque participant à la prise en charge (Processus de Prise en charge, Management et/ou Support Logistique) et de faire les liens entre les évolutions de pratiques et l'atteinte des objectifs	B

Synthèse et observations	<p>Le suivi du projet d'établissement ou seul le projet de soins est lisible, ne permet pas de mesurer les évolutions des pratiques de chaque professionnel participant à la prise en charge et notamment ceux intervenant dans une dimension plus globale et transversale psycho-sociale et médico-sociale : psychologue, animateur, ....</p> <p>Cependant la conduite du projet personnalisé co-construit et de son actualisation sont des éléments de preuve de l'appréciation des pratiques des intervenants, de l'évolution des pratiques et l'atteinte des objectifs.</p> <p>Les différentes réunions d'information et de régulation favorisent les échanges et le consensus et servent de support pour aider à l'évolution des pratiques.</p> <p>L'harmonisation des pratiques professionnelles entre les différents services n'est pas optimisée, il serait notamment important d'y intégrer le projet d'animation.</p>
<b>Préconisations</b>	Mettre en place des réunions d'harmonisation des pratiques professionnelles.
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	X			

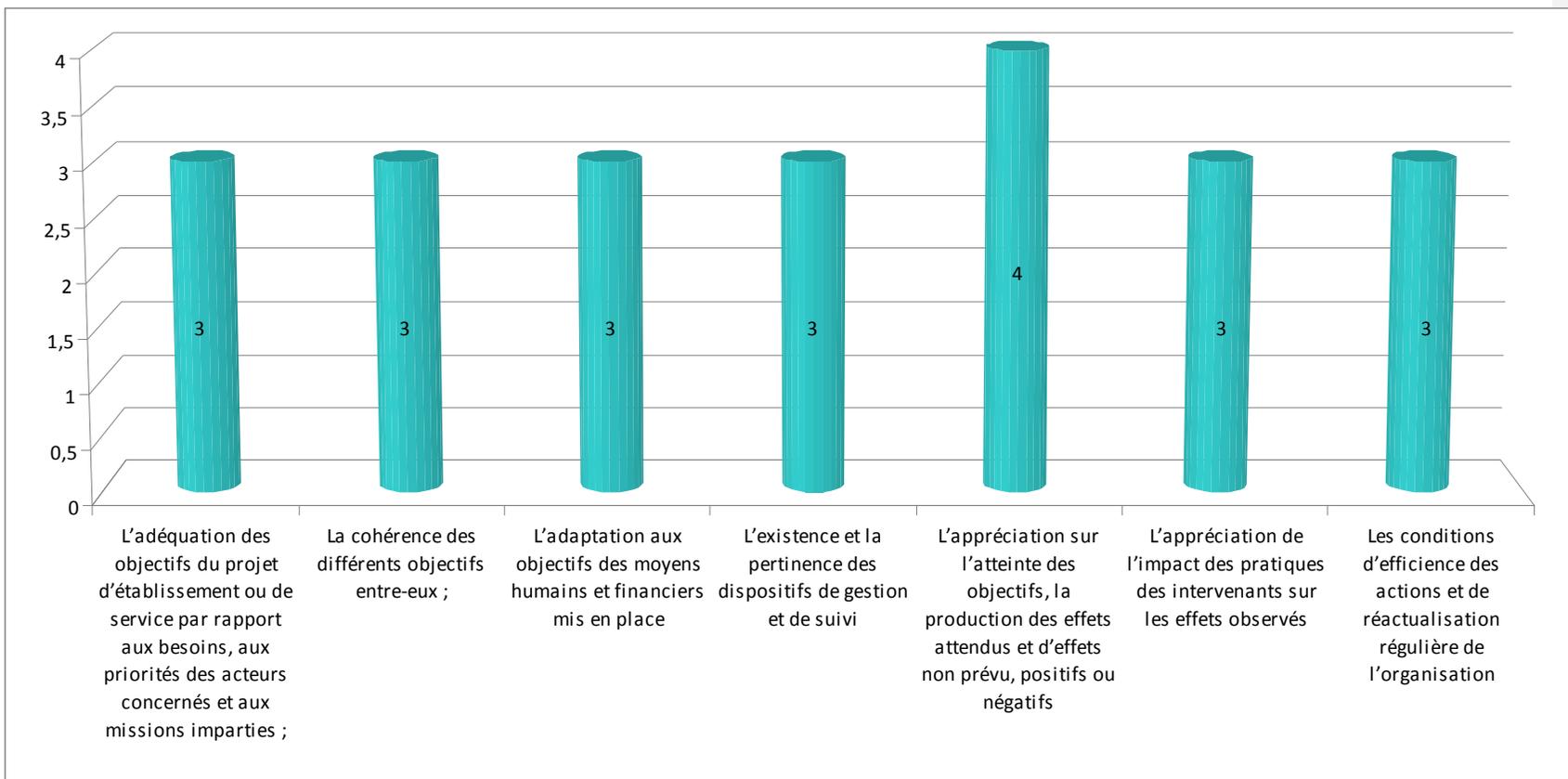
7	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Les conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation	Dans le passé, l'établissement ou le service a fait évoluer son organisation pour répondre aux évolutions de la prise en charge.	B
		Les objectifs du projet d'établissement prévoient des évolutions en matière d'organisation	B
		Des actions de regroupement, de mutualisation, de partage de ressources ont été mises en œuvre ou sont à l'ordre du jour	A
		Des mesures d'accompagnement du changement sont mises en œuvre à destination des personnels et des usagers	B

<p><b>Synthèse et observations</b></p>	<p>La construction d'un service de l'EHPAD « les Grains Dorés » traduit la volonté de prendre en compte les besoins en matière de qualité d'hébergement des résidents.</p> <p>L'organisation du Cantou et du PASA des Grains Dorés prouvent efficacement la volonté de prendre en compte la dimension médico-sociale et d'animation à visée thérapeutique dans un projet personnalisé co-construit avec l'usager.</p> <p>Cet effort doit être rapidement consentit également pour les Hortensias de Castelsarrasin ainsi que pour les Tulipes de Moissac (salle de bains). En effet, ses services sont limités architecturalement pour faire évoluer leur organisation et pour répondre aux évolutions des besoins de la population accueillie. Nous avons relevé qu'un projet de reconstruction avait été présenté en CVS le 30/1/2014 avec une fin de travaux prévue en 2017.</p> <p>La politique qualité est un atout mais aussi un levier pour mettre en œuvre des mesures d'accompagnement du changement à destination des personnels et des usagers-</p> <p>Des actions de regroupement, de mutualisation, de partage de ressources existent entre les sites et les services du CHICM.</p> <p>Le Directeur a été à la rencontre du personnel pour l'informer des futurs projets, mais les entretiens menés au cours de l'évaluation externe ont révélé un certain scepticisme de la part du personnel. Certain membres du personnel doute de la réalisation de « travaux promis depuis une dizaine d'année ».</p> <p>Le lien avec la Direction est rendu difficile par l'éloignement géographique. Pourtant, cette communication, surtout pour le personnel des Hortensias de Castelsarrasin et des Tulipes de Moissac, lui permettrait de se projeter et de</p>
--	--

	<p>maintenir sa motivation à travailler dans des locaux vétustes dans l'attente des constructions à venir.</p> <p>Seul, un plan de communication spécifique formalisé dans le cadre de l'évaluation interne en direction du personnel a permis de mobiliser et d'appréhender les mesures de changements initiés par les futurs projets.</p>
<b>Spécificité « Accueil de jour »</b>	<p>Les objectifs du projet de service structurent les évolutions nécessaires aux besoins des usagers dans une dynamique collective.</p> <p>Des actions de regroupement, de mutualisation, de partage de ressources sont mises en œuvre avec l'EHPAD, notamment au niveau de l'animation (Ateliers de stimulation cognitive...) des formations...</p> <p>Des mesures d'accompagnement du changement sont mises en œuvre à <b>destination des personnels</b> dans le cadre de groupes de travail, des réunions de service, des formations et entretiens d'évaluation ; à <b>destination des usagers et des aidants</b>, au quotidien, lors des prises en charge par l'équipe soignante (AS, AMP, Psychologue...) ou si nécessaire lors de temps de rencontre organisés par la psychologue avec la personne accueillie ou les aidants soit en individuel ou lors de groupe de parole (les interventions sont tracées dans le dossier de soin sur la fiche de suivi psychologique de la personne accueillie)</p>
<b>Préconisations</b>	Mettre en place un véritable plan formalisé de communication autour des futurs projets associant le personnel pour entretenir sa motivation.
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	B			

### Graphique I : Appréciation globale



## II. Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

1	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Appréciation des priorités et des modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	L'évaluation interne est vécue comme une contrainte ou un levier managérial	A
		L'évaluation interne a été réalisée dans des délais permettant la mise en œuvre des actions d'amélioration avant l'évaluation externe	A
		L'équipe de direction est impliquée stratégiquement et dans les dispositifs de mise en œuvre des démarches d'amélioration continue	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>La dynamique « qualité » est ancienne et issu de la culture du CHCM.</p> <p>Elle n'a pas été menée à partir d'un référentiel exclusivement médico-social mais, l'établissement a fait le choix de construire son propre référentiel. Il s'est appuyé sur le projet d'établissement du CH, le référentiel angélique, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM et de la HAS.</p> <p>L'ensemble de la méthodologie a été élaboré par les médecins coordinateurs, le cadre supérieur de santé, les cadres de santé et la qualitiennne puis validé par le comité de pilotage. Le Comité de Pilotage COPIL a été constitué à partir du Bureau de pôle : il comprend le Directeur, les Directeurs adjoints, les médecins coordinateurs, la coordonnatrice des soins, les cadres de santé et de la qualitiennne.</p> <p>Le référentiel a été découpé en 8 axes pour les services des EHPAD.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Management – démarche qualité</li> <li>- Accueil et admission</li> <li>- Garantie des droits individuels et collectifs</li> <li>- Prévention des risques liés à la santé</li> <li>- Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance</li> <li>- Personnalisation de l'accompagnement</li> <li>- Fin de vie</li> <li>- Infrastructure et logistique.</li> </ul> <p>Un référentiel spécifique au PASA et à l'accueil de jour complète celui de l'EHPAD.</p> <p>Pour le PASA en 4 axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accessibilité</li> <li>- Qualité de vie</li> <li>- Qualité de la prise en charge des personnes accueillies</li> </ul>
---------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement de l'autonomie.</li> </ul> <p>Pour l'accueil de jour, le référentiel a été créé à partir des fiches techniques PETALE EVA Accueil de Jour. Il est découpé en 5 axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accessibilité,</li> <li>- Qualité de vie</li> <li>- Qualité de prise en charge des personnes accueillies</li> <li>- Développement de l'autonomie</li> <li>- Politique d'ouverture</li> </ul> <p>Chaque axe est découpé en thème eux-mêmes divisés en critères d'évaluation. Les critères d'évaluation offrent 4 possibilités (oui, en grande partie, partiellement, non)</p> <p>Le groupe de pilotage s'est réuni mensuellement et un plan de communication spécifique a été construit. L'évaluation interne a repris les dénominations de long séjour et de cure médicale.</p> <p>Les résultats de l'évaluation interne ont donné lieu à un document structuré reprenant les critères d'appréciation cotés, les réponses, les commentaires, les éléments de preuves, les actions d'amélioration.</p> <p>Les réponses globales apportées ne permettent pas d'objectiver la situation de chaque site. En effet, le point 3.9 « la pudeur et l'intimité des résidents sont respectées et coté « oui », alors que les Hortensias de Castelsarrasin et les Tulipes de Moissac offrent des conditions d'hébergement et d'accueil inadaptées (confirmé par l'avis défavorable de la commission de sécurité) , d'autres font l'objet d'une réponse de type «partiellement ou en grande partie » sans que soit précisés le site concerné et la nature de l'action d'amélioration à mener.</p> <p>Il est à noter que les Tulipes de Moissac, auparavant classé en service de « foyer logements » au lieu d'EHPAD, doivent faire l'objet d'un projet de reconstruction inclus dans le projet des Hortensias.</p> <p>Le second bâtiment Hortensias (les Tulipes de Castel de Castelsarrasin présente de moins mauvaises conditions et il devra néanmoins faire également l'objet d'une réflexion globale quant à son équipement (manque de chambres particulières, de salles de bains, état des locaux et des espaces verts de la cour intérieure...). Ce bâtiment présente des conditions architecturales intéressantes qui favorisent une vie en communauté ouverte, où l'animation naturelle est favorisée par des voies de communication et de déambulation horizontales très larges, sur lesquelles l'utilisateur si, il le désire peut ouvrir sa porte.</p> <p>En conclusion, pour certains thèmes, un découpage par site des critères évalués aurait enrichi la qualité de l'appréciation, affiné les plans d'action et valorisé l'excellence des actions mises en oeuvre aux Grains Dorés.</p>
--	---

<b>préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	<b>Non applicable</b>
A				

2	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Appréciation de la communication et de la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et de la manière dont les acteurs ont été impliqués	L'évaluation interne a fait l'objet d'une communication institutionnelle avant, pendant et après l'évaluation et la rédaction du rapport d'évaluation interne	A
		L'évaluation interne a mobilisé les personnels et les usagers (ou leurs représentants) de l'établissement ou du service	A
		Les personnels et les usagers ont contribué à l'élaboration des plans d'actions d'amélioration	B

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Le phasage de la procédure d'évaluation interne a été cohérent et complet.</p> <p>L'évaluation interne a été menée de manière participative. Le cadre des réunions a permis de mobiliser un grand nombre de personnel toute catégorie socio-professionnel confondue. L'encadrement et le personnel rencontré atteste que celle-ci a été <b>un levier managérial fédérateur</b>.</p> <p>La démarche a été structurée, pluridisciplinaire et participative à partir d'un travail réalisé autour de 20 groupes d'évaluation composés de l'ensemble des 3 sites de l'EHPAD. 30 réunions de 1 h 30 ont été menées.</p> <p>L'évaluation interne a fait l'objet d'un plan de communication structuré qui s'est étendu du 13 septembre 2009 au 28 octobre 2013.</p> <p>En date du 10 septembre 2013, le CVS a été consulté sur la présentation et la méthodologie de mise en œuvre de l'évaluation interne.</p>
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

3	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Analyse de la mise en œuvre des mesures d'amélioration et de l'échéancier retenu	Les mesures d'amélioration ont été planifiées.	A
		Chaque action est mise sous la responsabilité d'un « pilote » avec pour certaines actions un groupe de travail	A

<b>Synthèse et observations</b>	Le plan d'action est suivi régulièrement par la référente qualité en collaboration avec le cadre supérieur de santé. Il a été structuré et organisé. L'ensemble des informations utiles et nécessaires à son suivi est présent. Les mesures d'amélioration ont été planifiées, un pilote a été nommé pour chaque action et des groupes de travail ont été constitués.
<b>Préconisations</b>	Les actions sont programmées dans un rétro-planning reprenant les échéances et un pilote par action a été nommé
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
A				

4	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Identification des modalités de suivi et de bilan périodique	La mise en œuvre des mesures d'amélioration est suivie, des bilans périodiques sont réalisés	A
		L'établissement ou le service maîtrise le planning de mise en œuvre des actions d'amélioration	A

<b>Synthèse et observations</b>	Le Comité de suivi de l'évaluation veille principalement au bon déroulement du plan d'action issus des démarches d'évaluation interne.  Un bilan du plan d'action, reprend les actions clôturées: planification 2014, bilan 2013, actions clôturées, actions clôturées cumulées, état des lieux mai 2013, état des lieux septembre 2014
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable

A				
---	--	--	--	--

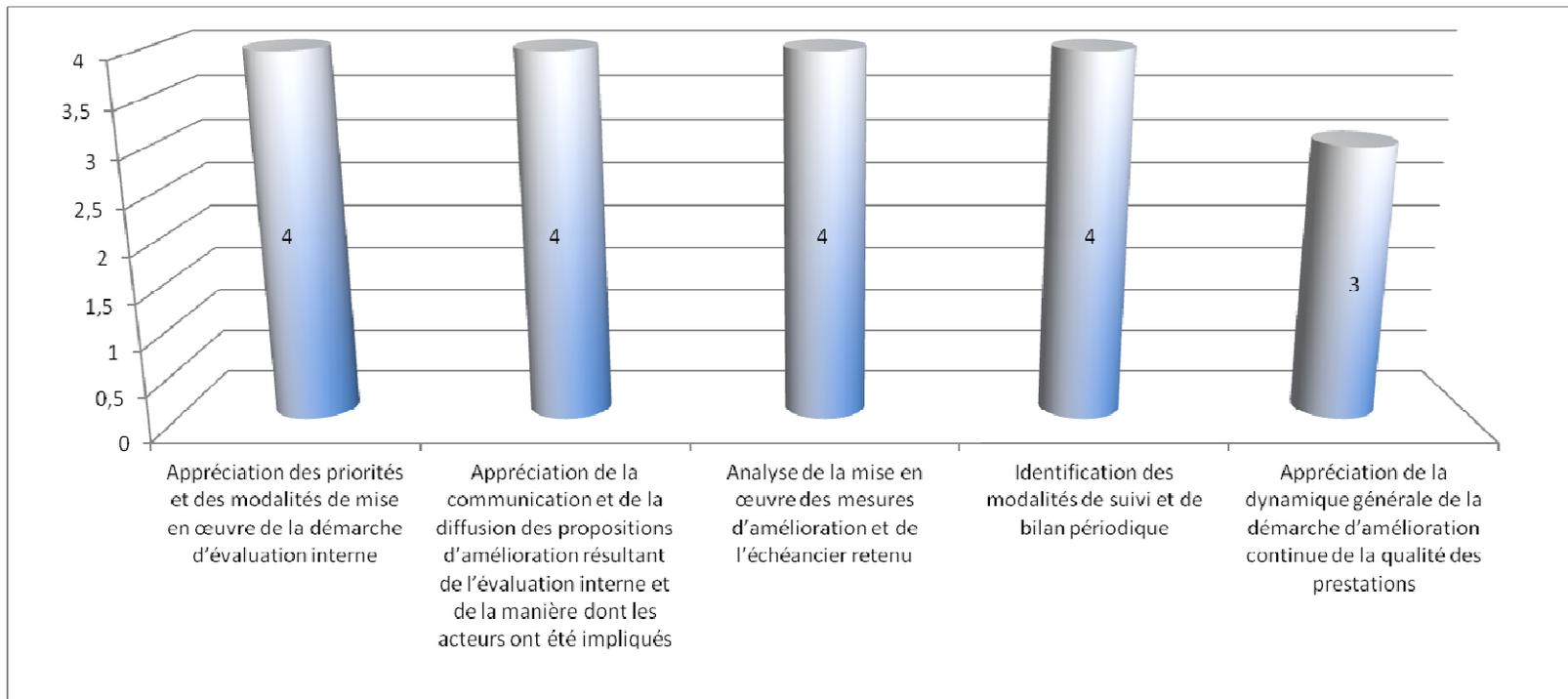
5	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Appréciation de la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations	L'établissement ou le service est inscrit dans une logique PDCA (Roue de Deming)	B
		L'établissement ou le service par la démarche d'amélioration continue a fait évoluer sa culture, sa stratégie, son organisation et ses outils	B
		La démarche d'amélioration continue intègre les données d'activités et les résultats économiques qui sont eux aussi en amélioration continue	B
La satisfaction des usagers et de leur famille et des partenaires externes est mesurée et fait l'objet si besoin d'actions d'amélioration		B	

<b>Synthèse et observations</b>	<p>La démarche d'amélioration continue de la qualité est effective, et s'inscrit dans une logique PDCA.</p> <p>Elle trouve ses limites dans les moyens en place. Certains services tels que les Hortensias de Castelsarrasin offrent des conditions d'hébergement et d'accueil inadaptées à la mission et en contradiction à une prise en charge de qualité.</p> <p>Dans ces conditions l'EHPAD et ses services sont limités pour faire évoluer leur culture, leur stratégie, leur organisation et leurs outils dans une démarche d'amélioration continue.</p> <p>Dans le service Hortensias de Castelsarrasin, les usagers et les familles rencontrés font aussi état de leur insatisfaction quant aux conditions hôtelières et au niveau de la qualité de la restauration.</p> <p>L'EHPAD sait mesurer la satisfaction à travers d'enquêtes mais ces derniers n'ont pas été renouvelée récemment.</p>
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	<p>Le service est inscrit dans une logique PDCA (Roue de Deming). Les professionnels sont dans une culture qualité et une dynamique d'amélioration continue de l'accompagnement de la personne accueillie</p> <p>Des enquêtes de satisfaction patients/familles ont été réalisées en 2009. <b>Elles devront être renouveler à un rythme régulier.</b></p>
<b>Préconisations</b>	<p>Sur certains sites, mettre en place les plans d'action adapté de façon a rendre effective les prestations, les conditions d'hébergement et d'environnement adaptées à la population accueillie</p> <p>Renouveler les enquêtes de satisfaction, déterminer les plans d'action et les inclure au PAQ institutionnel.</p>
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
----------------	----------------------	-------------------	-----------------	----------------

	B			
--	---	--	--	--

Graphique II : Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne



### III. Examens de certaines thématiques et de registres spécifiques

#### A. Objectifs propres à l'évaluation

1	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Activités et qualité des prestations au regard des droits des usagers et des conditions de réalisation du projet personnalisé	Les activités de l'établissement ou du service prennent en compte systématiquement les droits des usagers, cela est explicité dans le projet d'établissement	B	
	Chaque usager fait l'objet d'un projet personnalisé	B	
	Le projet personnalisé de chaque usager est effectivement évalué de manière pluridisciplinaire à échéance régulière	B	
	Des règles déontologiques et/ou des chartes font l'objet d'un traitement institutionnel et d'une communication spécifiques	A	
	Une information claire sur les conditions de séjour et de prise en charge administrative et financière est fournie à l'utilisateur et à sa famille, notamment lors des phases de préadmission, d'admission et d'accueil,	A	
	Des protocoles d'admission et de prise en charge existent	A	
	Le rythme de la journée est basé prioritairement sur les besoins et attentes des usagers plutôt que sur les contraintes organisationnelles	B	
	Le maintien de l'autonomie est une clé de structuration des projets personnalisés	B	
	Les conditions d'appropriation du lieu de vie par l'utilisateur sont définies de manière concertée	B	
	L'intimité est respectée	C	
	La vie affective et spirituelle des usagers est prise en compte	B	
	La liberté est un principe de base des prestations réalisées par l'établissement ou le service	B	
	Les professionnels sont facilement identifiables	A	
	Les professionnels sont formés pour donner des réponses pertinentes à la population accueillie	B	

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Les droits des usagers sont pris en compte dans l'accompagnement au quotidien. Ces dispositions légales figurent dans plusieurs documents dont le projet de soins, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement. La charte est affichée dans les différents services de l'EHPAD.</p> <p>Une cellule de Promotion de la Bienveillance CPB a été mise en place. Son rôle est la formation et l'information des professionnels.</p> <p>Entre 60 et 70 % des usagers (en fonction des sites) font l'objet d'un projet personnalisé bâti et co-construit à partir d'une trame dans le respect</p>
---------------------------------	--

	<p>d'une procédure. Celui-ci fait l'objet d'un bilan régulier et est réactualisé annuellement.</p> <p>Il est prévu que le projet personnalisé soit évalué de manière pluridisciplinaire. Une réunion de synthèse a lieu chaque semaine pendant une demi-journée sur chaque site. Y participent, le médecin coordinateur, la psychologue, l'ergothérapeute, la cadre de santé, une AS, une IDE, une animatrice.</p> <p>Dans les faits, cette dernière ne participe pas systématiquement aux réunions de projets. D'autres part, la dynamique autour des projets de vie a été interrompue compte tenu de l'absence depuis juillet de la psychologue et le départ du médecin coordonnateur. Elle devrait reprendre en janvier avec le retour de la psychologue.</p> <p>Le référent du résident n'est pas présent au bilan projet personnalisé.</p> <p>Il n'existe pas de règles déontologiques définies propres à l'EHPAD, cependant celles opposables aux disciplines médicales sont respectées.</p> <p>L'admission répond à une procédure formalisée. Les usagers et leurs familles trouvent au niveau du service d'accueil une écoute favorisant leur compréhension en ce qui concerne les renseignements utiles à leur séjour.</p> <p>Si le rythme de la journée est basé, sur les besoins et le rythme de vie des usagers au Cantou des Grains Dorés ce qui correspond aux besoins et attentes des usagers, cette dynamique n'est pas généralisée dans les autres services, ex : certains usagers souhaitent des modifications des heures de repas du soir et des goûters.</p> <p>Sur le site de Castelsarrasin (dans le bâtiment « Hortensias »), même les besoins fondamentaux des usagers ne peuvent être respectés, compte tenu de la géographie des lieux et de la vétusté des locaux : petites chambres avec salle de bain non accessible ou salle de bain commune non adaptée (le plan de nursing note une douche par mois), un tout petit ascenseur pour les résidents du premier qui ne permet pas d'accueillir un brancard (les usagers sont acheminés par les escaliers). Des réclamations des familles mettent en exergue certaines situations (SM04 du 19/4/13 et SM 06 du 16/9/2013).</p> <p>Le maintien de l'autonomie est recherché, cependant le manque de salle de bain équipée aux normes handicapées limite celui-ci.</p> <p>Les usagers se sont appropriés les lieux de vie qui pour certains ne favorisent pas l'intimité et la vie affective (chambres doubles). La vie</p>
--	--

	<p>spirituelle est respectée.</p> <p>Le niveau de qualification et de formation du personnel permettent d'apporter des réponses adaptées aux besoins des résidents.</p> <p>L'organisation et les procédures existent, les outils de la loi du 2/1/02 sont présents.</p>
<p><b>Spécificités « Accueil de jour »</b></p>	<p>Le projet de service élaboré en équipe pluridisciplinaire prend en compte les droits des personnes accueillies (respect de la dignité, de l'autonomie, de l'intimité, de la sécurité ...).</p> <p>La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée.</p> <p>Les modalités d'admission au sein de l'Accueil de jour sont formalisées dans le règlement de fonctionnement (élément du dossier complet remis lors de la demande d'inscription)</p> <p>Après constitution du dossier de demande d'inscription, une visite de pré-admission par le cadre de santé et/ou un membre de l'équipe est proposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entretien avec le demandeur, la personne pouvant être accueillie afin d'évaluer son autonomie et élaborer son histoire de vie</li> <li>- visite de la structure.</li> </ul> <p>A l'issue de cet entretien une demi-journée d'essai est proposée. Si elle s'avère positive, un contrat d'accompagnement est signé par l'équipe soignante et les aidants familiaux.</p> <p>Il permet de formaliser l'admission de la personne accueillie et précise l'engagement de chacun pour un accompagnement optimal de la personne accueillie.</p> <p>L'accueil de jour propose un rythme de vie qui permet des repères temporo-spatiaux.</p> <p>L'accompagnement est basé sur les habitudes et l'histoire de vie de la personne, sur les activités de la vie quotidienne et sur une stimulation cognitive (cuisine, gym douce, atelier mémoire...).</p> <p>Des ateliers médiatisés sont proposés en fonction du désir de la personne, de ses capacités et en fonction du stade de la maladie afin de maintenir son autonomie.</p> <p>Les personnels ont fait le choix de travailler en Accueil de jour. Ils ont bénéficié de formations adaptées aux prises en charge sur : Relation soignant-soigné, Bientraitance, Maladie d'Alzheimer, Activités et animation...</p>
<p><b>Préconisations</b></p>	<p>Mettre en œuvre dans les meilleurs délais le projet rénovation des locaux vétuste et inadapté à la population accueillie</p>

	<p>Intégrer l'évaluation des pratiques sur le terrain aux missions de la CPB</p> <p>Réinstaurer la co-construction pluridisciplinaire du projet de vie et inclure les objectifs de l'animation</p> <p>Répondre aux sollicitations des usagers (qualité des repas, goûter et repas du soir).</p>
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	B			

2	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Activités et qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service à et sur son environnement et des interactions qui en résulte.	Les activités de l'établissement permettent des collaborations, des échanges et des liens avec la cité et/ou des associations ou institutions qui contribuent au maintien des liens sociaux	C
		Les prestations et les modes de prise en charge utilisent des ressources (humaines et techniques) externes à l'établissement par voie de convention ou d'échanges	B
		L'établissement ou le service est en capacité d'orienter les usagers vers d'autres établissements ou services (pour une réponse mieux adaptée aux besoins et attentes)	A

<b>Synthèse et observations</b>	<p>L'EHPAD est peu ouvert sur l'extérieur. Le maintien du lien social n'est effectif que si la famille vient chercher et accueille le résident. Le parc automobile de l'établissement est peu conséquent pour favoriser les sorties et non adapté au transport de personnes handicapées. L'établissement situé en zone rurale à la sortie de Moissac ne dispose pas de moyens de transports publics à proximité (ligne de bus).</p> <p>A noter que les différents services ne possèdent pas de WIFI, mais cet équipement est en cours de mise en place pour les résidents.</p> <p>Le budget consacré à l'animation ne permet pas de faciliter les sorties hors établissement. Mais l'association OVM présente dans l'établissement et présidé par une animatrice permet de financer régulièrement des sorties (montagne, visite de musées.....)</p> <p>Des bénévoles interviennent dans le cadre des associations dont ils font partie. Des conventions sont signées et règlent leurs interventions.</p> <p>L'Association "des usagers et amis de l'hôpital" intervient sur les Muscats.</p> <p>La bénévole intervient le jeudi de 14 h 30 à 15 H 45 dans le cadre d'une</p>
---------------------------------	--

	<p>animation culturelle à visée historique à travers une animation interactive. L'objectif est d'activer la mémoire lointaine et immédiate à partir des faits d'actualité reliés à l'histoire.</p> <p>Elle anime un groupe de 20 à 25 résidents. Son action est doublement pénalisée par des pertes de temps : elle est obligée d'aller chercher les personnes dans leur chambre, et la diminution du temps d'animatrice (absente en formation et non remplacée).</p> <p>Association Galaspo d'or : (grappe d'or) ; Il s'agit du club des aînés de Moissac. La personne anime un loto mensuel le mercredi sur les muscats. Les usagers gagnent des lots fournis par l'association.</p> <p>Elle vient également faire chanter les résidents le mercredi et intervient aussi le mardi sur les Tulipes de Moissac pour l'activité chant.</p> <p>Les Bénévoles attestent que les animations ne sont pas suffisantes pour les personnes âgées. "Le temps leur paraît long".</p> <p>Il n'est pas fait de bilan concernant les interventions des bénévoles. En début de chaque année, l'animatrice réunit les associations qui interviennent pour faire le point sur l'année écoulée et l'année à venir.</p>
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	<p>Situé au cœur du centre ville de Moissac, l'accueil de jour permet de maintenir le lien social (sortie au marché, musée, visite à des personnes accueillies hospitalisées...)</p> <p>Par ailleurs, chaque semaine différentes activités sont développées au sein des EHPAD du CHICM (Atelier mobilisation, atelier stimulation cognitive, loto, chorale, atelier théâtre...), et sont ouvertes à l'accueil de jour (accompagnement des personnes âgées sur le site de Moissac)</p> <p>Ces échanges avec les résidents permettent de faciliter à plus ou moins long terme la passerelle vers une structure d'hébergement.</p>
<b>Préconisations</b>	<p>Ouvrir les différents services de l'EHPAD sur l'extérieur en faisant participer les résidents à la vie de la cité.</p> <p>Mettre à disposition du service d'animation des moyens de transports adaptés aux personnes handicapées.</p>
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	B			

## B - Prise en compte des particularités de l'établissement ou du service

1	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Capacité de l'établissement ou du service à observer les changements et adapter son organisation		Le projet d'établissement ou de service existe et est à jour	B
		L'analyse des caractéristiques, des besoins et des priorités des personnes prises en charge est réalisée et formellement explicitée dans le projet d'établissement	B
		Les usagers ont participé à l'évaluation de leurs besoins et attentes.	C
		Les projets (dont notamment le projet d'accompagnement personnalisé) prennent en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne. La place de la famille et des proches dans le projet est explicitée	A
		Des aides aux aidants sont proposées	A

Synthèse et observations	<p>Le Centre Interhospitalier Calstelsarrasin Moissac a su partiellement adapter son organisation. La structure les "Grains Dorés" en est la preuve.</p> <p>Mais comme indiqué précédemment, pour les autres sites de Castelsarrasin (Hortensias) et de Moissac (Les Tulipes), les conditions d'hébergement ne peuvent offrir une prise en charge de qualité au niveau hôtelier, un accompagnement respectant un confort et les besoins de la population accueillies.</p> <p>L'inadaptation des locaux de ces 3 services est d'autant plus évidente en comparaison de la construction neuve « des Grains Dorés » de Moissac qui offre aux usagers un accueil dans une architecture agréable de « type hospitalier » offrant des longs couloirs desservant des chambres, des espaces de partage réservés à une vie de groupe (salle à manger, salon....).</p> <p>L'EHPAD réparti sur 3 sites et dans 4 bâtiments n'a pas formalisée un projet établissement médico-social. Il existe bien un projet de soins, mais celui-ci ne fait ne prend pas en compte les recommandations de l'élaboration, la rédaction et l'animation du projet d'établissement de l'ANESM.</p> <p>Cependant, il est prévu de réévaluer le projet de soins tous les deux ans, en tenant compte des évolutions constatées en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des demandes nouvelles exprimées par les résidents,</li> <li>- de leur degré d'autonomie,</li> <li>- des demandes des familles,</li> <li>- des contraintes budgétaires.</li> </ul>
--------------------------	--

	<p>Les besoins des personnes ont fait l'objet par le médecin coordinateur d'un recensement au niveau médical.</p> <p>Concernant le <b>projet d'accompagnement personnalisé (PAP)</b> du résident, le processus de prise en charge est déterminé avec l'élaboration récente d'une procédure. Une synthèse est programmée environ un mois après l'arrivée du résident dans le service. Elle a pour but de faire le point sur son admission et d'élaborer en équipe pluridisciplinaire son projet d'accompagnement individualisé. Elle permet également le regroupement de tous les éléments d'évaluation afin d'optimiser l'efficacité des soins.</p> <p>Les projets de vie individualisés prennent en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne, même si à ce jour il n'est pas véritablement co-construits : absence de l'animatrice au réunion. Une réunion de l'équipe soignante et des intervenants transversaux internes, permet de mettre à jour la connaissance de la personne avec le temps de recul.</p> <p>Les besoins et les problèmes du résident sont identifiés, pour chacun d'eux, des solutions sont proposées et alimentent alors le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP), qui est mis en route et réévalué régulièrement par l'équipe.</p> <p>Il n'y a pas d'aide aux aidants mis en place identifié comme tel. Cependant le service de l'accueil remplit parfaitement ses missions d'écoute et d'orientation des familles. Des "réunion des familles" sont régulièrement organisées" avec les référents des résidents. Le CHCM dispose d'autorisation d'hébergement temporaire et un service d'accueil de jour qui permet d'offrir aux proches des périodes de rupture dans la journée ou des temps de répit.</p>
<p><b>Spécificités « Accueil de jour »</b></p>	<p>Le projet de service existe, il explicite clairement les critères d'admission, les modalités de prise en charge ainsi que la place et rôle des aidants naturels.</p> <p>L'accompagnement de la personne accueillie commence dès son admission par une phase d'observation. Elle est décrite dans le projet de service.</p> <p>Au terme de la période d'observation de 30 jours, une synthèse visant à élaborer le projet d'accompagnement personnalisé est effectuée en équipe pluridisciplinaire (équipe soignante, psychologue, cadre de santé). Elle permet d'évaluer l'autonomie de la personne, sa sphère psychologique, sociale et sa vie au domicile.</p> <p>Le projet d'accompagnement personnalisé élaboré prend en compte les attentes de la personne, ses ressources, ses besoins et les activités thérapeutiques proposées.</p> <p>Le projet d'accompagnement personnalisé est présenté à la personne accueillie et à sa famille par l'équipe soignante.</p>

	<p>Il est réévalué tous les ans ou en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne.</p> <p><b>Ce lieu de vie dynamique propose un « espace de répit » aux aidants familiaux. Il mériterait d'être valorisé à travers un livret d'accueil personnalisé intégrant les modalités administratives, financières et réglementaires, les activités proposées.</b></p>
<b>Préconisations</b>	<p>Elaborer un projet d'établissement EHPAD</p> <p>Généraliser le PAP et l'évaluation des besoins et attentes à l'ensemble des usagers, Faire participer les usagers à l'évaluation de leurs besoins et de leurs attentes, tracer et formaliser systématiquement le consentement des usagers.</p> <p>Valoriser et évaluer l'aide aux aidants</p>
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

2	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Prise en compte par l'ESSMS des enjeux de personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique, y compris dans le traitement des demandes en urgence	Une organisation de l'accueil téléphonique est mise en œuvre (horaires, répondeur, transferts...)	B	
	Une organisation de l'accueil physique est mise en œuvre (locaux de réception du public, affichage, documents d'information)	A	
	Une organisation de l'écoute personnalisée des usagers et de leur famille existe durant le séjour	A	
	Ces dispositifs prennent en compte les déficiences sensorielles éventuelles des usagers (adaptation aux handicaps)	A	
	Des locaux et une signalétique adaptée favorisent l'expression des demandes et l'écoute	B	
	Une organisation des demandes	A	

### Synthèse et observations

L'accueil téléphonique du site de Castelsarrasin est commun aux trois bâtiments de l' EHPAD, du SSR et au bâtiment appelé cure médical et long séjour, ainsi que pour le bâtiment des services techniques communs pour l'ensemble des sites de l'hôpital de Moissac et Castelsarrasin. Le personnel dispose de lignes permettant les appels extérieurs de jour comme de nuit, et.

En ce qui concerne les Tulipes de Moissac, les moyens téléphoniques en place ne permettent des délais de réponses appropriés : il n'y a pas de standard, le personnel n'a pas de téléphone portable à sa disposition, les appels entrants sonnent directement dans les services sur des postes fixes, ce qui demande au personnel de se déplacer lorsqu'il est dans les chambres ou dans le couloir.

Toutes les chambres des résidents sont équipées de ligne téléphonique.

#### Accueil téléphonique site Castelsarrasin

Horaire d'ouverture du lundi au vendredi : Il existe 2 possibilités en fonction du nombre d'agents administratifs présents qui peut varier de 1 à 2 personnes.

Si 2 personnes ouverture de 8H15 à 17H15 sans interruption

Si 1 personne ouverture 9H à 17H15 et fermeture de 12h à 12H45.

En dehors des horaires d'ouverture, les appels entrants sont basculés (jour et nuit) sur le service du long séjour qui fait office de standard équipé d'un téléphone sans fil. Un message d'attente est activé jusqu'à la prise de communication.

La standardiste ne trace pas les appels. Les renseignements sont donnés directement par celle-ci selon la demande.

Accueil physique administratif : est commun au site des Hortensias,

Tulipes de Castelsarrasin et des Grains Dorés.

Le service fait l'accueil physique pour l'ensemble du site et dirige les personnes vers le service concerné ou les personnes recherchées. Il a à disposition les supports d'information (livret d'accueil, ...)

Les visites sont préconisées tous les jours dans les chambres à partir de 10 h/ 11h pour ne pas gêner l'activité de soins. Cependant l'accès est libre, ceci n'est qu'une préconisation.

Les accès sont fermés la nuit à partir de 22 h jusqu'à 6 heures le matin. Il est toujours possible de prévenir le personnel de nuit par une sonnette à l'extérieure de l'enceinte du site et sur chaque bâtiment.

En ce qui concerne les Tulipes de Moissac, il n'y a pas d'accueil organisé. Les visiteurs doivent accéder directement dans les services situés au premier étage. La signalétique ne permet pas de se repérer facilement.

**Accueil téléphonique isur le site EHPAD Moissac les Grains Dorés :**

**Il est indépendant**

**Horaire d'ouverture :**

8 h 45 – 12 h 30 et 13 H 15 – 17 heures du lundi au vendredi. En dehors de ces heures les appels entrants arrivent directement dans les services.

Il est remis à l'admission une carte indiquant l'ensemble des numéros pouvant être appelés.

Il n'existe pas de message téléphonique lors de la fermeture du standard (à mettre en place pour indiquer les heures d'ouverture et les numéros des services).

Une personne est affectée à l'accueil physique et téléphonique. Cette personne effectue également l'accueil physique des familles du service des Tulipes de Moissac.

**Courrier :**

Sur chaque site, le courrier est reçu à l'accueil, est trié et distribué sur les services concernés, sauf pour les grains dorés. L'accueil des "Grains Dorés" reçoit le courrier des Tulipes de Moissac qui est acheminé tous les jours sur le site.

**Prises en compte des demandes spécifiques**

Les prises de rendez-vous du pédicure, du coiffeur, sont notées et traitées par le personnel soignant.

**Demandes d'admission :**

Concernant le dossier administratif et médical, l'établissement a été pilote au niveau de la mise en place (courant 2011) des outils. Des réunions ont eu lieu communes à l'ensemble des EHPAD du département avec les

Directeurs, Médecins Coordinateurs, Cadre de santé). Cette démarche évite aux familles de constituer un dossier par établissement lors de leur recherche de placement de leur proche.

Elles sont effectuées directement par la famille ou par téléphone. Le dossier "cerfa" peut aussi être téléchargé. Il comprend :

- le dossier de demande d'admission en EHPAD (document cerfa)
- la grille des tarifs
- la liste de tous les EHPAD publics du département
- texte sur la personne de confiance
- document médical à remplir par le médecin traitant mis sous enveloppe cachetée
- liste des pièces complémentaires à joindre en complément du document CERFA.
- Le livret d'accueil
- Le règlement de fonctionnement

Il existe une liste d'attente gérée par l'agent administrative des Grains Dorés, un protocole constitution, instruction et suivi du dossier de demande d'admission en EHPAD non validé pour l'instant, mais effectivement mis en place depuis juillet 2014. Cette liste sur fichier Excel est accessible en lecture seule par les membres de l'équipe de direction et le médecin coordinateur et cadres de santé.

La facturation EHPAD est établie mensuellement par le bureau d'accueil en lien avec les conseils généraux des départements d'origine des résidents pour APA et l'aide sociale, ainsi que pour la CAF et la MSA.

3 Protocoles sont en cours : Suivi demande admission, protocole d'admission d'un résident en EHPAD et constitution du dossier d'admission.

L'affichage est présent dans sur chaque site, seul celui des Tulipes de Moissac ne permet pas aux usagers et aux visiteurs d'avoir une information adaptée.

L'affichage extérieur est succinct ou absent, et ne fait pas référence au statut d'EHPAD.

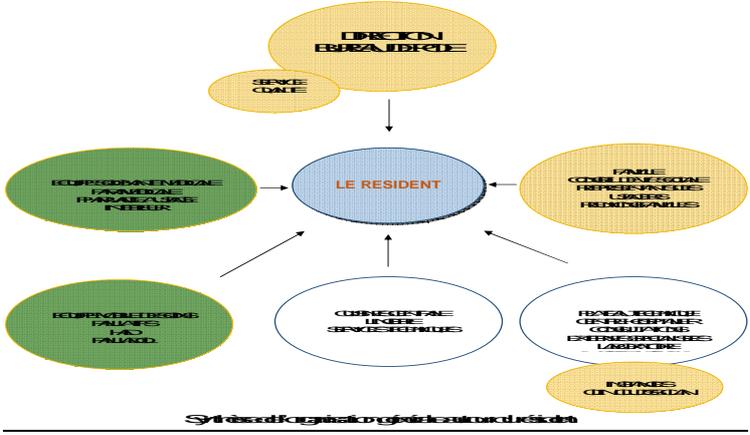
<p><b>Spécificités « Accueil de jour »</b></p>	<p><u>Horaires d'ouverture :</u> du lundi au vendredi, de 9h à 17h (sauf jours fériés) A la demi-journée de 13h30 à 17h00</p> <p>- <u>Organisation de l'accueil et supports d'information:</u> Les outils de la loi du 2 janvier 2002 relatifs aux droits et à l'information des usagers sont mis en place.</p> <p>. Plaquette d'informations spécifique (avec la participation de l'Association Soutien Alzheimer) / la personne accueillie/ la famille et les aidants/ l'espace de vie/ les modalités d'admission</p> <p>. Livret d'accueil EHPAD Castelsarrasin Moissac, dont dépend l'Accueil de jour :</p>
--	---

	<p>il présente brièvement la structure, son objectif, les horaires d'ouverture. Les coordonnées téléphoniques du service et du cadre de santé sont mentionnés en annexe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Charte des droits et des libertés de la personne accueillie (annexé au livret d'accueil)</li> <li>. Règlement de fonctionnement de l'accueil de Jour.</li> </ul> <p><b><u>A noter</u> : Ce lieu de vie dynamique propose un « espace de répit » aux aidants familiaux. Il mériterait d'être valorisé à travers un livret d'accueil personnalisé intégrant les modalités administratives, financières et réglementaires, les activités proposées.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>La signalétique</u> extérieure est restreinte : Une plaque mentionne le service sur la façade des locaux</li> </ul> <p><b><u>A souligner en termes de prestations offertes aux aidants familiaux :</u></b> L'Accueil de jour est équipé <b>d'un service transport</b> (3 véhicules):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour les accueils à la journée, les soignants assurent le transport (domicile-accueil de jour/ accueil de jour domicile)</li> <li>- pour les accueils à la demi-journée, la famille amène la personne et le retour à domicile est assuré par les soignants à partir de 17h00</li> </ul> <p>Ce temps de transport est un temps d'échanges privilégié avec la personne accueillie Par ailleurs la rencontre avec l'aidant familial au domicile permet de recueillir des informations nécessaires à la prise en charge de la personne pour la journée.</p>
<p><b>Préconisations</b></p>	<p>Mener une réflexion pour aménager un accueil adapté pour les Tulipes et la réception des appels téléphoniques entrants</p> <p>Optimiser l'affichage de l'accueil des Tulipes à Moissac.</p> <p>Mettre en place un message téléphonique lors de la fermeture du standard des Grains Dorés pour indiquer les heures d'ouverture et les numéros des services</p> <p>Améliorer la signalétique extérieure et intérieure</p>
<p><b>Observations de la structure</b></p>	<p>.</p>

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

3a	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Conditions d'élaboration du projet personnalisé	Chaque usager bénéficie d'un projet personnalisé	B
		Le projet personnalisé est conçu en lien avec l'utilisateur et sa famille	B
		Le projet personnalisé s'appuie sur un bilan des ressources et capacités de l'utilisateur	A
		Le projet personnalisé est conçu avec une équipe pluriprofessionnelle	A
		Le projet personnalisé est suivi par un référent	B
		Le projet personnalisé fait l'objet d'une évaluation à échéance régulière	B

*Synthèse et observations*



Le projet personnalisé fait l'objet d'une procédure, il est co-construit. Une synthèse est programmée environ un mois après l'arrivée du résident dans le service. Elle a pour but de faire le point sur son admission et d'élaborer en équipe pluridisciplinaire son projet d'accompagnement individualisé. Elle permet également le regroupement de tous les éléments d'évaluation afin d'optimiser l'efficacité des soins.

Les projets de vie individualisés prennent en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne. Une réunion de l'équipe soignante et des intervenants transversaux internes, permet de mettre à jour la connaissance de la personne que l'on peut avoir, avec ce temps de recul.

Les besoins et les problèmes du résident sont identifiés, évalués, et pour chacun d'eux, des solutions sont proposées et alimentent alors le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP), qui est mis en route et réévalué régulièrement par l'équipe.

Le médecin coordonnateur examine les demandes d'admission, propose une rencontre avec le futur résident et/ou l'aidant. Il arrive que celui-ci se déplace sur le lieu de vie (ou d'hospitalisation) du futur résident.

	<p>Le médecin coordonnateur effectue une évaluation gériatrique à l'entrée du résident et participe au recueil des données qui serviront à l'élaboration du projet personnalisé. Il est interpellé par les équipes en cas de difficulté de prise en charge, assiste à des temps d'échange pluri professionnels, et fait le lien avec les médecins référent du résident.</p> <p>La partie animation et relation sociale fait l'objet d'un item du projet d'accompagnement.</p> <p>Sur le PASA les animatrices suivent et évaluent la participation des résidents aux activités. Elles font le lien avec les PAP et sont présentes aux temps d'échanges concernant les prises en charge des résidents accueillis au PASA</p> <p>Un audit du dossier a été réalisé en Août 2013.</p> <p>Seuls des points d'améliorations restent à faire en terme d'exhaustivité des informations liée à l'absence de dossier informatisé et de co-construction validée avec l'usager et sa famille.</p> <p>Un groupe d'agents (multi professionnels et multi site) a travaillé sur une procédure de prise en charge de la fin de vie en EHPAD comprenant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la Prise en charge de la fin de vie d'un résident,</li> <li>• l'accompagnement des proches lors de la fin de vie d'un résident</li> <li>• l'accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire lors de la fin de vie d'un résident</li> </ul> <p>Cette procédure est conforme aux recommandations de bonnes pratiques et traite de tous les thèmes de la loi Léonetti</p> <p>Un module spécifique pour la rédaction des directives anticipées a été mis en place.</p> <p>Le processus d'appropriation de la procédure est en phase de diffusion et de formation des agents des différents services.</p>
<p><b>Spécificités</b> « Accueil de jour »</p>	<p>Chaque personne accueillie bénéficie d'un projet d'accompagnement personnalisé.</p> <p>Le projet d'accompagnement est basé sur les habitudes de vie de la personne.</p> <p>Des ateliers médiatisés sont proposés en fonction du désir de la personne et de ses capacités, en fonction du stade de la maladie afin de maintenir son autonomie.</p> <p>L'accompagnement de la personne accueillie est basée le plus possible sur les activités de la vie quotidienne et sur la stimulation cognitive (cuisine, atelier mémoire, jeux de mots, atelier mobilisation...)</p> <p>Une synthèse est faite en équipe pluridisciplinaire, elle permet d'évaluer l'autonomie de la personne, sa sphère psychologique, sociale et sa vie à domicile. A l'issue de cette synthèse qui est tracée dans le dossier patient le projet d'accompagnement personnalisé est élaboré.</p> <p>Il est présenté à la personne accueillie et à sa famille par l'équipe soignante.</p>

	Il est réévalué tous les ans ou en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne. Le dossier est correctement tenu.
<b>Préconisations</b>	Finaliser l'organisation du classement des dossiers papier pour faciliter l'exhaustivité et l'accès des données (L'informatisation du dossier de l'utilisateur permettra de réunir toutes les informations le concernant)  Seuls des points d'améliorations restent à faire en terme d'exhaustivité des informations liée à l'absence de dossier informatisé et de co-construction validée avec l'utilisateur et sa famille
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	B			

<b>3b</b>	<b>Eléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Capacité du projet individualisé à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur	Les besoins spécifiques des usagers sont pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnalisés	B
		Les droits des usagers sont pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnalisés	B
		Les usagers et leur représentant estiment que les projets individualisés prennent en compte leurs besoins et leurs droits	B

### Synthèse et observations

Une visite de pré admission a lieu soit sur le site de l'EHPAD soit à domicile ou en service d'hospitalisation si le déplacement du résident n'est pas possible

Lors de l'admission d'un résident une évaluation gériatrique standardisée est élaborée par le médecin coordonnateur. Tous les risques inhérents à la PA sont évalués. (douleur, chute, escarres, dénutrition, troubles de l'humeur et du comportement, évaluation de l'autonomie, grille AGIR, mini GDS, NPIS,...)

Un recueil des habitudes de vie est réalisé par la psychologue, les souhaits de fin de vie ou les directives anticipées ne sont pas abordés mais sont des points traités dans la procédure élaborée qui doit entrer mise en place.

Les usagers sont associés au recueil des données nécessaires à la construction de leur projet d'accompagnement, leurs droits et leurs besoins sont respectés avec quelques limites liés aux conditions d'accueil du site des Hortensias.

Les objectifs des projets d'accompagnement sont connus des professionnels mais ils ne sont pas présentés de manière structurée au résident et/ou leur famille.

**Spécificités « Accueil de jour »** Chaque personne accueillie bénéficie d'un projet d'accompagnement personnalisé.  
 Une synthèse permettant son élaboration se fait à J+30 après l'admission, en équipe pluridisciplinaire (équipe soignante, psychologue, cadre de santé). Elle permet d'évaluer l'autonomie de la personne, sa sphère psychologique, sociale et sa vie au domicile.  
 Le projet d'accompagnement personnalisé prend en compte les attentes de la personne, ses ressources, ses besoins et les activités thérapeutiques proposées.  
 Il est présenté à la personne accueillie et à sa famille par l'équipe soignante. Il est réévalué tous les ans ou lors de tout changement de situation.  
**A noter : Pour renforcer la confiance établie, il conviendrait de faire signer systématiquement le projet d'accompagnement personnalisé, au même titre que le contrat d'accompagnement.**

**Préconisations** Organiser et structurer la communication des projets personnalisés au résident et/ou leur famille

**Observations de la structure**

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

4	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Effectivité du projet d'établissement ou de service sur l'accès et le recours aux droits	Le projet d'établissement ou de service existe, est à jour et intègre les questions relatives à l'accès et au recours aux droits	B
		Un registre des réclamations existe et permet de proposer des actions d'amélioration ou de régulation d'équipes	C
		Ces éléments sont mis en œuvre concrètement autant que de besoins	B

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Le projet d'établissement n'est pas encore effectif.            Seul le projet de soins fait pas état de façon partielle des questions relatives à l'accès au droit.</p> <p>Néanmoins, la plupart des dispositions sont présentes dans le livret d'accueil et seront complétées par le règlement de fonctionnement en cours de validation.</p> <p>L'expression des plaintes et réclamations suit le circuit institutionnel du CHICM.            Il existe au sein de l'établissement une Commission des Relations avec les Usagers</p>
---------------------------------	---

	<p>et de la <b>Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)</b>.</p> <p>Elle a pour objet de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leur démarche, Elle gère, trace et fait le bilan du traitement des plaintes et des actions d'amélioration mise en oeuvre.</p> <p>Au quotidien, les réclamations orales sont prises en compte mais elles ne sont pas répertoriées au niveau des services. Il n'existe pas de procédure formalisée.</p>
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	<p>Le livret d'accueil EHPAD CASTELSARRASIN MOISSAC remis lors de toute demande d'admission en Accueil de jour intègre l'accès et le recours aux droits (Cf. charte des droits et libertés de la personne accueillie)</p> <p>Au niveau de ce service, l'expression des plaintes et réclamations suit aussi le circuit institutionnel du CHICM</p> <p>Les modalités d'expression sont clairement précisées dans le livret d'accueil EHPAD.</p>
<b>Préconisations</b>	Finaliser les outils d'information relatif à l'accès et au recours aux droits, Répertorié les réclamations réceptionnées dans les services (FEI)
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalemment</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	B			

<b>5</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers	L'établissement ou le service est organisé pour une écoute personnalisée des attentes des usagers	B
		L'établissement ou le service est organisé pour une expression collective des attentes des usagers	B
		L'établissement ou le service met en œuvre des réponses à ces attentes individuelles et collectives	B

Mis en forme : Non Surlignage

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Plusieurs processus identifiés favorisent l'écoute personnalisé dès l'accueil de l'utilisateur : procédure d'accueil, CVS, enquête, ...</p> <p>Cependant, certains sujets restent en suspens depuis de nombreuses années comme la perte du linge des usagers traité par le CH de Montauban.</p> <p>Les usagers rencontrés des Grains Dorés attestent que le personnel est à l'écoute et qu'ils sont bien accompagnés dans leur prise en charge. Ceux des services Hortensias et Tulipes de Moissac ont témoigné être satisfaits</p>
---------------------------------	--

	<p>de leurs conditions d'hébergement actuelles, et de leur liberté d'aller et venir. "« On peut sortir comme on veut. On avertit, on nous donne les cachets pour sortir chez les enfants. On peut même y passer une nuit »</p> <p>Ils posent cependant le problème de la perte du linge et de la restauration en général qui pourrait être améliorée. « Le potage on pourrait l'améliorer toujours la même soupe...manque du vermicelle). C'est du réchauffé. A Moissac on avait des frites », « Ce jour rôti de bœuf deux fois réchauffé, c'est une semelle. « La viande n'est pas de qualité et est parfois immangeable ».</p> <p>Une <b>réunion famille</b> est animée par le directeur une à deux fois par an : communication, information et échange.</p> <p>la liste des <b>personnes qualifiées</b> n'est pas connue, et l'information n'est pas communiquée aux usagers et leurs représentants</p> <p>La <b>personne de confiance</b> fait l'objet d'un recueil au moment de l'admission</p> <p>Un recueil des <b>directives anticipées</b> et des souhaits de fin de vie va être mis en place via la diffusion et l'appropriation par les soignants de la procédure d'accompagnement en fin de vie.</p> <p>La culture de l'analyse de la satisfaction est présent mais les enquêtes de satisfaction sont anciennes (18/4/2012 pour les familles, 2011 pour les résidents)</p>
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	<p>L'accueil de jour a développé une dynamique autour du projet d'accompagnement personnalisé dans un espace de vie convivial et professionnel permettant de répondre favorablement aux attentes exprimées.</p> <p>Chaque jour, en fonction des personnes présentes, l'équipe pluridisciplinaire propose des activités prenant en compte leurs envies, leurs attentes, leurs capacités cognitives et physiques ainsi que la dynamique du groupe...</p>
<b>Préconisations</b>	<p>Prendre en compte les insatisfactions relevées au cours de l'entretien et mettre en place les actions d'amélioration.</p> <p>Renforcer l'information destinée à l'usagers (notamment la personne qualifiée)</p> <p>Renouveler les enquêtes de satisfaction</p>
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	B			

6	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers	L'établissement ou le service est organisé pour une écoute personnalisée des attentes des usagers	A
		L'établissement ou le service est organisé pour une expression collective des attentes des usagers (CVS)	B
		L'expression et la participation individuelle et collective des usagers sont facilitées et valorisées	A
		Les usagers et leurs représentants ont le sentiment que leur expression et leur participation est facilitée et valorisée	B

Mis en forme : Couleur de police : Automatique

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Le CVS est commun à l'ensemble des services de Moissac et de Castelsarrasin. Les membres du CVS ne font pas de recueil d'information auprès des usagers et des familles avant le CVS. Les débats ont lieu directement le jour des réunions officielles. Les membres du CVS rencontrés attestent que les usagers s'expriment librement au cours de celles-ci.</p> <p>Deux réunions ont lieu annuellement, elles rassemblent 5/6 représentants d'usagers et entre 15 à 20 résidents, mais les PV des réunions indiquent que le quorum n'est pas respecté (50% +1) Tous les sujets sont traités spontanément.</p> <p>Le sujet persiste depuis de nombreuses années (25 ans) il s'agit de la perte de linge personnel. Ce problème n'a pas fait l'objet de réponse autre que : « la faute est due au service de laverie du centre hospitalier », ni de réponse formalisée quant à la prise en considération de la perte du linge au niveau de l'indemnisation.</p> <p>Le linge est identifié individuellement, mais ne semble pas être suivi pour être retrouvé en cas de perte. Certaines familles sont allées directement à la laverie pour retrouver le linge manquant sans succès. La prestation du linge avait été confié avec succès auprès d'un ESAT, cette prestation n'a pas été maintenue.</p> <p>Les problèmes de nourriture et de manque d'animation font parfois l'objet de discussions. "Certains aliments ne sont pas appropriés pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (asperges, haricots verts....)". Les membres du CVS indiquent que : « les difficultés de déglutition ne semblent pas assez être prises en considération ». Néanmoins, la prise en charge au titre de la nutrition est assurée par la diététicienne qui adapte les textures</p> <p>Les membres du CVS souhaiteraient participer à la commission des menus en lien avec la diététicienne. Il existe un comité de liaison alimentation nutrition. (CLAN). Le temps entre le repas du soir et le petit déjeuner du lendemain peut atteindre 13 à 14 H.</p> <p>Les heures de repas génèrent des insatisfactions: heure de goûter à 15 H 30,</p>
---------------------------------	--

	<p>le repas du soir à partir de 17 h 30. Le temps du goûter pourrait être avancé à 15 H 00 et la prise du repas du soir à 18 H.</p> <p>Le CVS atteste que les usagers sont satisfaits des prestations du personnel en soulignant cependant le manque d'effectif par moment.</p> <p>Le président du CVS était absent lors de l'évaluation externe. Aucun usager n'a assisté aux entretiens de l'évaluation interne. Les résidents ont répondu librement aux questions des évaluateurs.</p> <p>Il existe deux <b>questionnaires de satisfaction</b> usager et famille qui ont été validés en réunion de pôle. La dernière enquête des résidents a eu lieu en 2011 et des familles et tuteurs en 2013.</p> <p>Le CVS a été informé avant la mise en place de l'enquête (communication du questionnaire) et a été destinataire des résultats. Les mesures correctrices sont apportées et commentées en réunion de famille mais les retours ne sont pas effectués auprès du CVS La relation avec les familles est favorisée. Des réunions des familles sont régulièrement organisées et des comptes rendus de réunion sont rédigés.</p>
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	<p>La place des aidants est privilégiée afin de tisser des liens de confiance entre la personne accueillie, les aidants et l'équipe soignante.</p> <p>La relation entre les aidants familiaux et les professionnels est quotidienne.</p> <p>Des temps de rencontre avec la personne accueillie ou les aidants sont proposés, soit en individuel ou en groupe de parole, animés par la psychologue et le cadre de santé.</p> <p>Des moments de convivialité et de partage sont organisés : repas des familles (1 fois par an), galette des rois, loto annuel...</p>
<b>Préconisations</b>	<p>Veiller au formalisme du CVS (3 fois par an minimum) et au quorum</p> <p>Renouveler les enquêtes de satisfaction et intégrer les actions d'améliorations dans le PAQ institutionnel</p>
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	B			

7	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Capacité de l'établissement ou du service à observer les changements et adapter son organisation	L'établissement ou le service a organisé un système de veille sociale, juridique, économique et sectoriel	B
		L'établissement ou le service est représenté dans des instances, réseaux ou forums externes de réflexion sur les évolutions sociales, juridique économique et sectoriel	B
		L'établissement ou le service est organisé pour des séances de réflexions collectives sur les changements	B
		Ces systèmes de veille permettent d'élaborer des objectifs du projet d'établissement ou de service et ont des conséquences sur les logiques de gestion (RH, Finance, Logistique, Qualité et Risques...)	B

<b>Synthèse et observations</b>	<p>La veille réglementaire est effectuée par les services du Centre Hospitalier Intercommunal de Castelsarrasin Moissac et par l'ensemble des cadres de l'EHPAD.</p> <p>Si le service EHPAD est représenté au niveau des instances médicales, il est moins présent dans les dynamiques médico-sociales. Toutefois, il participe au réseau Géronto 82.</p> <p>Les capacités du service à observer les changements et à adapter son organisation dépendent essentiellement des ressources économiques dont dispose le CHI. Le site des Grains Dorés a été reconstruit, mais faute d'avoir entrepris dans le passé des travaux de réhabilitation de ses bâtiments d'hébergement, les autres sites se trouvent aujourd'hui dans une situation délicate en ce qui concerne les qualités d'accueil aux Hortensias de Castelsarrasin et aux Tulipes de Moissac.</p> <p>L'EHPAD a été pilote pour la mise en place du dossier administratif et médical avec l'ensemble des EHPAD du département</p>
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	<p>Le système de veille sociale est assuré par le cadre de santé et les soignants qui sont une ressource pour les familles lors de la demande d'admission.</p> <p>Leur connaissance du réseau social et paramédical facilite l'organisation de la prise en charge de la personne accueillie (APA, CCAS, auxiliaire de vie...)</p> <p>Les soignants accompagnent les familles dans « la gestion des crises » : leur rôle est de repérer les facteurs favorisant les troubles, d'accompagner les familles dans les attitudes relationnelles bienveillantes envers leur proche et de les préparer à une institutionnalisation.</p> <p>Des réflexions collectives sur les changements sont organisées par le cadre de santé lors des réunions de service et/ou de transmissions sur la dynamique projet initiée.</p>

<b>Préconisations</b>	Poursuivre le développement de l'accès à l'information nécessaire et adaptée à chaque professionnel. Favoriser les réflexions collectives et les échanges entre établissements
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalelement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

8	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques dans les modalités de réponse apportées aux usagers	Les recommandations de bonnes pratiques sont identifiées et disponibles au sein de l'établissement ou du service	B
		L'établissement ou le service a organisé une veille sur les publications de l'ANESM et de l'ANAP	B
		Les recommandations de bonnes pratiques ont fait l'objet d'un traitement institutionnel et collectif permettant une réflexion sur les valeurs institutionnelles, le partage des dispositions à mettre en œuvre et la diffusion de procédures et outils de mise en œuvre	B
		Les procédures et outils afférents aux recommandations de bonnes pratiques sont utilisés autant que de besoin	B

#### Synthèse et observations

La gestion documentaire (protocoles-procédures) est organisée par processus. Elle est disponible sur intranet et dans les classeurs situés dans chaque service.

Les recommandations de bonnes pratiques sont aussi disponibles sur intranet, certaines font l'objet d'information adaptée (la bientraitance) auprès des équipes. Mais toutes ne sont pas connues et accessibles par tous les agents (manque d'ordinateur, les as/ash ne connaissent pas les identifiants pour mettre en route l'ordinateur quand il est en veille). Toutes les procédures ou protocoles font références aux RBPP, elles sont une référence implicite dans tous les groupes de travail.

Un point fort, la présence au CHICM d'une Commission « Promotion de la bientraitance ».

#### Spécificités

##### « Accueil de jour »

Les recommandations de bonnes pratiques liées à l'activité sont identifiées et à disposition des professionnels dans un classeur. La recommandation sur la bientraitance est un des axes forts du service : les personnels ont suivi une formation sur la bientraitance.

Les procédures afférentes aux recommandations de bonnes pratiques sont rappelées et utilisées chaque fois que nécessaire dans les pratiques au quotidien.

**Préconisations** Poursuivre l'appropriation des RBPP et améliorer leur accès pour tous les agents.  
Evaluer leur appropriation

**Observations  
de la structure**

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

9	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
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 - techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes - plus généralement politique globale de gestion des risques	L'établissement ou le service a défini une politique globale de gestion des risques. Cette politique est inscrite dans le projet d'établissement	B	
	L'établissement ou le service a mis en place une organisation de la gestion des risques (personne ou comité – compétences – fiche de fonction...)	B	
	La fiche navette préalable à l'évaluation externe démontre que l'ensemble des éléments de sécurité est suivi et que les recommandations des organismes de contrôle sont mises en œuvre	C	
	Le Document Unique existe et permet le management de la prévention des risques professionnels (y compris les risques psycho-sociaux).	B	
	La sécurité des lieux, des biens et des personnes est assurée	C	
	Des processus à risque sont identifiés (circuit du médicament, circuit linge, déchets, bio-nettoyage...) et font l'objet d'une logique de mise sous assurance qualité	B	
	Les risques liés aux spécificités de la population prise en charge (maltraitance, violences ...) sont identifiés et font l'objet d'un traitement institutionnel particulier.	B	
	Les protocoles de signalement de maltraitance existent et sont utilisés en cas de nécessité.	B	
	La logique de prévention des risques est inscrite dans le management de l'établissement ou du service (formations, évaluations, maintenance préventive, méthodes HACCP et RABC...).	B	
	Un système de signalement d'événements indésirables existe et fonctionne au sein de l'établissement ou du service.	B	
	Les recommandations de bonnes pratiques font l'objet d'un traitement institutionnel.	A	
	Des mécanismes de prévention de l'usure professionnelle sont mis en œuvre au sein de l'établissement ou du service.	B	
	Des mécanismes de régulation d'équipe et de solidarité professionnelle sont mis en œuvre au sein des équipes de l'établissement.	B	
	Le climat social est plutôt favorable à l'épanouissement professionnel.	B	
	L'application des normes d'hygiène et de sécurité à destination des usagers et des professionnels fait l'objet d'un suivi, d'une évaluation et d'actions correctives.	B	
Des mécanismes de prévention des situations de crise existent au sein de l'établissement ou du service.	B		
Des dispositifs de régulation de conflits existent au sein de l'établissement ou du service.	B		

<p><b>Synthèse et observations</b></p>	<p>La cartographie des risques n'est pas réalisée, cependant un nombre importants de processus à risques sont identifiés et font pour la plupart l'objet de procédures ou protocoles.</p> <p>Il existe des <b>procédures de gestion des risques</b> au niveau de l'EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fiche de déclaration d'événement indésirable utilisée par tout agent.</li> <li>- le bureau qualité se saisit de celle-ci et cote le niveau de dangerosité.</li> <li>- La fiche est transféré à qui de droit pour action.</li> </ul> <p>Une quinzaine <b>d'événements indésirables</b> sont signalés par semaine (court séjour et EHPAD confondus). La difficulté réside dans le retour des actions mises en place. Pour pallier à ce manque un logiciel (INTRAQUAL) doit être mis en place. L'agent déclarant pourra avoir accès à la déclaration en ligne et à son suivi.</p> <p>Le manque de personnel est un élément récurrent dans les événements indésirables, ainsi que les comportements agressifs voir violents de certains résidents. Un bilan annuel est effectué ainsi qu'une analyse plus précise pour ceux présentant des troubles de la conduite et du comportement.</p> <p>Les <b>plaintes</b> arrivent directement au bureau de Direction du centre hospitalier. Les cadres effectuent des investigations et une réponse est apportée à l'utilisateur. Ces plaintes arrivent également et directement par courrier au secrétariat de Direction du centre hospitalier.</p> <p>IL existe un <b>document unique</b> régulièrement actualisé par le passé. Il doit être reformaté et remis à jour . Celui-ci doit être revu en 2015.</p> <p><u>Toutes les chutes</u> font l'objet d'un signalement et sont analysées via un traitement excel par l'ergothérapeute et le médecin coordonnateur. Pour le moment elles ne font pas l'objet d'un groupe de travail et de mise en place d'actions, (l'ergothérapeute n'est là qu'à mi-temps)</p> <p><u>Les contentions</u> font l'objet d'une évaluation (formulaire évaluation bénéfice risque), de discussion en équipe et d'une prescription médicale</p> <p><u>Le risque d'escarre</u> est évalué et des aides techniques sont disponibles (matelas anti escarres)</p> <p><u>L'incontinence</u> fait l'objet d'un suivi et d'évaluations régulières</p> <p><u>La Douleur</u> fait l'objet d'une évaluation systématique et régulière, les agents sont</p>
--	--

<p>sensibilisés à l'utilisation des échelles</p> <p><u>L'évaluation nutritionnelle</u> est faite à l'entrée et suivie par le médecin coordonnateur. La diététicienne n'intervient que dans les liens avec le service de restauration. Les résidents sont pesés une fois par mois.</p> <p><u>Maltraitance et promotion de la bientraitance</u>: Une cellule promotion de la bientraitance est active sur le CHIC de Castelsarrasin, 2 cadres de l'ehpad ont rejoint la cellule, il manque la présence aussi des soignants des ehpad, ou une cellule spécifique EHPAD</p> <p><u>Les vaccinations</u> sont suivies par les médecins coordonnateurs pour les usagers, le salariés qui souhaite la vaccination antigrippale sont recensés tous les ans (le vaccin est fourni par le CHICM).</p> <p><u>Les urgences sanitaires, le risque épidémique et les plans bleus</u> font l'objet de protocoles spécifique et une mise à disposition de matériel de première intention en cas d'urgence selon les cas (caisse « gale » « déshydratation » « risque de contamination») et des classeurs « alertes sanitaires » sont présents dans tous les services.</p> <p><u>Continuité des soins.</u>  Au niveau des services la continuité des soins est assurée.  De plus, un numéro 3699 est en place dans la région il est affiché dans toutes les salles de soins. Ce numéro arrive sur la plateforme du 15 qui régule le problème rencontré.</p> <p><u>Troubles de l'humeur et du comportement – Syndrome dépressif</u>  Les troubles de l'humeur et du comportement, le risque de dépression et le NPIes sont évalués à l'entrée du résident et au moment des évaluations des PAP</p> <p><u>Risque infectieux</u>  Le DARI est élaboré mais de manière globale pour tout l'EHPAD (il existe cependant de grandes disparités entre les sites) Une infirmière hygiéniste est à temps plein sur le CHIC et les EHPAD, les procédures (une est spécifiquement destinée aux nouveaux embauchés) sont en places mais sont connues de manières très disparates en fonction des sites. Sur le site des Hortensias, le lavage des mains n'est pas maîtrisé. La prévention du risque infectieux ne fait pas l'objet de mise sous assurance qualité avec des évaluations régulières. Ex : évaluation des procédures comme le le lavage de main</p> <p><u>Circuit du médicament</u>  La pharmacienne a mené un groupe de travail, représentatif sur l'EHPAD, sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Les délivrances sont nominatives sur presque sur tous les sites, les préparatrices en pharmacie sont garantes sur place de la gestion des médicaments. La prescription est manuscrite sur un document élaboré pour permettre la traçabilité de la validation pharmaceutique et de la dispensation. Elle ne permet pas la traçabilité de l'administration. L'informatique est maintenant indispensable pour sécuriser tout le processus.</p>
--

<p>Le livret thérapeutique est en cours de validation (présentation du 6/11/2014) et fait la liste des médicaments utilisables en EHPAD élaborée par l'association des médecins coordonnateurs d'EHPAD du Tarn en collaboration avec l'OMEDIT et l'ARS-DT31.</p> <p>Les médicaments à ne pas broyer sont identifiés, et la consommation des neuroleptiques est suivie et évaluée en collaboration avec le médecin coordonnateur</p> <p>La préparation des semainiers est organisée de façon à répartir sur la semaine, avec une journée de secours, elle est faite par la préparatrice référente qui n'est pas remplacée quand elle est absente, dans ce cas c'est l'ide qui prend le relai.</p> <p><u>La diète nocturne</u> Elle est supérieure à 12 h et des insatisfactions ont été relevées auprès des usagers.</p> <p><u>La restauration</u> Les dossiers d'agrément et de contrôles sont classés et à jour et se trouvent à disposition dans le bureau du responsable de cuisine. Un système assurance qualité en restauration (HACCP) est en place, mais ne concerne que la production.</p> <p>La restauration est élaborée à partir d'une cuisine centrale qui confectionne 335 000 repas à l'année. La marche en avant est respectée ainsi que les obligations légales.</p> <p>Le responsable restauration gère 18 personnes. Il est assisté par un second de cuisine. L'ensemble du personnel est polyvalent. Il travaille en étroite collaboration avec la diététicienne.</p> <p>Il existe des fiches de postes. La procédure concernant la réception des produits est respectée. (contrôle de température, suivi bon de commande et livraison...)</p> <p>La liaison froide est mise en place sauf en ce qui concerne les soupes.</p> <p>Les repas sont rangés dans des clayettes et véhiculés dans des camions réfrigérés. Le responsable de la cuisine maîtrise la chaîne de distribution jusqu'à la livraison sur le site. Les équipes hôtelières prennent ensuite le relai et à ce stade la chaîne est rompue : il n'est pas défini qui est responsable du suivi de la livraison jusqu'au service à table. Le responsable restauration a établi un protocole de distribution des repas en services d'hébergement. Ce protocole n'a jamais été validé, ni mis en place.</p> <p>Le circuit restauration :</p> <p>Le livreur dépose les clayettes directement dans la chambre froide. (une par service). Vers 10 heures les barquettes sont mises dans les chariots réfrigérés pour une remise en température vers 11H/11H15 et ce, pendant <math>\frac{3}{4}</math> d'heure de remise en température.</p> <p>La traçabilité de la remise en température est effective et enregistrée.</p>
--

	<p>Vers 12 heures le chariot est amené en salle à manger.</p> <p>Le potage n'est pas varié, il faudrait également adapter les menus et « la cuisine au grand âge » en la diversifiant de celle servie pour le court séjour.</p> <p>Des contrôles vétérinaires ont fait état de certains manquements au niveau des offices même au niveau des grains dorés. Le dernier contrôle vétérinaire date du 5 novembre 2013.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenance des locaux (nettoyage des sols, réfection des surfaces non lisses, adaptation/réparation des équipements non conformes.</li> <li>- Mise en place de contrôle de températures</li> <li>- Affichage et respect d'un plan de nettoyage de désinfection.</li> </ul> <p>Dans la cuisine centrale la DVS a demandé à deux reprises que les accès à la chambre froide soient agrandis pour respecter la température de 3 degrés et ainsi que la fermeture de deux portes pour limiter les accès de passage. A ce jour et malgré la première visite de la DSV en 2013, ces travaux n'ont pas été effectués.</p> <p>Il existe une commission des menus à laquelle participe le Directeur ou son représentant, les cadres de santé, la diététicienne, les usagers, les hôtelières, des médecins. Auparavant, elle se réunissait une fois par mois, à ce jour la fréquence est irrégulière.</p> <p>Il existait un CLAN comité de liaison alimentaire et nutrition. A ce jour celui-ci ne se réunit plus.</p> <p>Un contrat avec le laboratoire vétérinaire départemental LDV effectue deux prélèvements tous les 15 jours concernant les plats cuisinés. Les traitements de surface sont effectués par le personnel de la cuisine centrale et analysés par le laboratoire du centre hospitalier.</p> <p>Le LVD intervient aussi pour la formation du personnel, (action/formation) Une formation pour les hôtelières de l'EHPAD doit être effectuée les 15 et 16 décembre.</p> <p>Les repas sont pris en salle à manger où dans la chambre selon le désir du résident et suivant son état de santé.</p> <p>Un service à l'assiette avait été prévu, mais non respecté dans tous les services où certains usagers mangent directement dans les barquettes en plastique.</p> <p>Certains aliments ne supportent pas la liaison froide et la remise en température. La cuisine centrale réalise les mêmes menus pour les personnes hospitalisées en court séjour que pour les résidents de l'EHPAD.</p>
--	--

	<p><b>Le linge.</b></p> <p>Deux prestataires traitent le linge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le linge plat et le linge des usagers par l'Hôpital de Montauban non certifié RABC. A son retour non filmé est stocké dans des locaux prévus à cet usage.</li> <li>- Le linge du personnel est sous-traité par la société Initiale Service certifiée RABC. Le linge propre est filmé avant d'être livré.</li> </ul> <p>Il n'existe pas de rythme formalisé pour le changement du linge plat. En principe celui-ci est effectué 2 par fois semaine.</p> <p>Il était prévu initialement que le personnel perçoit une dotation de 4 tenues par semaines. Cette dotation est réellement de 3 ce qui ne permet pas aux agents de se changer.</p> <p>En interne, aucun système d'assurance qualité du linge n'a été mis en place : contrôle qualité à réception, prélèvement de surface, ...</p> <p><b>L'élimination de DASRI</b> à partir de la production est faite dans des sacs plastiques jaunes, qui sont descendus par le personnel dans un container étiqueté spécifique appartenant à la société qui procède à l'enlèvement. Mais sur le site de Castelsarrasin la configuration est telle que ce sont les agents techniques qui re manipulent les sacs plastiques pour les mettre dans les containers spécifiques à l'extérieur des bâtiments, ce dernier n'est pas aux normes. Les quantités éliminées ne sont pas comptabilisées au mois. Il serait nécessaire de faire un audit, pour vérifier la conformité du processus par rapport à la réglementation. Un groupe de travail a été demandé à ce sujet par le CHSCT (CR du 22/10/2013)</p> <p><b><u>L'entretien des locaux</u></b> est effectué par des agents d'entretien qualifié pour l'ensemble des sites.</p> <p>Pour ces missions, il existe des :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiches de poste qui précisent les prérequis, le savoir-faire, le savoir être, les missions, les activités principales, relations fonctionnelles du poste, relations internes à l'hôpital.</li> <li>- Fiches de tâches qui comprennent les horaires et temps de de travail en fonction des missions à réaliser.</li> <li>- Fiches fréquence de nettoyage des locaux.</li> <li>- Les produits de nettoyages et le bon usage de ceux-ci</li> <li>- Les protocoles de nettoyage</li> <li>- La composition et entretien du chariot de bio nettoyage.</li> <li>- La liste et utilisation des produits disponibles pour le bio nettoyage.</li> </ul>
--	--

	<p>(indication, nom du produit, mode d'emploi, présentation, délai de conservation après ouverture.</p> <p>Pour l'ensemble des sites un cahier de traçabilité du bio nettoyage des chambres est renseigné.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A désinfection total de la chambre (départ ou décès).</li> <li>- Q quotidien (chaque jour)</li> <li>- C complet (une fois par semaine)</li> </ul> <p>Suivant les sites une personne s'occupe de l'entretien de 15/20 chambres quotidiennement le matin et entretient l'après-midi les annexes. Elle programme le type de nettoyage (A, Q, C) en fonction de ses charges de travail en veillant à respecter qu'une fois par semaine chambre soit nettoyées en C.</p> <p>La cadre du service commande les produits qui sont livrés hebdomadairement par le centre hospitalier. Ils sont stockés dans chaque service dans un local fermé à clef.</p> <p>Bio nettoyage : site Tulipes de Moissac : Deux personnes une 26 h et une 20 heures par semaine. Elles interviennent du lundi au vendredi et un dimanche sur 2.</p> <p>Il existe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des protocoles de bio nettoyage. :</li> <li>- Un livret de traçabilité du bio nettoyage des chambres.</li> <li>- Un livret de d'entretien des locaux des agents de bio nettoyage.</li> </ul> <p>Suivant les sites les produits d'entretien sont stockés dans local non fermé à clef. Le personnel dispose de chariots de ménage organisés, adaptés et prévus à cet effet qui se trouvent dans un local non fermés à clefs dans certains services.</p> <p>Bio nettoyage site les grains dorés : 1 personne à temps plein 1 personne à 28 h 6 personnes à 20 heures.</p> <p>Le statut des personnes : CEI (contrat sénior), CAE pour les autres et le temps plein en CDD.</p> <p>Le personnel des Grains Dorés est assez récent, certain dispose d'une expérience sur les sites de Castelsarrasin et les Tulipes de Moissac.</p> <p>Le Responsable technique bio médical : Il n'existe pas de fiche poste, celle-ci est en cours d'élaboration le responsable bio technique assure encore des fonctions de technicien. Les techniciens sont en possession de leur fiche de poste.</p>
--	---

	<p>Il assure le suivi des maintenances : fluide, chauffage, groupe électrogène, onduleur, suivi technicien bio, ascenseurs. Il gère 4 agents :</p> <p>Il est le correspondant sécurité avec les organismes de contrôle et organise les commissions de sécurité. Il assure les formations du personnel (formation SIAP 2) sur sécurité incendie et manipulation des extincteurs. Il existe des procédures incendies. Il n'a pas été effectué d'exercices incendie.</p> <p>La « cure Médicale et long séjour », bâtiment de Castelsarrasin aussi dénommé Hortensias, la commission de sécurité est programmée pour le 18 décembre 2014. La dernière date du 9 novembre 2011,</p> <p>Maison de retraite (bâtiment regroupant les service des Tulipes et ..) Commission de sécurité du 1 octobre 2013 a émis un avis favorable.</p> <p>Les grains dorés : Commission de sécurité du 5 avril 2012 a émis un avis favorable.</p> <p>Cure de Moissac : La commission a émis un avis défavorable le 4 juin 2013. Le bâtiment, classé précédemment en foyer logement, est reconsidéré en type J. Un diagnostic réalisé, par le bureau d'étude INGEBAT, préconise un en cloisonnement de la circulation et désenfumage des locaux. Il n'a pas été fixé de date de programmation des travaux.</p> <p>Une personne est chargée de faire les relevés de température de l'eau et l'analyse légionnelle et entretien des réseaux. La traçabilité des bras morts fonctionnel n'est pas réalisé avec les services de soins.</p> <p>Le responsable entretien travaux possède une fiche de poste : Il est sous la responsabilité hiérarchique de la Directrice des travaux.</p> <p>Les petits travaux : Le travail quotidien est organisé à partir du logiciel ASSET. Il existe une procédure de commande et de suivi de travaux. Ceux-ci sont demandés par les chefs de services à partir de ce logiciel.</p> <p>Les gros travaux : Les demandes sont faites directement à la Directrice des travaux. Ils sont programmés et effectués soit en interne ou par des entreprises extérieures. Le responsable des travaux effectue le lien avec celles-ci. Il gère 10 personnes sur l'ensemble des sites.</p> <p>La gestion des véhicules est effectuée par ce service. Un seul véhicule pour l'ensemble des résidents.</p> <p>Ce service effectue la collecte des déchets suivant une procédure établie.</p> <p>Les astreintes administratives et techniques sont connues par l'ensemble du personnel.</p>
--	---

<p><b>Spécificités « Accueil de jour »</b></p>	<p>La logique de prévention des risques est inscrite dans le management du service par le biais de formations institutionnelles : formation manutention, promotion de la bientraitance, sécurité incendie...</p> <p>L'accueil de jour est une structure sécurisée au regard du profil des personnes accueillies ; elle permet une déambulation qui toutefois n'est pas optimale (ouverture des fenêtres, revêtement des sols...) Une fiche/ chute est intégrée au dossier patient.</p> <p>Les repas sont préparés et livrés par le CHICM ; L'ASH chargé de l'hôtellerie a suivi la formation HACCP.</p> <p>L'application des normes d'hygiène et de sécurité à destination des usagers et des professionnels fait l'objet de suivi par l'infirmière hygiéniste. Les protocoles sont en place et connus des professionnels.</p> <p><u>Gestion des médicaments</u> : Il est demandé aux familles de préparer les médicaments pour la journée dans un pilulier. Ils sont donnés par l'aide soignante.</p> <p>Les médicaments peuvent être administrés par les soignants ; l'ordonnance et les traitements sont alors fournis par la famille. (<b>Procédure à formaliser</b>)</p>
<p><b>Préconisations</b></p>	<p>Finaliser l'actualisation du document unique.et intégrer les résultats aux PAQ institutionnel</p> <p>Finaliser la sécurité de la distribution des médicaments (notamment informatiser la prescription médicamenteuse)</p> <p>Mener une réflexion pour adapter la diète nocturne à la population accueillie (inférieure à 12 h)</p> <p>Sécuriser la distribution des repas, de la livraison dans les services à la consommation par les résidents et contrôler et respecter la température au niveau de l'assiette (étendre l'assurance qualité HACCP dans les services)</p> <p>Prendre en compte les observations de la DSV tant au niveau des travaux que des manquements au niveau de la restauration</p> <p>Reconsidérer l'utilisation d'aliments qui ne supportent pas la liaison froide et la remise en température</p> <p>Prendre en compte l'avis de la commission de sécurité qui a émis un avis défavorable le 4 juin 2013 sur les Tulipes de Moissac</p> <p>S'assurer du respect des normes RABC en lingerie pour le sous traitant non certifié et étendre la démarche dans les sites</p> <p>Etendre la cellule de promotion de la bientraitance sur l'ensemble de l'EHPAD</p> <p>Faire un audit des DASRI et mettre un plan d'action en conséquence</p> <p>Mettre en place une assurance qualité pour le service entretien en lien avec les services de soins.</p>

<b>Observations de la structure</b>	
---	--

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	<b>Non applicable</b>
	B			

10	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Capacité de l'établissement ou du service à assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions	L'interface entre la famille et/ou l'établissement d'amont et l'Etablissement d'accueil fait l'objet d'un recueil d'information pertinent et d'un travail collectif de cohérence et de continuité.	A	
	Durant le séjour, des mécanismes de transmission entre les équipes, de non-cloisonnement des équipes, de prise en compte collective des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de régulation d'équipes permettent d'assurer une cohérence et une continuité des prises en charge	B	
	Des mécanismes de gestion des ressources humaines permettent de palier (même de manière dégradée) aux absences et besoin de remplacement et d'astreinte durant les périodes de congés	B	
	Des conventions et des rencontres avec les intervenants extérieurs et/ou les bénévoles permettent d'inscrire leur action dans la cohérence des prises en charge au sein de l'établissement	A	
	Lors d'une hospitalisation ou d'un transfert vers un établissement d'aval, l'établissement ou le service met en œuvre une fiche de liaison permettant d'assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	A	
	Le dossier de l'usager est « bien tenu » et disponible à tout moment	B	

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Le manque d'attractivité de l'EHPAD a pénalisé dans le passé l'embauche d'IDE. Les conditions de travail dans certains locaux ne sont pas les seules raisons mais doivent être cependant prises en compte dans les difficultés de recrutement.</p> <p>Certains non remplacements ont été et sont encore pénalisants : Médecin coordonnateur, psychomotricien.</p> <p>Les actions des bénévoles qui interviennent dans le cadre de leur association respectives sont formalisées par des conventions. Leurs interventions s'effectuent sous le contrôle et avec la collaboration des animatrices.</p> <p>Des commissions gériatriques sont organisées par le médecin coordonnateur (13/9/2013), y participent des médecins libéraux et des kiné</p> <p>Des réunions inter équipes pour permettre l'échange des informations sont structurées en mi journée. Ce sont de réels temps d'échange et de partage sur les pratiques professionnelles et les problématiques de prise en charge. Par contre, l'ide ne voit jamais l'équipe de nuit depuis la mise en place</p>
---------------------------------	---

	<p>progressive des 12h.</p> <p>Le dossier de l'utilisateur est bien tenu et disponible mais il fait l'objet de plusieurs classeurs (dossier médical – transmissions – projet de vie – fiches de suivi...)</p> <p>L'archivage n'est pas structuré. Les dossiers sont dans des cartons d'archives non classés ou identifiés, dans les bureaux des cadres.</p> <p>Le dossier de liaison est prêt à être photocopié au moment voulu.</p>
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	<p>L'interface entre le domicile et la structure d'accueil fait l'objet d'un recueil d'information réalisé par le cadre de santé lors de la visite de pré-admission en présence de l'aidant familial afin de recueillir les informations administratives, l'histoire de vie, les habitudes et souhaits de la personne accueillie, l'identification des besoins et des difficultés liées à la pathologie, la prise en compte de l'environnement familial.</p> <p>Le dossier de la personne accueillie comprend : les données administratives, les données médicales, la décharge en responsabilité/valeurs, le contrat de séjour, le diagramme de soins, les transmissions ciblées effectuées par les soignants, la fiche de suivi psychologique, la synthèse pluridisciplinaire à 30 jours, le projet d'accompagnement personnalisé...</p>
<b>Préconisations</b>	<p>L'informatisation du dossier de l'utilisateur permettra de rassembler toutes les informations le concernant au même endroit, et de structurer l'accessibilité. Organiser l'archivage des dossiers selon les règles d'archivage</p> <p>Organiser des temps de rencontre, de partage et d'évaluation des pratiques avec les équipes de nuit</p> <p>Veiller aux remplacements du personnel absent. Le personnel absent pour maladie est remplacé sauf en cas d'arrêts de dernière minute</p>
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	B			

11a

Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Respect de la réglementation en vigueur	Les dispositions législatives et réglementaires applicables à l'établissement sont respectées et mises en œuvre	<b>B</b>

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Les dispositions législatives et réglementaires applicables sont identifiées.</p> <p>L'établissement respecte ses agréments, il s'inscrit dans le droit fil des recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM et de l'HAS.</p> <p>Il doit cependant étendre son référencement aux RBPP dans le cadre de la réactualisation de son projet d'établissement médico-social EHPAD.</p> <p>Les avis des commissions de sécurité et des services de la Direction Départementale des Services vétérinaires doivent être pris en considération.</p>
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	L'Accueil de jour est géré par le Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin Moissac : il bénéficie de la garantie de la mise en œuvre et du respect de la réglementation en vigueur.
<b>Préconisations</b>	
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	<b>B</b>			

11b

Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'ANESM et notamment de celles relatives à la qualité d'hébergement	Les RBPP sont intégrées dans la mise en œuvre des prestations proposées aux usagers. Une sensibilisation des équipes quant à leur actualisation facilitera l'appropriation des nouvelles RBPP	B

<b>Synthèse et observations</b>	Toutes les procédures, les protocoles font référence aux RBPP, Tous documents mis à disposition fait l'objet d'un suivi (formulaire de prise de connaissance de documentation) signé par le salarié. Les RBPP sont disponibles sur intranet par les soignants, mais les ordinateurs ne sont pas toujours accessibles (insuffisants en nombre, codes d'accès non connu). Elles ne font pas l'objet de diffusion pour une réelle appropriation
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	La démarche qualité initiée s'appuie sur les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANES. Elles font l'objet de réflexions institutionnelles et collectives. Cette sensibilisation des professionnels aux RBPP s'inscrit dans le cadre du plan de formation (Ex : le soin relationnel, le projet personnalisé, la bientraitance...)
<b>Préconisations</b>	Rendre accessible les ordinateurs par tous les agents. Organiser et structurer la diffusion des RBPP pour en optimiser l'appropriation par tous les soignants.
<b>Observations de la structure</b>	

A = Totalement	B = En grande partie	C = Partiellement	D = Pas du tout	Non applicable
	X			

12	Éléments d'évaluation	Points clés	Cotation
Formes de mobilisation des professionnels (observation de l'organisation collective)		L'établissement ou le service est organisé pour permettre des échanges d'informations entre équipes pluridisciplinaires	B
		L'établissement ou le service est organisé pour permettre aux équipes d'atteindre des consensus sur les méthodes de travail et leurs modifications	B
		Des dispositifs de gestion de crise existent et sont mis en œuvre	B
		L'établissement ou le service recueille les besoins de formation et élabore un plan annuel de formation	A
		Le climat social est plutôt favorable au développement professionnel	B

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Des réunions inter équipes, pour permettre l'échange des informations, sont structurées en mi journées. Ce sont de réels temps d'échange et de partage sur les pratiques professionnelles et les problématiques de prise en charge pendant lesquels le médecin coordonnateur est souvent sollicité.</p> <p>L'IDE ne voit jamais l'équipe de nuit depuis la mise en place progressive des 12h</p> <p>Les agents de jour rencontrés sont satisfaits des moyens et temps mis à disposition pour les échanges de pratiques. Les agents de nuit regrettent de ne pas être associé aux équipes de jour.</p> <p>Cependant, les équipes de nuits sont invités aux réunions de services organisés par les CDS et des réunions spécifiques aux équipes de nuit sont organisées dans l'année et à leur demande .</p> <p>Des protocoles de gestion de crise sont élaborés, disponibles et connus</p> <p>Des réunions de synthèse sont organisées pour permettre l'évaluation des projets personnalisés.</p> <p>Des commissions de coordination gériatrique sont organisées par le médecin coordonnateur avec la participation des médecins libéraux, et kinésithérapeutes. Elles ont notamment permis d'obtenir un consensus sur des protocoles de conduites à tenir médicales.</p>
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	<p>Le service, rattaché à l'EHPAD, est organisé pour permettre aux soignants d'atteindre des consensus sur les méthodes de travail dans les réunions institutionnelles, les réunions de service, les réunions de synthèse.</p> <p>Des dispositifs de régulation sont mis en œuvre si nécessaire (le personnel peut bénéficier d'un soutien psychologique dans le cadre de son exercice professionnel).</p> <p>A noter que l'ambiance de travail et le climat social sont favorables.</p>

	Le service recueille les besoins de formation, soumis à la Commission de formation du CHICM, en fonction des objectifs du service. Les besoins individuels sont recensés lors de l'entretien annuel d'évaluation.
<b>Préconisations</b>	Organiser des temps d'échange avec les équipes de nuit et les intégrer aux réunions de service. Optimiser le temps d'échange entre les équipes de nuit et les équipes de jour
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	B			

13	Eléments d'évaluation	Points clés	Cotation
	Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle	La fatigue et l'usure professionnelles font partie des risques identifiés dans la politique de gestion des risques.	C
		Des dispositifs de prévention de l'usure et de la fatigue professionnelle sont mis en œuvre (groupe de parole, soutien psychologique, analyse de pratiques)	B
Le management assure le suivi individuel et collectif des professionnels, les entretiens annuels d'évaluation sont réalisés, les valeurs de solidarité professionnelle et d'équipe sont portées		A	

<b>Synthèse et observations</b>	<p>Les dispositifs habituels existent : entretiens annuels, DU, formation, réunions, ... mais il n'y a pas de dispositifs spécifiques au soutien psychologique, ni de démarche relative à la prévention des risques psychosociaux en lien avec le médecin du travail.</p> <p>Néanmoins, il serait nécessaire de mener des démarches appropriées au regard du passage en 12 h, des conditions de travail de certains services, et de la situation relevée au cours de la visite (absentéisme et taux d'accident de travail important, préavis de grève).</p> <p>Rencontre avec l'élue du personnel CFDT et l'élue secrétaire syndicat CGT.</p> <p>La CGT a déposé un préavis de grève illimitée depuis le 13 novembre à la demande d'une partie du personnel EHPAD Castelsarrasin relatif aux conditions de travail et aux remplacements. Les débats avec la Direction concernent aussi les amplitudes horaires.</p> <p>5 IDE en CDI et CDD sont partis et non remplacés. 3 IDE cumulent près de 350 h supplémentaires dont certaines seront cependant récupérées à partir de janvier.</p> <p>Il n'y a pas de médecin du travail.</p> <p>Les élues : « les conditions de travail dans des locaux de type « hospice » sont des facteurs qui favorisent l'usure du personnel ».</p> <p>Livret d'accueil des nouveaux entrants portent les valeurs</p> <p>Les entretiens annuels d'évaluation ont lieu ils permettent de recueillir les besoins en formation des agents, le plan annuel de formation est structuré</p>
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	<p><i>La prévention de l'usure et de la fatigue professionnelle est prise en compte à travers : les groupes de travail institutionnels, les temps de transmissions, l'entretien annuel d'évaluation, le soutien psychologique...</i></p>

<b>Préconisations</b>	Renforcer l'accompagnement des professionnels et mettre en place des mesures appropriées pour limiter la fatigue professionnelle et prévenir les risques psycho-sociaux  Finaliser l'actualisation du DU
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	B			

<b>14</b>	<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.	L'établissement ou le service a une activité cohérente avec son agrément.	A
		L'établissement ou le service connaît et analyse la perception qu'ont de lui les usagers et les partenaires	B
		L'établissement ou le service a formalisé des coopérations inter-institutionnelles ou interprofessionnelles autour de l'utilisateur	B

<b>Synthèse et observations</b>	<p>L'établissement effectue une activité conforme à ses agréments, cependant la dimension médico-sociale est peu présente dans son projet d'établissement appelé projet de soins.</p> <p>La culture médicale prend le pas sur la culture sociale ou le projet d'animation n'est pas pris à sa juste valeur. Un rééquilibrage est nécessaire en ce sens et doit trouver sa traduction dans la mise à disposition de ressources et de moyens.</p> <p>L'EHAP effectue de façon irrégulière les enquêtes de satisfaction et la perception des partenaires n'est pas évaluée.</p> <p>Une seule convention existe avec l'association des bénévoles. La charte de partenariat avec les associations (9 ont été signée) qui définit les missions de chacun et rappelle le projet pour lequel l'association intervient auprès de nos résidents.</p>
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	<p>L'Accueil de jour a une activité cohérente avec les objectifs du Plan Alzheimer. Il dispose de personnel qualifié et compétent pour l'accompagnement des personnes de plus de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer ou démence apparentée présentant des troubles cognitifs avérés et ne nécessitant pas de soins médicaux.</p> <p>Il a établi des liens avec les structures et associations (EHPAD, service</p>

	<p>d'aide à la personne, ASA...) pour permettre à la personne accueillie de maintenir du lien social.</p> <p>Le service connaît la perception qu'ont de lui les personnes accueillies et les aidants à partir de l'enquête de satisfaction réalisée en 2009. Ces enquêtes sont à planifier régulièrement.</p> <p><b>Mettre en évidence l'impact de l'accueil de jour sur le soutien à domicile par le constat de son maintien à domicile sans recours à un hébergement ou du moins de façon plus tardive et mieux préparée.</b></p>
<b>Préconisations</b>	<p>Evaluer de manière pertinente et constante la perception des usagers et des partenaires.</p> <p>Mettre en place des conventions de collaboration et les évaluer</p>
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	Non applicable
	B			

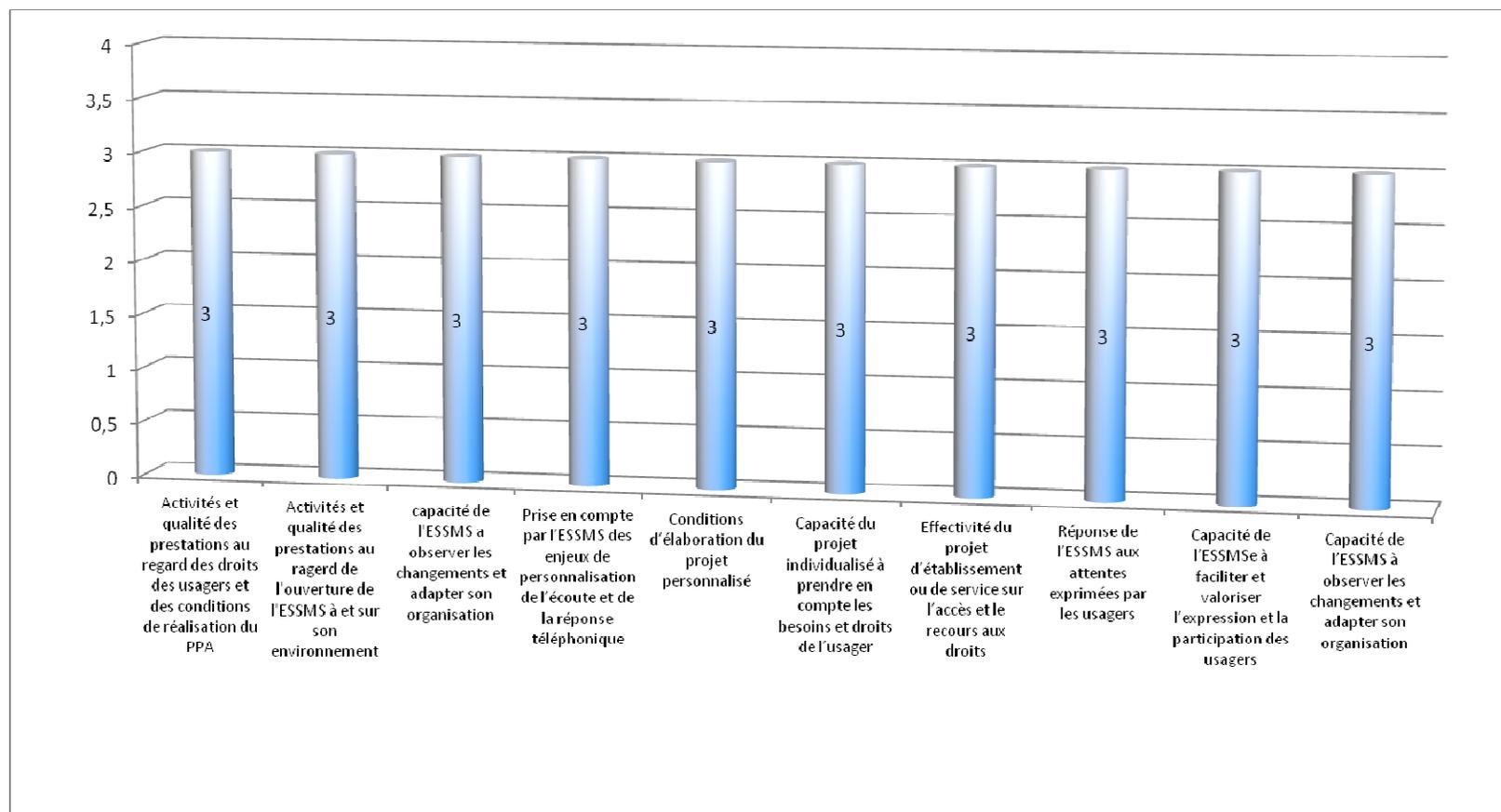
<b>15</b>	<b>Eléments d'évaluation</b>	<b>Points clés</b>	<b>Cotation</b>
	Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné	L'établissement ou le service a pris en compte le réseau de proximité et utilise les ressources du milieu	B
		L'établissement ou le service joue un rôle local en terme de prévention sanitaire et sociale	A
		L'établissement ou le service joue un rôle local en matière en termes d'amélioration du fonctionnement général de la filière dans laquelle il s'inscrit	A
		L'établissement ou le service joue un rôle local comme acteur économique	A
		Les usagers participent à la vie de la cité	C

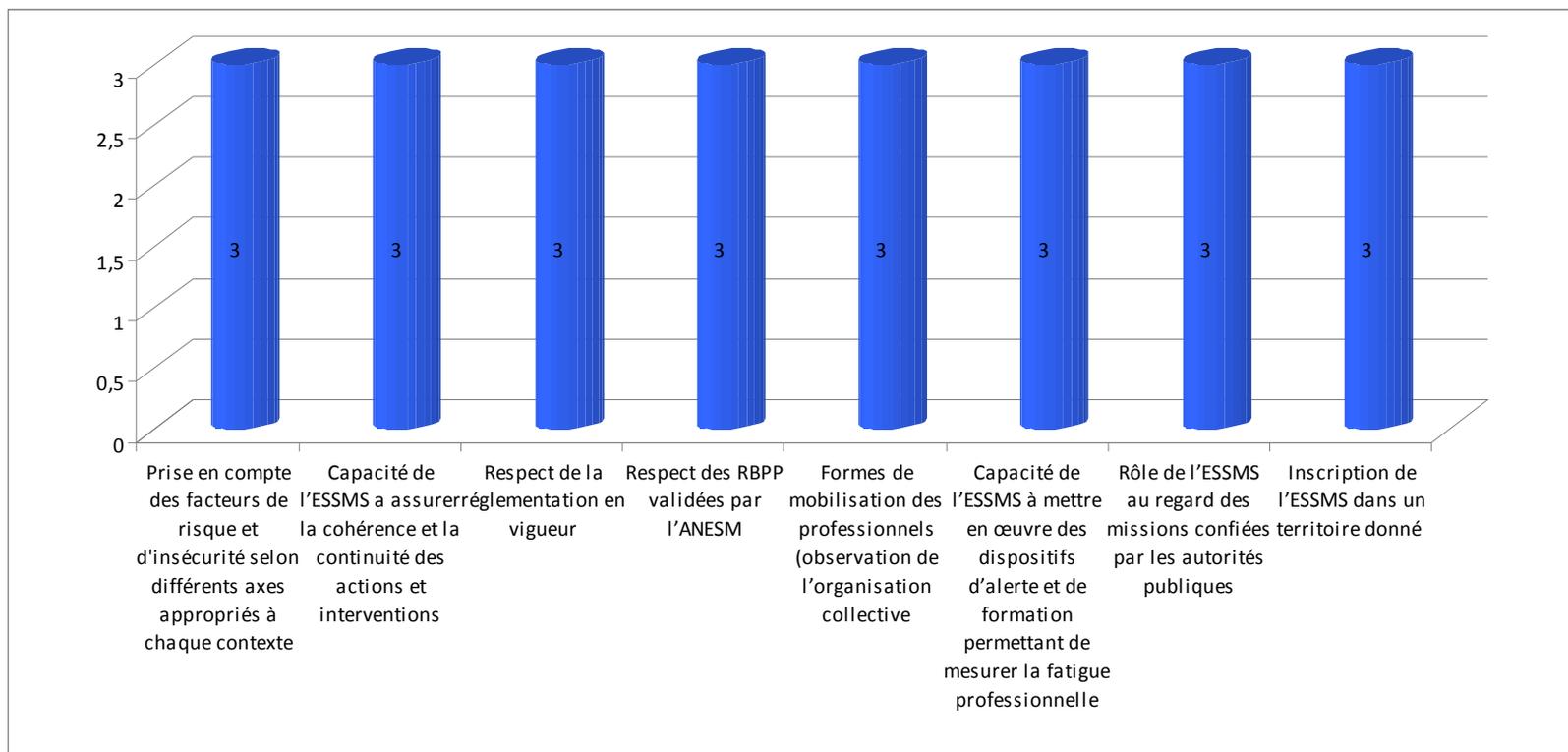
<b>Synthèse et observations</b>	<p>Du fait de son implantation historique, l'établissement est un acteur reconnu du territoire. Il offre des réponses de proximité de prise en charge aux usagers du territoire en proposant à la fois des sites sur Castelsarrasin et Moissac.</p> <p>Néanmoins, il est peu ouvert vers les réseaux de proximité, il utilise d'avantage les services du secteur hospitalier. Il participe peu à des instances ou réunions de la filière des EHPAD, seule la DRH y participe en qualité de responsable de l'EHPAD</p> <p>L'établissement ou le service joue un rôle local en termes d'amélioration du fonctionnement général de la filière gériatrique dans laquelle il s'inscrit. L'implantation du site des Grains dorés est le reflet de cet</p>
---------------------------------	---

	<p>engagement qui doit continuer à travers la prise en compte des besoins sur Castelsarrasin.</p> <p>La dimension économique est présente et se traduit par une source d'emplois.</p> <p>Les usagers des différents sites ne participent pas à la vie de la cité.</p>
<b>Spécificités « Accueil de jour »</b>	<p>Les ressources de l'environnement local sont bien identifiées et sont mobilisées en cas de besoin. Le projet de service le mentionne.</p> <p>L'Accueil de jour est inscrit dans la filière gériatrique du CHICM.</p>
<b>Préconisations</b>	Ouvrir l'établissement vers la cité.
<b>Observations de la structure</b>	

<b>A = Totalement</b>	<b>B = En grande partie</b>	<b>C = Partiellement</b>	<b>D = Pas du tout</b>	<b>Non applicable</b>
	B			

Graphique III : Examens de certaines thématiques et de registres spécifiques





---

## Chapitre 4 : Synthèse

---

### **Synthèse selon le modèle de synthèse proposé par l'ANESM et l'annexe 4 de la circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.**

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

L'évaluation interne a été réalisée à partir d'un référentiel élaboré par les services du Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin Moissac CHICM. Le référentiel s'est appuyé sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM et le rapport Angélique. Elle a été conduite d'une manière participative avec le personnel qui a été convié à des groupes de travail. La responsable qualité s'est fortement impliquée dans la démarche. Les items recommandés par l'ANESM ont été évalués. Le CVS a été informé de la démarche et a participé au groupe "garantie des droits individuels et collectifs des résidents". Les bénévoles ont été associés au groupe de travail "animation" Un plan d'actions a été mis en place et suivi.

- Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM par l'ESSMS
- 

Elles ont été prises en compte dans l'élaboration du référentiel et dans les actions mises en place (prévention de la maltraitance, procédure, ..). Elles sont mises à disposition de tous les professionnels, seuls quelques problèmes matériels ne les rendent pas accessibles aisément à tous. Une Cellule de Promotion de la Bienveillance CPB est en place. Il est recommandé d'étendre son rôle à l'analyse des pratiques.

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

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

L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement élaboré selon à la recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM « Elaboration, rédaction et animation de projet

d'établissement ou de service. Il possède un projet de soins sur la culture et le savoir-faire du secteur médico-social. Le projet d'animation ne fait pas partie intégrante de ce projet de soins.

- 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 CHI Castelsarrasin Moissac doit revenir à un retour à l'équilibre financier, c'est dans ce contexte que doit s'inscrire la réhabilitation et la reconstruction de certains services de l'EHPAD. Les objectifs du projet de soins ne pourront être atteints effectivement que dans des conditions d'accueil optimisées tels que ceux offerts par les Grains Dorés. Les remplacements du personnel doivent être réalisés.

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

Le personnel affecté présente toutes les compétences en ce qui concerne leurs formations initiales pour les missions qui leur sont imparties. Les plans de formation prennent en compte l'évolution et les besoins des populations accueillies. Ils devront cependant prendre en considération le réajustement du projet de soins en projet d'établissement médico-social et les nouveaux besoins de formations du personnel.

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 ;

Il n'existe pas une planification annuelle des réunions des services. Les synthèses consacrées à l'actualisation des projets personnalisés offrent l'occasion d'échanger sur les pratiques professionnelles pluridisciplinaires. L'intégration des nouveaux salariés est organisée, les entretiens annuels sont suivis, le plan de formations annuels intègre des formations qualifiantes et de consolidation des compétences aux regard de la population accueillie.

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 ;

Le document unique doit être réactualisé. Les évaluateurs ont perçu une certaine usure du personnel dans les services offrant des conditions de travail peu confortables à la fois pour les usagers, mais aussi pour le personnel qui fait preuve d'un réel engagement et d'une motivation intacte.

- Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de

## L'accompagnement pour les usagers

Il n'existe plus à ce jour qu'un seul médecin coordonnateur pour 350 résidents. Il a cependant effectué une étude sur le profil des usagers accueillis et ceux se trouvant sur la liste d'attente. L'accompagnement au quotidien et les ressources mobilisées pour effectuer celui-ci dans de bonnes conditions sont en adéquation. Cependant, il est regrettable que le remplacement d'un certain nombre de professionnels ne soit pas réalisé (médecin coordonnateur, psychologue, animatrice...).

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

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

L'établissement inscrit dans la culture médicale ne se donne pas les moyens pour optimiser l'ouverture de son établissement vers l'extérieur et favoriser ainsi les liens sociaux. Le parc automobile restreint et non adapté témoigne de ce manque d'implication dans la vie de la cité. Il existe trop peu de partenaires qui participent à l'animation pour l'ensemble des sites au regard du grand nombre de résidents.

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

Les partenaires rencontrés qui participent à l'animation attestent de la bonne prise en charge des résidents. Ils soulignent cependant la vétusté de certains bâtiments et un manque d'animation qu'ils traduisent par « le temps leur semble long ».

- 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 ;
- 

Seules les bénévoles participent indirectement à la prise en charge des usagers. Elles interviennent uniquement dans le cadre d'animations ludiques.

- Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS ;
- 

Les Grains Dorés offrent des locaux accueillants, il n'en est pas de même pour les autres services. Les liens sociaux avec les familles sont entretenus. Une aide aux aidant existe, elle

mériterait d'être structurée, valorisée et évaluée.

La citoyenneté est respectée ainsi que les droits des usagers.

Les différents services de l'EHPAD ne sont pas équipés de bornes WIFI ce qui oblige les résidents à se rendre en centre-ville pour accéder aux services internet alors que certains sont équipés de tablettes numériques.

### **La personnalisation de l'accompagnement, l'expression et la participation individuelle et collective des usagers**

- 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 médecin coordonnateur veille particulièrement à ce que les projets personnalisés soient actualisés dans le cadre de réunion de synthèses qui manquent toutefois d'une certaine pluridisciplinarité avec l'absence de l'animatrice et de la psychologue.

- 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 usagers participent à l'élaboration et à l'actualisation de leur projet individuel. Leurs besoins sont évalués et pris en compte dans la mesure du possible. Cependant, ils ne reçoivent pas une information structurée et tracée concernant leur PAP, et leur consentement n'est pas enregistré.

- 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 protocole prévoit l'actualisation du projet personnalisé qui est organisée au moins une fois par an. Le retard pris ne permet pas encore d'atteindre les objectifs.

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

Les modalités sont décrites dans le livret d'accueil du résident, mais l'archivage actuel ne permet pas d'optimiser cet accès. Au quotidien, le personnel informe les usagers et répond à leur sollicitation.

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

Il n'y a pas eu d'enquête récente permettant de mesurer la perception de l'EHPAD par les usagers. Néanmoins, la libre expression des membres du CVS permettent d'avoir des indications concrètes.

- 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 ;

Les usagers perçoivent clairement la mission de l'EHPAD. Leur participation aux réunions du CVS traduit la prise en compte de certaines de leurs attentes même si d'autres tardent à venir. L'expression collective des familles est respectée. La conformité du CVS doit être revue.

#### **La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques (y compris de maltraitance institutionnelle ou individuelle)**

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

Toutes les équipes sont organisées pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité, et de manière encore plus importante au niveau du cantou. L'architecture des HORTENSIA est un réel frein.

- 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 plaintes font l'objet d'un traitement spécifique et organisé. La formalisation du traitement et l'analyse des événements indésirables sont partiellement effectives mais leurs traitements devraient être optimisés par l'informatisation prochaine de la traçabilité.

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

Les principaux risques liés à la population accueillie sont identifiés et font l'objet d'un recueil et d'analyse grâce au travail des médecins coordonnateurs (un des médecins est parti, le deuxième est seul depuis quelque mois pour tous les résidents). Les professionnels sont organisés en groupe de

travail sur certaines thématiques (escarre, fin de vie...) et sensibilisés à ces risques. Des réunions de concertation et les temps d'échange pluridisciplinaires permettent d'évaluer les prises en soins. Le départ de la psychomotricienne et la présence d'un seul mi-temps d'ergothérapeute sont un frein aux travaux et actions mis en place dans la prévention de la perte d'autonomie.

# Chapitre 5 : Propositions et préconisations

## Abrégé selon le modèle d'abrégé proposé par l'ANESM

(Force/Faiblesse/Propositions et Préconisations)

### 1 La Démarche d'Evaluation Interne

Items (5 maximum)	Forces	Points d'effort	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Levier managérial	Forces : Une évaluation interne véritable levier du management.		
Référentiel	L'établissement a fait le choix de construire son propre référentiel. Il s'est appuyé sur le projet d'établissement du CH, le référentiel angélique, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les 5 axes recommandés par l'ANESM ont été pris en compte.		
Mise en oeuvre	Point d'effort : Respecter le plan d'actions issu de l'évaluation interne.		Optimiser la communication du plan d'actions.
Culture qualité	Force : La démarche qualité est dynamique et orchestrée par la responsable qualité qui favorise le développement de cette culture.		
Communication	Point d'effort : L'appropriation des informations Donner les moyens au personnel pour qu'il se réfère à certaines procédures peu ou mal connues.		Animer des séances pour maîtriser les procédures peu ou mal connues.

## 2 La Prise en Compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

Items (5 maximum)	Forces	Points d'effort	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte	<p>Forces :</p> <p>L'accessibilité des RBPP sur intranet La mise en place de la Cellule de Promotion de la Bienveillance</p>		<p>Mettre en place des réunions de travail ou des formations sur l'appropriation des RBPP.</p>
Effectivité	<p>Point d'effort :</p> <p>Finaliser l'accessibilité à tous les professionnels L'appropriation des recommandations des bonnes pratiques professionnelles sont peu ou mal connues.</p>		

## 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.

Items (5 maximum)	Forces	Point d'efforts	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Conditions d'élaboration	<p>Force :</p> <p>Il existe un projet de soins.</p>		<p>Elaborer un projet d'établissement prenant en compte les RBPP et y inclure le projet animation.</p>
Mise en œuvre du PE	<p>Point d'effort :</p> <p>Il n'existe pas de projet d'établissement médico-social EHPAD en référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service. Le projet d'animation ne fait pas partie du projet de soins.</p>		

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

Items (5 maximum)	Forces	Points d'effort	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Politique globale d'ouverture Et position de l'établissement  Conventions	Forces :  L'établissement offre des réponses de proximité de prise en charge aux usagers du territoire en proposant à la fois des sites sur Castelsarrasin et Moissac.  Points d'effort :  L'établissement n'est pas animé d'une culture d'ouverture vers la cité ce qui ne favorise pas le maintien des liens sociaux  Une seule convention avec l'Association des bénévoles.		Mettre en place une animation tournée vers l'extérieure et se donner les moyens de réaliser celle-ci.  Favoriser les liens avec les autres structures, s'inscrire dans les réseaux médico-sociaux

#### 5 La personnalisation de l'accompagnement.

Items (5 maximum)	Forces	Points d'effort	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Projet personnalisé	Forces : il existe un projet d'accompagnement structuré et qui fait l'objet d'une procédure  Points d'effort : les projets sont réalisés entre 60 et 70% des résidents selon les sites, la progression a stoppé depuis l'arrêt de la psychologue – il n'est pas présenté de manière structurée au résident et/l'aidant		Reprendre le déploiement des projets personnalisés en collaboration avec la psychologue. Organisé une présentation des objectifs au résident et/l'aidant. Recueillir son consentement

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

Items (5 maximum)	Forces	Points d'effort	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
CVS	Forces		Revoir le formalisme du CVS
Recueil de l'avis des résidents	Le CVS est actif et il existe des réunions de familles.	Points d'effort : Le nombre de réunion et le formalisme	Prendre en compte les demandes des usagers représentés au CVS et plus particulièrement en ce qui concerne la qualité de la restauration et la perte du linge des usagers traitée par le CH de Montauban.
L'écoute des personnels	Apporter des réponses aux demandes		
Satisfaction	Les enquêtes sont anciennes		Renouveler les enquêtes de satisfaction.

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

Items (5 maximum)	Forces	Points d'effort	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Garantie des droits	Forces : Les droits des usagers sont respectés.		
Dossier du résident	Points d'effort : Les usagers connaissent mal leurs droits. La charte des droits et liberté est affichée dans les services et non intégrée au projet de soins.		Informé les usagers sur leurs droits, et l'inclure dans le projet de soins et le futur projet d'établissement de l'EHPAD.
Politique de gestion des risques	La politique de gestion des risques n'est pas exhaustive		Mettre en place une cartographie des risques intégrant l'ensemble des services et du fonctionnement de l'EHPAD

Circuit du médicament	<p><u>Forces</u> Les étapes du Circuit du médicament sont sécurisées malgré l'absence d'informatisation</p>	<p>et de l'AJ (HACCP, RABC, DASRI, légionnelle, infrastructure, ...</p> <p>Informatiser la prescription médicamenteuse et permettre la traçabilité de l'administration médicamenteuse</p>
Maîtrise du risques infectieux et toxi-infection alimentaires	<p><u>Forces</u> Des protocoles existent et sont rassemblés dans un classeur hygiène dans tous les services.</p> <p><u>Points d'efforts</u> : selon les sites les agents sont plus ou moins sensibilisés au risque infectieux et à la transmission anuportée.</p>	<p>Organiser des formations régulières sur les précautions en matière de prévention du risque infectieux auprès de tous les agents et mesurer l'impact sur les pratiques</p>

## Appréciation globale de l'équipe d'évaluateurs externes

Les évaluateurs tiennent à remercier, Mr CABRIERE, Directeur, Mme CUBAYNES, Cadre Supérieur de Santé, Mme BENITO, Directrice EHPAD et DRH, Mme MIQUEL, Responsable Qualité, Monsieur le Dr GOKPINAR, médecin coordonnateur et Monsieur le Dr SEGUI, médecin libéral à Moissac ainsi que l'ensemble des Cadres des sites pour leur disponibilité et leur accueil.

Nous remercions également toutes les personnes rencontrées, résidents, représentants des résidents, bénévoles et professionnels, pour leur participation et leur engagement dans la démarche de l'évaluation externe.

L'évaluation externe s'est déroulée dans de bonnes conditions. L'ensemble des documents demandés ont été fournis. La responsable qualité à même parfois devancé les demandes des évaluateurs en fournissant des éléments de preuve complémentaires. La cadre supérieure de santé a apporté les précisions nécessaires à la compréhension des situations ainsi que les cadres des différents services.

L'évaluation externe ayant été annoncée et préparée, l'ensemble du personnel a fait preuve d'une mobilisation qui a permis aux évaluateurs de mesurer leur motivation et leur implication et de croiser leurs investigations évaluatives avec l'étude de la documentation fournie au préalable ou présentée le jour même.

L'équipe d'évaluateurs externe tient à valoriser une démarche particulièrement remarquable au niveau de l'accompagnement au quotidien et du respect du projet de vie de résidents accueillis au Cantou du site des Grains Dorés.

Mis en forme : Barré

<p><b>Préconisations stratégiques</b></p>	<p>Actualiser le projet d'établissement et faire les choix stratégiques adaptés et urgents nécessaire à la mission d'EHPAD dont la restructuration, la rénovation ou la reconstruction des services</p> <p>Développer le management par la qualité et intégrer la dimension médico-sociale dans la culture de l'EHPAD et de l'AJ (RBPP EHPAD volet 1 à 4 et suivant)</p> <p>Consolider la mission par de la mise en place de partenariats extérieurs</p> <p>Ouvrir la structure sur son environnement et à son environnement en favorisant les échanges avec la cité.</p>
<p><b>Préconisations Opérationnelles</b></p>	<p>Renforcer la mise en oeuvre des projets personnalisés co-construits en équipe pluridisciplinaire en y associant les usagers</p> <p>Renforcer la politique de gestion des risques en mettant en oeuvre une cartographie des risques globales, et étendre la démarche d'audits</p> <p>Etendre la mission du CPB par des analyses de pratiques</p> <p>Renforcer l'expression des usagers en respectant le formalisme du CVS et en réactivant les enquêtes de satisfaction</p> <p>Mettre en place les conventions de collaboration</p>

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

<i>Sur le déroulement de l'évaluation externe</i>	<p>L'évaluation externe de l'EHPAD et de l'HDJ de Castelsarrasin/Moissac, s'est déroulée dans un climat serein.</p> <p>Les échanges ont été objectifs et constructifs tout le temps de l'évaluation de même que le rendu de fin d'évaluation qui était toujours dans un sens d'une évaluation constructive et partagée.</p>
<i>Sur les conclusions de l'évaluation externe</i>	<p>Les évaluateurs ont recueilli avec une écoute attentive les explications et remarques formulées par les agents lors des entretiens, et réciproquement tout le personnel s'est rendu disponible pour répondre aux demandes des évaluateurs.</p> <p>En outre, des compléments d'entretiens et d'échanges ont été prévus quand cela s'avérait nécessaire pour une meilleure compréhension.</p> <p>Par contre, une observation de l'ensemble de l'encadrement et des équipes, c'est de passer un peu plus de temps sur le terrain auprès des équipes et auprès des résidents (les unités), ce qui nous semble utile dans un tel contexte d'évaluation.</p>

---

# Finalisation du Rapport d'Evaluation Externe

---

Le rapport de l'évaluation externe de l'EHPAD et de l'HDJ a été adressé par voie électronique et en deux exemplaires originaux, à l'attention de Monsieur, Jacques CABRIERES, Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin Moissac,

Le 5/02/2015

Christine VIGUIE  
Chef de Projet  
CRP Consulting