

CENTRE HOSPITALIER  
ROMORANTIN - LANTHENAY

Rapport d'évaluation externe 2014

Établissement d'Hébergement pour  
Personnes Agées Dépendantes  
(EHPAD)

Centre Hospitalier  
de  
Romorantin-Lanthenay

# Contenu

<b>1. ELEMENTS DE CADRAGE .....</b>	<b>4</b>
1.1. PRESENTATION DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE.....	4
1.2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT .....	6
1.3 LE CONTEXTE LEGISLATIF DE L'ETABLISSEMENT .....	9
<b>2. DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE .....</b>	<b>12</b>
2.1. LE CALENDRIER DE LA DEMARCHE .....	12
2.2. LES DOCUMENTS PREPARATOIRES.....	13
2.3. LE PROJET EVALUATIF.....	14
2.4. LA METHODOLOGIE D'EVALUATION EXTERNE .....	17
2.4.1 Le Plan d'intervention .....	17
2.5. LES EVALUATEURS .....	20
<b>3. LE DIAGNOSTIC « PORTER UNE APPRECIATION GLOBALE ».....</b>	<b>21</b>
3.1 ADEQUATION DES OBJECTIFS DU PROJET PAR RAPPORT AUX BESOINS, AUX PRIORITES DES ACTEURS ET AUX MISSIONS IMPARTIES .....	21
3.2 LA COHERENCE DES DIFFERENTS OBJECTIFS ENTRE EUX .....	24
3.3 L'ADAPTATION AUX MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS MIS EN PLACE.....	25
3.4 L'EXISTENCE ET LA PERTINENCE DES DISPOSITIFS DE GESTION ET DE SUIVI.....	28
3.5 L'APPRECIATION SUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS, LA PRODUCTION DES EFFETS ATTENDUS ET D'EFFETS NON PREVUS POSITIFS OU NEGATIFS .....	29
3.6 L'APPRECIATION DE L'IMPACT DES PRATIQUES DES INTERVENANTS SUR LES EFFETS OBSERVES .....	30
3.7 LES CONDITIONS D'EFFICACITE DES ACTIONS ET DE REACTUALISATION REGULIERE DE L'ORGANISATION .....	32
<b>4. EVALUATION INTERNE - EXAMINER LES SUITES RESERVEES AUX RESULTATS ISSUS DE L'EVALUATION INTERNE.....</b>	<b>34</b>
4.1 APPRECIATION DES PRIORITES ET DES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE DE L'EVALUATION INTERNE ET LA MANIERE DONT LES ACTEURS ONT ETE IMPLIQUES.....	34
4.2 APPRECIER LA COMMUNICATION ET LA DIFFUSION DES PROPOSITIONS D'AMELIORATION RESULTANT DE L'EVALUATION INTERNE ET LA MANIERE DONT LES ACTEURS ONT ETE IMPLIQUES.....	35
4.3 ANALYSER LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES D'AMELIORATION ET L'ECHANGE RETENU .....	36
4.4 IDENTIFIER LES MODALITES DE SUIVI ET DE BILAN PERIODIQUE.....	38
4.5 APPRECIER LA DYNAMIQUE GENERALE DE LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE DES PRESTATIONS..	39
<b>5. EXAMINER CERTAINES THEMATIQUES ET REGISTRES SPECIFIQUES.....</b>	<b>41</b>
5.1 CAPACITES D'EVALUER AVEC LES USAGERS LEURS BESOINS ET ATTENTES DANS LE CADRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE EN PRENANT EN COMPTE LES INTERACTIONS AVEC L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL DE LA PERSONNE .....	41
5.2 L'ENJEU DE LA PERSONNALISATION DE L'ECOUTE ET DE LA REPONSE TELEPHONIQUE, Y COMPRIS DANS LE TRAITEMENT DE L'URGENCE.....	44
5.3 LES CONDITIONS DANS LESQUELLES EST ELABORE LE PROJET PERSONNALISE ET LA CAPACITE DE CELUI-CI A PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS ET LES DROITS DES USAGERS .....	45
5.4 L'EFFECTIVITE DU PROJET SUR L'ACCES ET LE RECOURS AUX DROITS .....	48
5.5 LA REPONSE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE AUX ATTENTES EXPRIMEES PAR LES USAGERS.....	50
5.6 LA CAPACITE A FACILITER ET A VALORISER L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION DES USAGERS.....	54
5.7 LA CAPACITE A OBSERVER LES CHANGEMENTS ET ADAPTER SON ORGANISATION .....	56
5.8 LA PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES MODALITES DE REPONSE APORTEES AUX USAGERS.....	57
5.9 LA PRISE EN COMPTE DES FACTEURS DE RISQUE ET D'INSECURITE SELON LES DIFFERENTS AXES APPROPRIES A CHAQUE CONTEXTE.....	58
5.10 LA CAPACITE POUR ASSURER LA COHERENCE ET LA CONTINUTE DES ACTIONS D'INTERVENTION .....	63
5.11 LE RESPECT DES CRITERES ENONCES PAR LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR ET PAR LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES VALIDEES DE L'ANESM .....	65
5.12 LES FORMES DE MOBILISATION DES PROFESSIONNELS, EN OBSERVANT L'ORGANISATION COLLECTIVE : ORGANISATION DES ECHANGES D'INFORMATION, METHODES DE TRAVAIL, DISPOSITIF DE GESTION DE CRISE ET MODALITES DE FORMATION DES PERSONNELS.....	69

5.13	LA CAPACITE A METTRE EN ŒUVRE DES DISPOSITIFS D'ALERTE ET DE FORMATION PERMETTANT DE MESURER LA FATIGUE PROFESSIONNELLE.....	70
5.14	LE ROLE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE AU REGARD DES MISSIONS CONFIEES PAR LES AUTORITES PUBLIQUES MAIS AUSSI DES REALISATIONS EN TERMES DE PERCEPTION DE LA STRUCTURE ET DE SES MISSIONS PAR LES PARTENAIRES ET LES USAGERS ET DE FORMALISATION DES COLLABORATIONS ET DES COOPERATIONS INSTITUTIONNELLES OU INTERPROFESSIONNELLES AUTOUR ET AVEC L'USAGER.....	71
5.15	L'INSCRIPTION DANS UN TERRITOIRE DONNE A PARTIR NOTAMMENT DE LA PRISE EN COMPTE DU RESEAU DE PROXIMITE ET DE L'UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES DU MILIEU .....	72
<b>6</b>	<b>RECAPITULATIF DES PRECONISATIONS .....</b>	<b>73</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>78</b>
<b>8</b>	<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>79</b>
<b>9</b>	<b>SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE .....</b>	<b>80</b>
<b>10</b>	<b>ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE .....</b>	<b>98</b>
<b>11</b>	<b>LE CONTRAT D'ENGAGEMENT .....</b>	<b>115</b>
<b>12.</b>	<b>LES ATTESTATIONS SUR L'HONNEUR.....</b>	<b>118</b>

## 1. Eléments de cadrage

### 1.1. Présentation de l'organisme gestionnaire

L'EHPAD dépend du Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay situé au 96 rue des Capucins, sur la commune éponyme.

Le Centre hospitalier est gouverné par un conseil de surveillance présidé par Monsieur Jeanny LORGEUX, sénateur-maire de Romorantin-Lanthenay.

Le conseil a pour attributions de définir les orientations stratégiques de l'établissement ; il est son instance délibérante. Il est composé de 9 membres répartis en 3 collèges égaux (représentants des collectivités territoriales, représentants du personnel, personnalités qualifiées, dont deux représentants des usagers).

Le directeur, assisté d'une équipe de direction, assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, pour certains domaines après concertation avec le directoire ou par application des délibérations du conseil de surveillance.

Le directoire est chargé d'approuver le projet médical, de préparer le projet d'établissement. Il doit être consulté par le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Instance collégiale, il est composé du Directeur, d'un président, du Président de la commission médicale d'établissement, d'un vice-président, de représentants du personnel médical et de l'équipe de direction.

Au 12 mai 2014, le Centre Hospitalier de ROMORANTIN-LANTHENAY comprend 702 lits et places installés.

Le tableau suivant récapitule celles-ci.

Disciplines	Nombre de lits	Nombres de places
<b>COURT SEJOUR</b>	127	8
<b>Médecine</b>	74	4
- Médecine générale (secteur public)	57	3
- Pédiatrie	12	
- "Clinique ouverte" (gastro-entérologie)	1	1
- UHTCD	4	
<b>Chirurgie</b>	36	4
- Chirurgie (secteur public)	35	3
- "Clinique ouverte" (ORL)	1	1
<b>Gynécologie-obstétrique</b>	17	
PSYCHIATRIE	64	109

<b>Psychiatrie adultes</b>	64	74
- Hospitalisation complète	64	
dont :		
Chercherelle = 32		
Le Hallier = 32		
- Hôpital de jour		45
- Accueil familial thérapeutique		14
- CATTP		15
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>		35
- Hospitalisation complète		
- Hospitalisation partielle		
- Hôpital de jour (adolescents)		25
- CATTP		10
<b>SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION</b>	30	
<b>SOINS DE LONGUE DUREE</b>	40	
<b>EHPAD</b>	212	
dont :		
Maison médicale	90	
Résidence Les Pics-Verts	80	
Résidence Les Capucins	42	
<b>UNITE D'HEBERGEMENT RENFORCE</b>	20	
<b>MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE</b>	39	1
<b>SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE</b>		52
dont :		
Personnes âgées		44
Personnes handicapées		8
<b>TOTAL</b>	<b>532</b>	<b>170</b>

Le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay dispose également de structures extérieures.

En psychiatrie :

- Psychiatrie adultes ; 5 CATTP (Romorantin-Lanthenay, Lamotte-Beuvron, Montrichard, Saint-Aignan et Salbris) - 4 CMP (Lamotte-Beuvron, Montrichard, Saint-Aignan et Salbris).
- Psychiatrie infanto-juvénile ; 3 CATTP (Romorantin-Lanthenay pour les adolescents, Romorantin-Lanthenay et Saint-Aignan pour la petite enfance) - 6 CMP (Romorantin-Lanthenay, Contres, Lamotte-Beuvron, Montrichard, Saint-Aignan et Salbris).

S'ajoutent, un Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, un Centre de Lutte Contre la Tuberculose et un Centre de vaccination à Romorantin-Lanthenay.

Le plateau technique entièrement rénové comprend :

- un service des urgences-SMUR.

- un service d'imagerie médicale (scanner, échographie, radiologie conventionnelle).
- 4 salles d'opération dont une réservée à la gynécologie-obstétrique et une réservée à la chirurgie orthopédique et traumatologique).
- 1 unité centrale de stérilisation.
- 1 pharmacie à usage intérieur.

## 1.2. Présentation de l'établissement

<b>Nom et type :</b>	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay Établissement Public
<b>N° du FINESS :</b>	410005565
<b>SIRET :</b>	264 100 124 00041
<b>Adresse :</b>	96, rue des Capucins 41200 Romorantin-Lanthenay
<b>Téléphone :</b>	02.54.88.33.00
<b>Historique :</b>	<p>Dans le mouvement religieux suscité par les croisades, les comtes de Blois firent construire l'Hôtel –Dieu, situé sur l'actuelle Place de la Paix, autrefois dénommée Cimetière Saint Martin. On situe sa création dans la seconde moitié du 12ème siècle.</p> <p>L'Hôtel-Dieu avait pour rôle essentiel de recevoir les dons des particuliers et d'offrir la charité aux mendiants et aux pèlerins.</p> <p>Au 17ème siècle, la Maladrerie de Saint-Lazare est réunie à l'Hôtel-Dieu.</p> <p>Vers 1732, l'appellation d'Hospice remplace le terme d'Hôtel-Dieu. Dès 1791 existe un projet de reconstruction de l'Hospice sur l'emplacement de l'ancien couvent des Capucins, situé dans la rue éponyme.</p> <p>Après la révolution de 1789, le nombre des personnes admises n'est que de six ou huit. A partir des années 1820, la situation va évoluer en sens inverse, l'Hôtel-Dieu étant considéré comme hôpital d'arrondissement. Mention est faite d'un service d'enfants trouvés et abandonnés à partir de 1802.</p> <p>C'est en 1615 qu'on trouve trace de la fondation d'une communauté monastique, sous l'égide de Charlotte des Essarts,</p>

	<p>dame des Autours et maîtresse du roi Henri IV.</p> <p>Les moines furent les aumôniers de l'Hôtel-Dieu.</p> <p>En 1826, le Conseil municipal décida le transfert de l'Hospice sur l'emplacement de l'ancien couvent.</p> <p>Le roi Charles X signe en 1828 une ordonnance autorisant la commission administrative de l'Hospice à acquérir un terrain dit «Grand Jardin»</p> <p>L'Hospice a pour vocation d'accueillir les malades des communes avoisinantes.</p> <p>Après beaucoup de patience et de persévérance, l'Hôtel-Dieu de la place Saint-Martin s'installera enfin dans les nouveaux locaux dans le courant du printemps 1835.</p> <p>La chapelle de ce nouvel établissement sera consacrée par l'évêque de Blois en 1848.</p> <p>Dans la seconde moitié du 20ème siècle, le Centre hospitalier sera reconstruit sur les 24 hectares de terrain :</p> <p>Bloc médico-chirurgical : ouverture en 1965</p> <p>Quartier psychiatrique : la construction démarre en 1966 et se termine en 1970.</p> <p>Acquisition de l'ancien hôtel Normant, situé face à l'hôtel de ville, transformé en maison de retraite Saint-Roch : 1975</p> <p>Maison de soins et de cure médicale : 1977</p> <p>Maternité-Pédiatrie : 1978</p> <p>Résidence des Capucins (propriétaire : Société d'HLM Jacques Gabriel) : 1987</p> <p>Nouvelles urgences, nouveau bloc opératoire, nouvelle maternité-Pédiatrie : 2005</p> <p>Maison d'accueil spécialisée : 2010.</p> <p>Construction d'un nouveau bâtiment dans le parc du centre Hospitalier : EHPAD les Pics-verts ; UHR ; SSIAD ; PASA</p>
<b>Environnement :</b>	L'EHPAD est situé sur le site du Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay
<b>Spécificité(s) :</b>	<p>Accueil de personnes âgées dépendantes</p> <p>L'EHPAD des Capucins : GIR 3 à 6 semi-valides.</p> <p>L'EHPAD Pics Verts : GIR 3 à 6 valides</p> <p>L'EHPAD Maison médicale : GIR 1 à GIR 4 non valides</p>
<b>Agrément :</b>	Aide sociale et APL
<b>Date autorisation :</b>	

<b>Date d'ouverture :</b>	
<b>Date de Convention Tripartite</b>	26-décembre-2007 Avenant 1 du 16-12-2009 Avenant 2 du 31-01-2014
<b>Date de son renouvellement :</b>	03-03-2008
<b>Autorité(s) de contrôle :</b>	ARS du Centre
<b>Nombre de places :</b>	<p>Le Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay dispose de 4 résidences d'EHPAD pouvant accueillir jusqu'à 212 résidents. Chacune des structures se distingue par le profil de la population accueillie.</p> <p>L'EHPAD des Capucins accueille 42 résidents de GIR 3 à 6 semi-valides ne présentant aucun risque de fugue. Les chambres sont individuelles.</p> <p>L'EHPAD Pics Verts peut accueillir théoriquement jusqu'à 80 résidents de GIR 3 à 6 valides ne présentant qu'un risque de fugue modéré. Les chambres sont individuelles.</p> <p>L'EHPAD Maison médicale accueille 90 résidents, répartis sur 3 ailes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 unité de 40 lits dans l'aile sud au 1er étage,</li> <li>- 1 unité de 40 lits dans l'aile nord au 2ème étage,</li> <li>- et 10 lits dans l'aile sud du 2ème étage avec les lits de soins de suite et de réadaptation.</li> </ul> <p>Les GIR sont compris entre GIR 1 à GIR 4. Il s'agit pour la plupart de résidents non valides, ne présentant aucun risque de fugue. Ces résidents sont les plus dépendants des EHPAD du Centre hospitalier. Dans chaque aile, les 40 lits d'hébergement permanent sont répartis dans 14 chambres individuelles et 13 chambres à 2 lits.</p>
<b>Budget 2013 :</b>	2 769 348 €
<b>Modalités de tarification :</b>	Tarif partiel- tarification ternaire
<b>Modalités de fonctionnement :</b>	24h/24- binôme AS-ASH la nuit
<b>Date projet d'établissement :</b>	2009-2013
<b>Date de l'évaluation interne :</b>	2013
<b>Convention Collective :</b>	Fonction publique hospitalière
<b>Nom du Directeur</b>	M. BEST
<b>Organisation de l'institution :</b>	90,43 ETP pour 97 ETP réalisés

### 1.3 Le contexte législatif de l'établissement

Les missions, l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'établissement s'appuient sur les références réglementaires suivantes :

- Le Code de l'Action Sociale et des Familles.
- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et notamment la loi n° 75-735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'Action Sociale et des Familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du Code de la Santé Publique.
- Décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005 portant modifications de certaines dispositions du code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) relatives au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles (Journal officiel du 4 novembre 2005)
- Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (Journal officiel du 28 mai 2005)
- Décret n° 2005-118 du 10 février 2005 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux dans les établissements mentionnés au II de l'article L 313-12 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire)
- Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 et D. 311-6 et suivants du Code de l'action sociale et des familles.
- Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée aidant l'utilisateur à faire valoir ses droits prévu par l'article L. 311-5 du Code de l'action sociale et des familles.

- Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement des établissements et services prévu par l'article L. 311-7 du Code de l'action sociale et des familles.

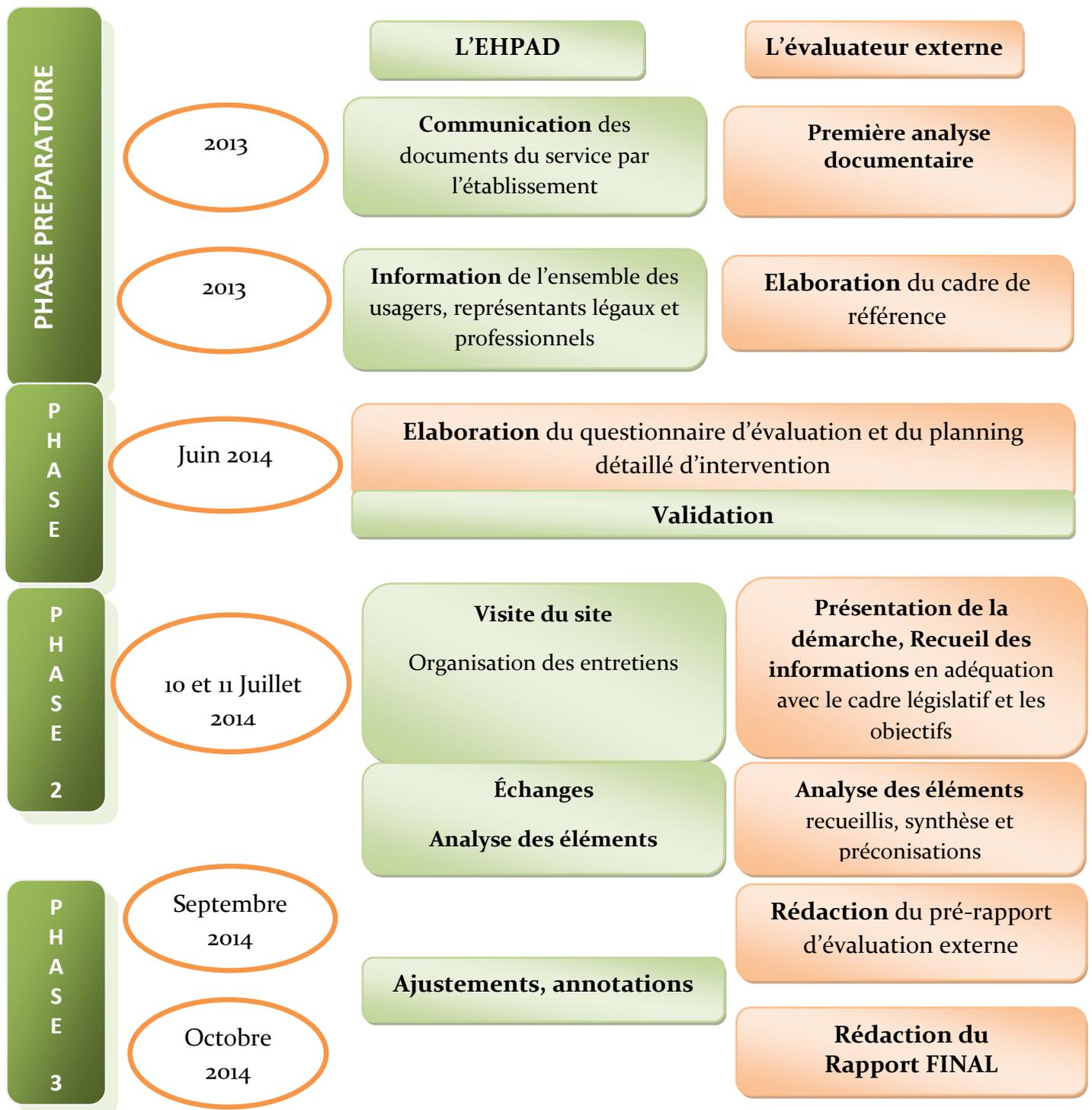
***Les Recommandations des bonnes pratiques professionnelles ANESM applicables :***

- Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (octobre 2010)
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)
- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (juillet 2012)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008)
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012)
- Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (juillet 2009)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (septembre 2011)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad (janvier 2012)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009)
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement (février 2009)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)

Eléments contradictoires, relatifs aux **éléments de cadrage** (Chap.1), de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin – au regard du pré-rapport d'évaluation externe

## 2. Descriptif de la procédure d'évaluation externe

### 2.1. Le calendrier de la démarche



## 2.2. Les documents préparatoires

Une analyse documentaire s'est organisée à partir des éléments transmis par l'EHPAD, à savoir :

- Livret d'accueil des résidents.
- Livret de fonctionnement.
- Rapports d'activité.
- Arrêté préfectoral.
- Convention Tripartite.
- Rapports du CVS.
- Organigramme des professionnels.
- Projet du pôle gériatrique.
- Procédures spécifiques.
- Maîtrise du risque infectieux.
- Plan d'action DARI.
- Plan d'action priorisé.
- Projet d'établissement.
- Charte Qualité.
- Charte Droit des patients.
- Projet personnalisé.
- Règlement de fonctionnement.
- Résultats de l'évaluation interne.

## 2.3. Le projet évaluatif

Les thématiques étudiées assurant le diagnostic des processus mis en œuvre au niveau de l'EHPAD permet une analyse complète correspondant aux objectifs 1, 2 et 3 du chapitre 2 de l'annexe du décret du 15 mai 2007 (N° 2007-975) :

OBJECTIF 1	<p><i>Porter une appréciation globale</i></p> <p>Eléments à prendre en compte : adéquation du projet aux besoins des usagers et aux missions du service, cohérence et atteinte des objectifs, adaptation des moyens humains et financiers et existence et pertinence des dispositifs de gestion et de suivi.</p>
OBJECTIF 2	<p><i>Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne</i></p> <p>Eléments à prendre en compte : les modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne par le service, L'implication des acteurs, la communication, les modalités de suivi, la dynamique d'amélioration continue.</p>
OBJECTIF 3	<p><i>Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques</i></p> <p>Eléments à prendre en compte : le droit des usagers et la personnalisation des accompagnements.</p>
OBJECTIF 4	<p><i>Elaborer des propositions et/ou préconisations</i></p> <p>Eléments à prendre en compte : les éléments stratégiques, les éléments plus directs opérationnels.</p>

Conformément au décret du 15 mai 2007, le projet évaluatif construit conjointement avec l'EHPAD et l'évaluateur externe a été validé sur les thématiques suivantes :

Domaine 1	ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT
1	L'implantation géographique et le cadre de vie sont respectueux du public accueilli et cohérents avec ses besoins et attentes
2	L'implantation géographique et le cadre de vie sont cohérents avec le projet de l'établissement ou du service
3	Les locaux et le cadre institutionnel garantissent aux usagers confort, respect de leur intimité et le plein exercice de leurs droits individuels dans un cadre collectif
4	Le cadre de vie garantit la sécurité des usagers
5	Les moyens financiers sont utilisés au mieux pour la mission confiée

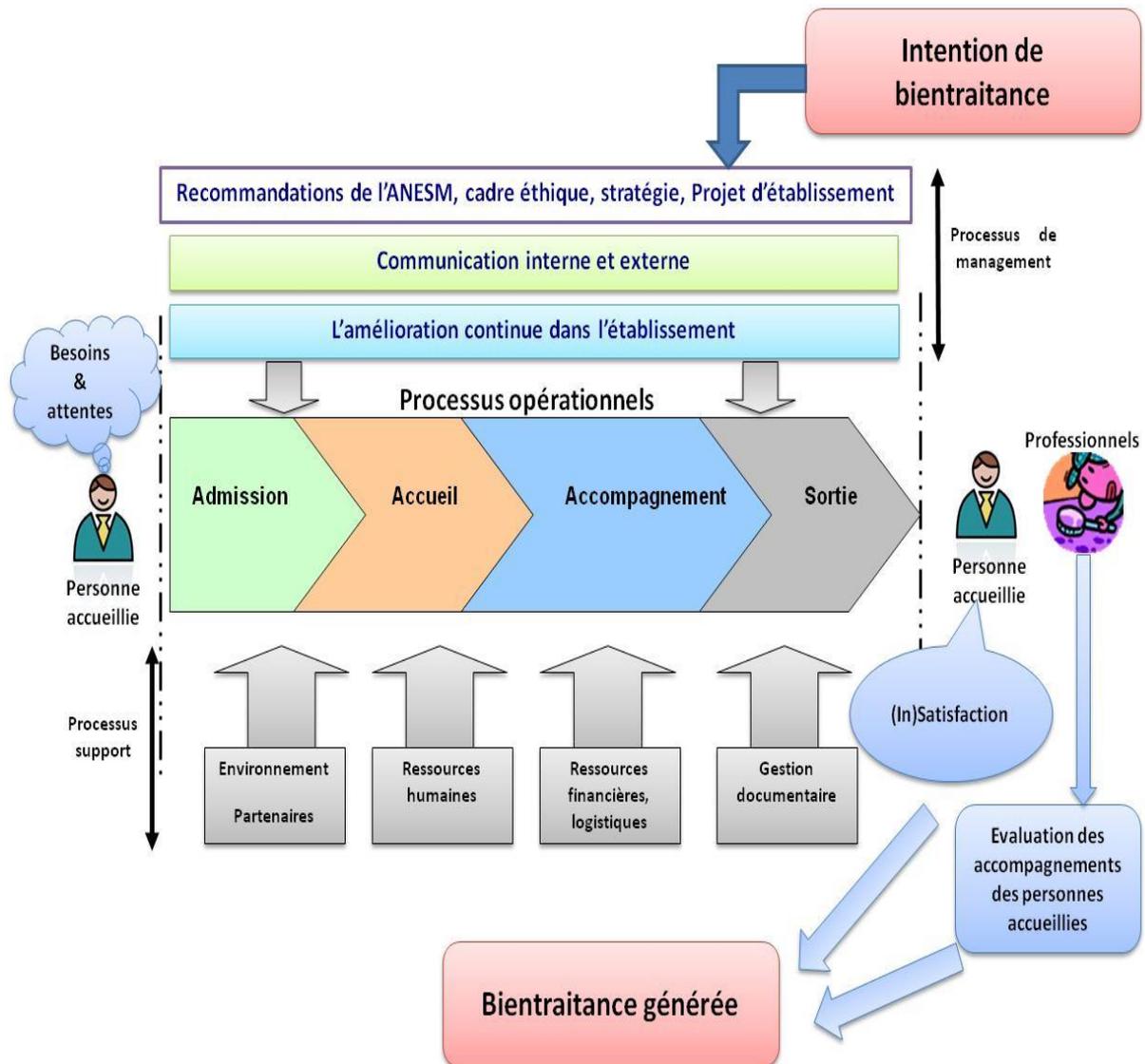
6	Les ressources humaines adéquates sont mobilisées
7	La communication est organisée, le système d'information est maîtrisé
<b>Domaine 2</b>	<b>LE PROJET D'ETABLISSEMENT</b>
1	Le projet s'inscrit dans des fondements législatifs et réglementaires
2	Le projet est cohérent avec la commande publique, les schémas (régionaux, départementaux) et l'agrément
3	Le projet est adapté aux caractéristiques des populations
4	Le projet est adapté aux besoins et attentes des usagers
5	Le projet est cohérent avec celui de l'organisme gestionnaire
6	Le projet s'inscrit dans un registre de valeurs (pour l'utilisateur, l'organisme gestionnaire et les professionnels)
7	Le projet s'inscrit dans des fondements théoriques et des approches méthodologiques
<b>Domaine 3</b>	<b>DROIT, INFORMATION, PARTICIPATION DES USAGERS</b>
1	L'établissement a mis en place les outils réglementaires de la loi 2002-2
2	L'établissement inscrit les droits et l'information de l'utilisateur dans ses priorités
3	L'utilisateur reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son accueil
4	Le respect de l'utilisateur est garanti et constitue une valeur fondamentale de l'accompagnement
5	Le droit au respect des liens familiaux est garanti à l'utilisateur
6	L'établissement garantit à l'utilisateur le respect de son droit à l'autonomie
7	L'établissement garantit à l'utilisateur le respect de son droit à une pratique religieuse
8	L'établissement favorise l'accès de l'utilisateur à la santé et à l'hygiène
9	Le consentement de l'utilisateur et/ou de ses représentants légaux est recherché
10	L'établissement définit et met en œuvre le dossier unique de l'utilisateur
11	Les instances et les professionnels concernés sont associés à la définition et à la mise en œuvre du dossier unique de l'utilisateur
12	L'organisation et la tenue du dossier unique de l'utilisateur assurent un accès et une gestion fiable des informations
13	Le contenu du dossier unique de l'utilisateur favorise la coordination entre professionnels de l'établissement et ses partenaires
14	Les informations contenues dans le dossier unique de l'utilisateur sont soumises au respect des règles de confidentialité
15	Au sein du dossier unique de l'utilisateur, le dossier médical fait l'objet d'un traitement spécifique conforme aux dispositions du Code de la santé publique
16	Le dossier unique de l'utilisateur fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue
17	L'établissement associe l'utilisateur et/ou son représentant légal à l'élaboration de son contrat de séjour et à son projet personnalisé dans le respect de son libre choix
18	L'expression de l'utilisateur est favorisée
19	L'établissement met en place une politique de prévention de la maltraitance
<b>Domaine 4</b>	<b>LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT</b>
1	L'approche est personnalisée. Ses fondements figurent dans le projet d'établissement
2	Les conditions et les modalités d'admission sont définies
3	L'établissement assure un accueil personnalisé
4	L'établissement évalue la situation de l'utilisateur à son admission
5	Le projet personnalisé est élaboré en équipe pluridisciplinaire
6	Le projet est coordonné

7	L'établissement prépare la sortie de l'utilisateur
<b>Domaine 5</b>	<b>L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT</b>
1	L'établissement connaît son environnement et repère les partenaires et leurs ressources
2	L'établissement se fait connaître des partenaires
3	L'établissement établit des partenariats contractualisés et évalués
4	Les professionnels de l'établissement sont associés au développement du travail en réseau
<b>Domaine 6</b>	<b>LA QUALITE DE L'ETABLISSEMENT POUR LES USAGERS</b>
1	Le projet est élaboré et l'établissement est organisé
2	Les ressources humaines sont gérées
3	L'établissement met en place une évaluation individuelle
4	L'élaboration et le suivi du projet personnalisé
5	La prise en charge médicale et paramédicale est organisée
6	La santé et la condition physique des usagers sont favorisées
7	Les comportements problématiques sont gérés
8	L'établissement facilite l'insertion sociale
9	La participation et le soutien de la famille est favorisée

## 2.4. La méthodologie d'évaluation externe

La démarche s'est déroulée selon une méthodologie déterminée en amont par TEMPO ACTION et l'évaluateur. Un questionnaire évaluatif (sur la base notamment des outils propres à la structure et des recommandations de l'ANESM) a été élaboré (cf. point précédent).

La méthodologie de travail élaborée par TEMPO ACTION est basée sur l'analyse en termes de cartographie des processus des associations, établissements et services du secteur social et médico-social. Cette cartographie se schématise de la façon suivante :



JB. Lenagard / M. Renard – L'évaluation interne en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux / Ed. ARSLAN

### 2.4.1 Le Plan d'intervention

Une séquence d'évaluation sur site avec différents entretiens a été organisée suivant un plan d'intervention suivant, validé en amont par l'EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin.



# PLAN D'INTERVENTION DE L'EVALUATION EXTERNE

## Hôpital de Romorantin

Ce plan d'intervention est une proposition d'organisation des deux journées consacrées à l'évaluation externe. Il se doit d'être le plus en adéquation avec les contraintes de fonctionnement de votre établissement. A ce titre, il peut être modifié en tout ou en partie au regard des disponibilités des différents acteurs sollicités.

Lundi 7 juillet 2014 de 9h00 à 17h00										
Nom de l'évaluateur : Ludovic Lantrain				Nom de l'évaluateur : Xavier Maufrais			Nom de l'évaluateur : Gomis Elmerinda			
Horaires	Etapes	Thèmes abordés au regard du projet évaluatif	Interlocuteurs concernés	Etapes	Thèmes abordés au regard du projet évaluatif	Interlocuteurs concernés	Etapes	Thèmes abordés au regard du projet évaluatif	Interlocuteurs concernés	
8h30 - 9h00	Réunion d'ouverture pour présentation de la démarche et validation de l'organisation									
9h00 - 10h00	Visite des différents sites									
10h00 - 11h00	Point sur les valeurs et visions de l'établissement, les projets en cours et à venir, lien avec le projet de l'hôpital,... avec l'équipe de Direction			Les projets personnalisés/ accompagnement	Connaissance et implication dans les projets, méthodologie, mise en œuvre, suivi, formalisation, évaluation, dossiers etc.../ accompagnements spécifiques ...	Membres de l'équipe accompagnante "les Pics Verts et Gué du Merle" (8 personnes maximum dont certaines en situation d'accompagnement de résidents présentant des dépendances psychiques)	organisation du travail - blanchisserie/entretien des locaux	organisation, maintenance, contrôle technique, transmissions, suivi des protocoles, respect des normes ...	cadre(s) Affaires Economiques Logistiques et Travaux	
11h00 - 12h00	Stratégie et politique générale de l'établissement	Le Pôle Gériatrie dans son environnement, financement, ressources humaines, partenariats, communication externe...	Direction, Service Qualité ...						Agents des différents sites	
12h00 - 13h00	Déjeuner si possible avec usagers et/ou professionnels									
13h00 - 13h30	Synthèse et mise en commun des informations entre les évaluateurs									
13h30 - 14h30	Organisation générale de l'établissement	Démarche qualité, protocoles, organisation, communication interservices, sécurité, gestion des risques...	Direction, Service Qualité ...	Les projets personnalisés/ accompagnement	Connaissance et implication dans les projets, méthodologie, mise en œuvre, suivi, formalisation, évaluation, dossiers etc.../ accompagnements spécifiques ...	Membres de l'équipe accompagnante "Les Capucins et Maison Médicale" (8 personnes maximum dont certaines en situation d'accompagnement de résidents présentant des dépendances psychiques)	organisation du travail - Restauration	Organisation, suivi des procédures, relations inter service, prévention de la dénutrition, suivi "des régimes" ...	Diététicienne, Cuisiniers si possible ...	
14h30 - 15h30	le projet d'établissement et l'évaluation interne	Elaboration, appropriation, mise en œuvre, les recommandations...	Direction, Service Qualité ...				hébergement	Organisation du travail, transmissions, suivi des protocoles, respect des normes	Intendante et personnel en charge de cette dimension au sein des autres sites	
15h30 - 16h30	Synthèse et mise en commun des informations entre les évaluateurs									
16h30 - 17h00	Restitution - synthèse de la journée avec la direction									
Travail de nuit			continuité des projets, transmissions, sécurité, respect des protocoles ...				Personnel de nuit			

## Hôpital de Romorantin

Mardi 8 juillet 2014 de 9h00 à 17h00

Nom de l'évaluateur : Ludovic Lantrain

Nom de l'évaluateur : Xavier Maufrais

Nom de l'évaluateur : Gomis Elmerinda

Horaires	Etapes	Thèmes abordés au regard du projet évaluatif	Interlocuteurs concernés	Etapes	Thèmes abordés au regard du projet évaluatif	Interlocuteurs concernés	Etapes	Thèmes abordés au regard du projet évaluatif	Interlocuteurs concernés
9h00 - 10h00	Le suivi médical	missions, les procédures, communication, transmission, suivi personnalisé, gestion des données médicales ...	Médecin(s), cadre(s) infirmier(s),	Usagers	Mesure de la satisfaction des usagers, accueil, accompagnement, perception de la qualité, réponse aux besoins etc....	usagers des sites Pics Verts et/ou Gué du Merle	Accueil téléphonique et physique, organisation administrative	Organisation du travail, transmissions	Secrétaire en charge de l'admission EHPAD + autre personnel lié à l'accueil
10h00 - 11h00				Usagers	Mesure de la satisfaction des usagers, accueil, accompagnement, perception de la qualité, réponse aux besoins etc....	usagers des Capucins et/ou Maison Médicale			
11h00 - 12h00	Circuit du médicament	Organisation du travail, transmissions, suivi des protocoles, respect des normes ...	Personnel de la pharmacie	Réunion avec des représentants du CVS sur la participation des usagers, la prise en compte de la parole des résidents et de leurs familles (Familles, usagers....)			Qualité des accompagnements / politique bientraitance	Système Qualité, événements indésirables, réclamations, gestion documentaire, recommandations des bonnes pratiques / Dispositifs de prévention, évaluation pratiques professionnelles ...	Personnel Service Qualité, éventuellement cadre de santé des sites, personne Service Formation/RH ...
12h00 - 13h00	Déjeuner si possible avec usagers et/ou professionnels								
13h00 - 13h30	Synthèse et mise en commun des informations entre les évaluateurs								
13h30 - 14h30	Accompagnement médical, gestes de la vie quotidienne	Organisation transmission des informations, des dossiers, communication, relation inter service, respect des procédures	IDE/AS/ASH des différents sites (8 personnes maximum)	Les activités	Rôle, mission, connaissance et implication dans le(s) projet(s), formalisation, suivi, travail d'équipe etc...	L'équipe d'animation (dont référente "espace Snoezelen" si possible), toute personne investit dans des activités	entretien avec des membres des familles		rencontres ou entretiens téléphoniques
14h30 - 15h30	Travail de formalisation des informations recueillies			Le soutien psychologique	Rôle, mission, travail d'équipe, participation aux réunions etc...	Le psychologue	Partenariat	Modalités et formalisation des partenariats	Partenaires de l'établissement (rencontres ou entretiens téléphoniques)
15h30 - 16h30	Synthèse et mise en commun des informations entre les évaluateurs								
16h30 - 17h00	Réunion de clôture - synthèse de l'intervention avec la direction et tout autre personne								

A l'issue de chaque entretien, les éléments de synthèse ont été partagés avec les personnes interrogées afin de valider un diagnostic partagé et d'aboutir à des pistes d'amélioration comprises par les personnes concernées. Cette démarche vise à permettre une meilleure appropriation du processus d'évaluation externe et de ses résultats par l'ensemble des participants : professionnels, directeurs, usagers. Une présentation générale à la fin des deux jours passés dans l'établissement a été réalisée à l'ensemble des personnes concernées (représentants des usagers, professionnels, dirigeants...)

## 2.5. Les évaluateurs

Les évaluateurs externes mobilisés pour la démarche menée au sein de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin sont :

- Ludovic Lantrain, évaluateur externe coordinateur, titulaire du Certificat Professionnel d'Évaluateur Externe de la Fédération de la Formation Professionnelle. Ancien cadre en ESSMS.
- Aurélien Balzeau, évaluateur externe EHPAD et médico-social, Ingénieur Qualité, Consultant-Formateur-Evaluateur
- Xavier Maufrais, évaluateur externe, Responsable administratif et financier, élève CAFDES

Eléments contradictoires, relatifs au descriptif de la procédure d'évaluation externe (chap.2), de l'EHPAD au regard du pré-rapport d'évaluation externe

### 3. Le diagnostic « Porter une appréciation globale »

#### 3.1 Adéquation des objectifs du projet par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs et aux missions imparties

Le projet global des EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin- Lanthenay correspond à la mission qui lui est confiée par le Conseil Général de Loir-et-Cher et de Agence Régionale de Santé du Centre.

Les objectifs du projet répondent à un besoin sur le territoire. Et l'établissement est en recherche constante d'adaptation pour satisfaire des besoins évolutifs de la population des personnes âgées qu'il accompagne.

Le dernier projet institutionnel du Centre Hospitalier a été édité pour la période 2009-2013.

Il décrit les modalités de l'accompagnement prévu pour la personne hospitalisée.

Il est commun entre tous les établissements et services du Centre Hospitalier.

#### LE PROJET d'ETABLISSEMENT des EHPAD

##### Points forts :

Élaboré pour l'ensemble du Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay en 2009 pour la période 2009-2013, le Projet d'établissement énonce sous la forme de fiches actions l'ensemble des projets du Centre Hospitalier, dont ceux des EHPAD, pour la période couverte.

Le projet des EHPAD est donc en adéquation avec le projet et les valeurs du Centre Hospitalier.

Le Projet d'établissement des EHPAD est en cours d'actualisation et de rédaction pour se conformer aux attendus réglementaires tel que le recommande l'ANESM dans sa recommandation, *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)*.

Les valeurs de l'hôpital sont des valeurs communes et partagées qui se retrouvent dans le cadre du projet d'établissement mais aussi du projet de soins.

Pour exemple, sur Les Pics Verts, les usagers viennent principalement de la psychiatrie. Il y a une recherche de mixité des populations pour casser l'image négative que pouvait véhiculer l'ancien bâtiment de Saint-Roch.

### **Points à améliorer :**

Le projet d'établissement des EHPAD de Romorantin n'est pas formalisé tel que préconisé par la Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM, Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010).

Il fait partie d'un document généraliste du Centre hospitalier.

Ce projet de référence est obsolète puisqu'il était valable pour la période 2009-2013.

Le Projet d'établissement en cours de rédaction ne prend pas encore assez en compte la spécificité de prise en charge en EHPAD. Cependant, un projet de service, spécifique aux EHPAD, est envisagé à la date de l'évaluation externe.

### **Préconisations :**

Il faut élaborer un projet d'établissement conforme aux exigences du CASF et des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM.

Le Projet d'établissement doit être propre aux services des EHPAD, indépendamment du Centre Hospitalier et du Pôle Gériatrie, reprenant les singularités de chaque structure (Maison Médicale, Pics Verts, Capucins), en termes de public accueilli et d'organisation.

## **LES BATIMENTS**

### **Points forts :**

La localisation de l'établissement permet une offre de service répondant aux besoins des personnes accueillies. En effet, les EHPAD sont en plein centre-ville, sur le site de l'hôpital de Romorantin.

Elle facilite ainsi la participation des usagers à des activités culturelles ou sociales (marché, courses, promenades,...).

La signalisation externe permet de repérer aisément l'établissement mais il manque une signalétique sur certains bâtiments eux-mêmes.

Les résidents en fauteuil roulant peuvent se déplacer aux abords de l'institution dans les jardins et les espaces publics, ou hors de l'établissement selon leur degré d'autonomie.

Les espaces extérieurs sont entretenus par l'établissement.

Le bâtiment « Pics verts » est facilement accessible par les personnes accueillies.

Il propose un cadre de vie agréable au plan visuel, olfactif, auditif, et concernant la température des locaux.

La surface des chambres est supérieure à 20 mètres carrés. L'organisation des espaces permet ainsi le respect de l'intimité et de la vie privée des résidents.

Les chambres sont individuelles, éventuellement rendues communicantes en fonction des souhaits des usagers, ce qui permet d'accueillir des couples.

Le bâtiment « Pics verts » est le dernier EHPAD construit. Il est conforme aux normes.

La commission de sécurité y a donné un avis favorable pour l'ouverture de la structure.

L'UHR n'est pas encore utilisée de même que le projet de PASA à la date de l'évaluation externe.

L'architecture du bâtiment permet une bonne organisation des espaces. La salle à manger du rez-de-chaussée est modulable en fonction nombre de résidents, grâce à des cloisons amovible qui peuvent être refermées autant que de besoin pour séparer la salle d'animation. Ces cloisons sont ouvertes depuis que le nombre de résidents a augmenté, afin de ménager un espace repas supplémentaire.

Les accès sont sécurisés, un espace fumeur est réservé aux résidents.

La salle d'animation, pour les animations impliquant un nombre de résidents important, est meublée et équipée. D'autres lieux peuvent être utilisés pour les animations avec un nombre de résidents plus restreints, notamment les salons à l'étage.

Les chambres sont personnalisées par 4 types de couleur, les résidents étant interrogés sur leur couleur préférée lorsque le choix est possible. Les portes de chaque chambre sont toutes différenciées par des photographies que le résident choisit avec l'équipe animation, pour faciliter son appropriation des lieux (par exemple, sa photographie, mais aussi, la photographie d'animaux domestiques, d'un paysage, de son ancien domicile, de membres de sa famille, etc.).

Les chambres simples de l'EHPAD des Capucins sont suffisamment grandes et équipées de salles de bain avec douche.

L'établissement dispose à minima d'une pièce rafraîchie. Elle permet d'accueillir l'ensemble des résidents

Les personnes accueillies sont consultées sur les projets d'embellissement, et, dans la mesure du possible, associées à leur réalisation.

Chaque bâtiment a une image qui lui est propre, liée à son histoire et à sa population accueillie. Pour exemple : malgré sa vétusté, les Capucins jouissent d'une très bonne image du fait du peu de dépendances des personnes qui y résident (GMP de 428).

Quel que soit l'EHPAD, l'établissement met à disposition un matériel récent, fonctionnel et opérationnel.

### **Points à améliorer :**

Les locaux de la Maison Médicale sont vétustes (mais le hall est en cours de réfection). 50% des chambres sont des chambres doubles. Les chambres sont petites et peu personnalisées par les résidents. La salle de bain commune est dans le couloir.

L'accessibilité aux personnes à mobilité réduite n'est pas assurée aux Capucins. Dans les parties communes, il y a une faible luminosité, les papiers peints sont très anciens et dégradés. Les salles d'activités sont exigües.

Les espaces extérieurs ne sont pas suffisamment aménagés pour le confort des personnes accueillies. Ils sont « basiques », il n'y a pas de jardin thérapeutique à part deux bacs à hauteur.

Dans le bâtiment « Pics verts », les résidents n'ont pas la possibilité d'aménager leur chambre avec des petits meubles malgré le règlement de fonctionnement qui le prévoit. Les résidents peuvent décorer leur chambre à leur goût et peuvent amener des PETITS bibelots personnels.

L'espace fumeur est réservé aux résidents mais il faut faire attention à l'emplacement qui donne sous des chambres de résidents.

### **Préconisations :**

Mettre en place une signalétique sur les bâtiments non encore repérés.

Permettre aux résidents des Pics Verts de personnaliser leur chambre (meubles et effets personnels).

## **3.2 La cohérence des différents objectifs entre eux**

### **Points forts :**

Le projet d'établissement a été réalisé pour la période 2009-2013. Il concerne l'ensemble du Pôle Gériatrie ce qui lui permet de mutualiser des moyens et de répondre aux besoins de chaque résident selon leur degré de dépendance.

En 2011 la Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) a été rattachée aux EHPAD sur le Pôle Médico-Social.

Une commission de soins a un rôle actif au sein de l'institution pour traiter de sujets tels que les chutes, ou la Bienveillance. Cette commission a été sollicitée pour la réflexion en cours sur le projet d'établissement.

Le Conseil de la Vie Sociale sera associé au projet d'établissement 2014-2018

La participation de ces instances assure une cohésion du projet prenant en compte aussi bien le soin que les besoins et les attentes des usagers.

#### **Points à améliorer :**

Concernant les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, le projet d'établissement ne correspond qu'à deux pages, sous forme de fiche action, dans le Projet du Pôle gériatrie qui fait partie du Projet d'établissement du Centre Hospitalier de Romorantin.

Il n'y a actuellement pas de plan d'action suite aux deux fiches actions du projet d'établissement mais le projet d'établissement 2014-2018 prévoira un Plan d'Action de Qualité et de Gestion des risques.

#### **Préconisations :**

Il faut un Projet d'Etablissement pour l'Etablissement désignant les EHPAD mentionnant les actions spécifiques de chaque structure (Maison Médicale, Pics Verts, UHR, Capucins), au regard des différents publics.

### **3.3 L'adaptation aux moyens humains et financiers mis en place**

#### **Points forts :**

Il y a 90,43 équivalents temps plein pour 97 équivalents temps plein réalisés.

En raison d'une population salariale plutôt jeune, il y a beaucoup de congés pour maternité. Cela entraîne des arrêts maladie et des absences mais aussi beaucoup de remplacements pour assurer la continuité des services.

La Convention Tripartite du 26 décembre 2007 arrive à sa fin. L'établissement prépare la Convention Tripartite deuxième version. Il y sera demandé un temps supplémentaire surtout pour favoriser l'animation. Actuellement, il y a 1,5 ETP d'animation financé alors qu'il y a 2,1 ETP au réel.

Les EHPAD du Centre Hospitalier fonctionnent avec une Direction et un service d'Administration commun à l'ensemble de l'hôpital.

Un Cadre supérieur de santé et un Chef de Pôle gèrent le Pôle Gériatrie-Hébergement.

Des Cadres de santé managent les différents EHPAD. Elles sont accompagnées par un Médecin coordonnateur.

Les prescriptions médicales sont suivies par le service de Pharmacie où exercent des pharmaciens et des préparateurs en Pharmacie.

Pour ce qui est des soins, les infirmières sont présentes en continu avec des Aides-Soignantes.

Une Assistante sociale intervient principalement lors de l'admission des résidents.

Une Psychologue propose un suivi auprès des personnes âgées mais aussi un soutien aux équipes.

Un service d'animation s'est également mis en place pour proposer des activités aux usagers.

Enfin, un service de restauration et du personnel d'Entretien complète l'effectif global des EHPAD.

Les rôles et les fonctions de ces professions seront plus ou moins détaillés dans la suite du rapport selon les mises en relation et les temps qui ont pu être accordés aux évaluateurs.

L'équipe d'animation organise deux à trois animations par semaine et par site, ce qui est remarquable au vu de son sous-effectif.

Une Aide-Soignante est détachée pour aider les Kinésithérapeutes mais l'établissement a une difficulté pour recruter un Kinésithérapeute.

La psychologue nouvellement embauchée partage son temps entre les EHPAD (pour 40% de son temps), l'USLD, la Consultation mémoire et les soins palliatifs

Elle est présente 2 jours par semaine pour les EHPAD.

Elle propose des entretiens individuels avec les résidents. Actuellement, elle est en train d'apprendre à les connaître aussi bien en suivi que dans la vie de tous les jours, notamment en étant présente lors de repas.

Elle assure un travail de transmissions, elle participe aux réunions. Elle travaille en commun avec les médecins

Elle est de spécialité clinique et gériatrie

La mise en place prochaine du PASA permettra de mettre en place des activités de groupes dont des activités adaptées avec la psychologue.

Elle se rend disponible auprès des familles dont les demandes ont été transmises par les équipes.

Elle participe aux transmissions.

La psychologue a en projet de mettre en place le NPI-ES à l'entrée du résident puis annuellement. Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI-ES, version pour Equipe Soignante a été développé pour évaluer des patients hébergés en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

Actuellement, la psychologue utilise déjà quelques outils comme le test de l'horloge, ou des tests sur la mémoire comme le MMS Évaluation.

Elle participera bientôt à la réalisation des Projets personnalisés après une formation à l'accompagnement des référents.

Le financement de l'établissement dépend du prix de journée qui est plutôt bas au regard de la moyenne nationale et notamment vis-à-vis d'un autre établissement de la ville.

Le prix de journée est d'environ 52 €. C'est un tarif unique quel que soit le lieu d'accueil.

La gestion financière des EHPAD est saine. Les dépenses se font avec raison sans pour autant que cela soit au détriment des prises en charge des usagers.

### **Points à améliorer :**

Les moyens humains en termes de soutien psychologique (0,4 ETP pour les 3 EHPAD), d'animation (1,5 ETP au budget) et de médecin coordonnateur (0,5 ETP) sont insuffisants au regard de la capacité totale des 3 sites de 212 lits.

Le transport des usagers peut se faire à l'aide de deux véhicules de 9 places non adaptés.

Il n'y a qu'un seul véhicule adapté pour 3 personnes fauteuils roulants et 2 personnes valides. Ce véhicule est partagé avec la MAS.

Cela pose des soucis d'organisation pour la réservation de ce véhicule entre tous les services ou unités.

L'établissement ne trouve pas de Kinésithérapeute pour intervenir au sein des EHPAD.

De même, il n'y a pas de temps d'ergothérapeute de prévu malgré les besoins des usagers.

Il y a un manque de moyens en personnel au niveau de l'animation avec des Aides Médico-Psychologiques et des Educateurs Spécialisés.

Il y a un manque d'une diététicienne qui puisse satisfaire à l'ensemble des besoins et des sollicitations des équipes au regard des 212 résidents accueillis.

Le conseil de la vie sociale demande plus d'animations dont des sorties vers un dancing.

Dans les contrats de séjour, au point 5.2, les établissements demandent une « avance correspondant à un mois de pension ». Cela est en contradiction avec le code de la consommation. Il faut que l'établissement demande simplement une caution.

### **Préconisations :**

Un cadre administratif pour l'ensemble du Pôle Gériatrie, incluant les EHPAD et la MAS est à réfléchir.

Les différents postes manquants repérés tant par l'évaluation externe que l'évaluation interne et les plans d'actions de l'établissement sont à prendre en compte dans le cadre de la négociation de la future Convention Tripartite renouvelée.

## **3.4 L'existence et la pertinence des dispositifs de gestion et de suivi**

### **Points forts :**

Les dispositifs de gestion et de suivi sont élaborés sur trois niveaux.

- Au niveau du Centre Hospitalier

Les éléments de gestion financière et des ressources humaines sont centralisés par le Centre Hospitalier.

Des reportings sont organisés de l'établissement vers l'Administration. Les secrétariats des établissements informent via des tableaux de bord et des fiches de transmissions des éléments liés aux gestions des ressources humaines (arrêt-maladie, prise de congés, IDJF) et d'informations liés à la présence des résidents (admission, sortie ou décès).

- Au niveau des EHPAD

Les temps d'échanges et d'information pluridisciplinaires institutionnalisés permettent un suivi des présences et des absences des usagers ainsi que le calcul des taux de remplissage, un suivi médical, un suivi d'activité, un suivi des projets de vie. Ces réunions assurent la continuité des prises en charge et informent des évolutions en continue de chaque structure.

- Au niveau des usagers

L'accompagnement mis en place auprès des usagers doit être renseigné. C'est pourquoi, des outils institutionnels sont mobilisés pour apporter une réponse à ses attentes et ses besoins :

- Une réunion de synthèse annuelle pour chaque usager.
- Les plannings d'activité sont mis à jour chaque semaine

Le projet de soins est formalisé. Il est investi par l'équipe médicale et paramédicale en ce qui concerne les transmissions écrites, les diagrammes de soins.

**Points à améliorer :** Néant.

**Préconisations :** Néant.

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

#### **Points forts :**

L'établissement n'a pas de liste d'attente importante. Il n'y a que quelques personnes qui patientent.

L'établissement a d'ailleurs quelques difficultés à remplir certains services. Cela s'explique par le fait que le Conseil Général favorise le maintien à domicile.

Pour autant le taux d'occupation est très élevé, de l'ordre de 98 %.

Les prises en charge des usagers sont en cohérence avec les objectifs d'accompagnement des personnes, selon les moyens alloués et les attentes et les besoins de chacun.

#### **Points à améliorer :**

La localisation de l'établissement facilite la participation à des activités culturelles ou sociales (marché, courses, promenades,...). Cependant un véhicule adapté de l'établissement est partagé avec la MAS et il n'est pas assez disponible.

Les Fenêtres des nouveaux bâtiments n'ont pas beaucoup d'ouverture pour une raison de sécurité mais cela peut donner un sentiment d'enfermement exprimé par les usagers. Le rapport bénéfice/risque n'est cependant pas évident à trouver dans ce type de situation, l'exposition médiatique et juridique étant très forte en cas d'accident survenant à un résident. Par ailleurs, sur une autre résidence (Capucins), l'ouverture des fenêtres n'est pas limitée à l'étage.

Avant le repas, il y a un temps d'attente parfois long pour les résidents. Ils se retrouvent en groupe devant la porte de la salle à manger. Cela peut générer des tensions et de l'insatisfaction.

## Préconisations :

Il serait bien d'envisager un nouveau véhicule pour satisfaire aux besoins de sorties des résidents sans devoir attendre que la MAS libère le véhicule adapté existant.

Pour diminuer le sentiment d'enfermement exprimé par les résidents sur le site des « Pics Verts », les espaces de vie peuvent être aménagés et décorés afin de les rendre plus accueillant, plus « ouverts ». Une réflexion est à mener sur la possibilité d'ouverture des fenêtres en fonction du risque à évaluer.

Les établissements doivent sans cesse réfléchir et travailler à l'amélioration des conditions d'accueil des usagers pour leur permettre de vivre en toute sérénité quel que soit le moment de la journée, et plus particulièrement sur des moment-clés tels que les repas.

### 3.6 L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés

#### Points forts :

Le Projet de soin est assuré avec conscience par les équipes médicales et relayé par les agents de terrain (AS, AMP, ASH) selon les besoins identifiés des personnes accueillies.

Les usagers sont pris en charge et soignés avec efficacité. Une résidente a pu témoigner qu'elle a été guérie de ses ulcères qu'elle subissait depuis une décennie avant d'intégrer l'EHPAD.

Le projet d'animation a pour objectifs :

- l'élaboration des projets de vie,
- une meilleure mise en œuvre des activités proposées,
- un développement des prestations pour offrir un panel plus large d'accompagnement,
- une amélioration de la coordination entre le service d'animation et les services de soins,
- une montée en charge des coopérations internes et externes pour une meilleure appropriation des projets personnalisés par les équipes mais aussi pour favoriser une ouverture vers l'extérieur.

Pour cela, l'équipe d'animation est constituée de 3 animatrices à temps partiel (une à 0,8 ETP, une à 0,7 ETP, une à 0,6 ETP) soit 2,1 ETP. Au budget, il n'y a que 1,5 ETP de financé.

L'équipe accompagne les 60 usagers de l'USLD et les 212 résidents des EHPAD.

Elle a pour objectif à moyen terme de proposer 5 ateliers par site et par semaine.

Les 3 animatrices tournent sur tous les sites.

Le projet d'animation n'est pas encore formalisé mais le projet énoncé oralement lors de l'évaluation est bon et est déjà mis en place.

Une dynamique est créée et apporte beaucoup d'animation et de vie dans les établissements.

Une Commission d'animation annuelle, dont on retrouve les conclusions dans le rapport d'activité, valide et pérennise les actions entreprises et les projets à venir.

L'équipe d'animation propose des Activités de cuisine telles que la pâtisserie, l'épluchage de légumes dont des asperges en saison. Pour des raisons de sécurité, l'atelier n'utilise pas de friteuse.

De cette activité, un projet de repas thérapeutiques en est cours de réflexion.

Un atelier 'Mosaïque' est également actif. Il réalise une mosaïque pour l'EHPAD des « Pics-Verts ».

Il existe des Activités de la vie quotidienne dans le cadre des animations comme la lecture du journal ou de courriers.

Une animatrice Aide-Soignante apporte un regard 'soignant' sur l'accompagnement proposé par l'équipe d'animation. C'est une originalité qui est remarquable.

Afin de stimuler la mémoire, l'équipe utilise le *Pac Eureka* depuis 2013. Un groupe de 10 résidents en a profité. C'est une réussite à valoriser et à encourager.

Un séjour de 5 jours à la mer a été proposé en 2013. Les usagers qui en ont bénéficié ont fortement apprécié cette sortie.

Les activités Intergénérationnelles avec le centre de loisirs de Romorantin sont organisées tous les deux mois. Une chorale « les Myosotis » prépare 3 chansons, et 15 enfants viennent chanter avec les personnes âgées. Cela donne de bonnes participations.

Il y a un Projet en commun de rencontre aux « Capucins » avec le Centre de loisirs de la ville.

De même, il y a un projet avec l'école de musique dont le but est de faire un concert qui sera présenté aux familles. L'objectif est de rendre les usagers acteurs du projet. Cela contribuera à la valorisation et à la réalisation de soi pour ses participants.

Le PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) est prévue en septembre 2014 avec un éducateur spécialisé de la Maison d'Accueil Spécialisé.

Il y a une salle Snœzelen sur « Les Pics Verts ». Le matériel est satisfaisant. Une formation est en cours pour les professionnels qui utiliseront cette salle. Le concept de Snœzelen a été réfléchi pour être mobile et se déplacer dans les chambres.

#### **Préconisation :**

Au vu de son efficacité sur une dizaine de résidents, l'utilisation du *Pac Eureka* est à encourager pour une diffusion plus large avec le soutien des équipes soignantes en relai.

### **3.7 Les conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation**

#### **Points forts :**

De nombreuses procédures existent et sont appliquées.

Il y a une image peu favorable sur certains sites. Pour exemple, l'ancien bâtiment de Saint-Roch était un « repoussoir » qui a nui à la réputation des EHPAD du Centre Hospitalier. La fermeture de ce service ainsi que la modernité de l'EHPAD « Pics Verts » contribue à revaloriser les EHPAD du Centre Hospitalier.

L'établissement en général cherche à diffuser une image positive de ce qu'il est et de ce qu'il veut devenir. Pour cela il communique au travers un journal interne au Centre Hospitalier, le ChromoZoom. Le dernier numéro de ce mensuel porte sur les EHPAD.

De même, il y a quelques informations qui sont parues dans la presse quotidienne régionale (principalement *La Nouvelle République*) lors de l'inauguration du bâtiment « Pics verts ».

La presse quotidienne régionale publie également des articles sur le marché de Noël où des artisans locaux exposent leurs produits mais aussi où les résidents proposent à la vente les productions de l'établissement comme les confitures confectionnées en interne.

Un article est publié dans la presse à l'occasion de l'anniversaire d'un ou d'une centenaire. Les repas festifs donnent également lieu à une couverture médiatique.

Une distribution de fleurs aux résidents a aussi été l'occasion d'un article.

Une journée « Portes Ouvertes » a été organisée en avril 2014. Cette opération de communication a vu défiler environ 250 visiteurs.

Une nouvelle journée d'inauguration est prévue en septembre 2014.

L'établissement est toujours en projet, en réflexion, en réorganisation pour mettre en adéquation ses moyens et les besoins des usagers accompagnés.

Pour exemple sur « Pics verts », les professionnels soignants travaillent sur une amplitude de 12h depuis le mois de mai tous les jours de la semaine. Ce dispositif sera évalué en décembre 2014 afin d'adapter les effectifs aux besoins du service mais aussi aux attentes des résidents.

### **Points à améliorer :**

On peut constater que certaines procédures sont datées de 5 ans ou plus et ne sont pas révisées.

### **Préconisations :**

Il pourrait être utile de mettre en place un programme de révision régulière et systématique de l'ensemble des procédures.

Dans une logique de communication externe pour valoriser ce que font les résidents au sein des EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin, le site Internet est à actualiser.

Eléments contradictoires, relatifs au diagnostic « **Porter une appréciation globale** » (chap.3), de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin au regard du rapport d'évaluation externe

## 4. Evaluation interne - Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

### 4.1 Appréciation des priorités et des modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués

#### Points forts :

L'évaluation interne a été réalisée entre décembre 2012 et décembre 2013, à partir du référentiel FHF de l'ARS d'Aquitaine. C'est un référentiel très complexe et difficilement applicable. L'interface BLUEMEDI a ensuite été utilisée.

L'évaluation interne s'est déroulée en présence du bureau restreint du comité de pilotage « Qualité et Gestion des risques ».

Le Centre hospitalier de Romorantin ayant l'expérience de la démarche de certification des établissements de santé, le comité de pilotage a décidé de procéder à l'évaluation interne des EHPAD selon le même schéma.

Le référentiel a été découpé en groupes de questions correspondant à des domaines particuliers. Il a décomposé l'évaluation interne en 400 questions réparties en 7 thèmes :

- comment est organisée l'admission ? Comment est organisée le respect des droits et libertés ?
- le projet de soins individualisé de la personne
- la restauration, l'hôtellerie et la logistique
- la bientraitance et la prévention de la maltraitance
- le projet d'établissement et l'ouverture à l'environnement
- la gestion des ressources humaines
- la réflexion éthique.

Des groupes de professionnels de différentes catégories intervenant auprès des résidents ont été constitués. Il a été veillé à ce que des personnels de chaque EHPAD soient présents ainsi que le médecin coordinateur.

Pour les thèmes spécifiques aux ressources humaines, à la restauration, à la logistique, des groupes dédiés ont été constitués.

Dans les groupes constitués, sous la responsabilité d'un cadre de santé, et avec l'appui méthodologique de la Cellule Qualité-Gestion des risques, les grilles ont été complétées et le programme d'actions élaboré.

Les cotations étaient remplies de manière collégiale par chaque groupe.

Pour les critères connexes mais répartis dans différents thèmes, une harmonisation de leurs cotations a été réalisée a posteriori.

L'ensemble des cotations a été revu finalement par un comité de suivi de l'évaluation interne, ainsi que les pondérations de l'importance des critères lors d'une réunion en novembre 2013.

La démarche d'évaluation a été présentée au Conseil de la Vie Sociale.

L'évaluation interne des EHPAD a été réalisée de manière participative avec la volonté d'associer l'ensemble des professionnels avec un degré d'implication plus ou moins élevé.

#### **Points à améliorer :**

Les usagers n'ont pas été associés à la démarche de cotation de l'évaluation interne.

#### **Préconisation :**

Les prochaines évaluations internes devront prévoir un temps de consultations des usagers, de leurs familles ainsi que des partenaires pour avoir un état des lieux prenant en compte toutes les parties prenantes de l'établissement.

## **4.2 Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués**

#### **Points forts :**

La démarche d'évaluation interne a été présentée aux Conseil de vie sociale d'octobre et décembre 2013. La Direction a présenté le cadre général de la démarche d'évaluation interne et externe, ainsi que le référentiel choisi.

Les résultats des cotations ont été présenté au CVS pour avis modificatifs éventuels, en insistant sur les cotations les plus sensibles (importance / faible niveau de cotation).

Les résultats de l'évaluation et le plan d'action ont été présenté au CVS de décembre 2013.

Des groupes de professionnels de différentes catégories œuvrant auprès des résidents ont été constitués. Il a été veillé à ce que des personnels de chaque EHPAD soient présents ainsi que le médecin coordinateur.

Ces professionnels se sont fait le relais du comité de pilotage pour informer leur collègue de l'avancée de la démarche d'évaluation.

La démarche participative a permis d'impliquer un maximum de professionnels.

Les différentes étapes ont été renseignées par le comité de pilotage et les représentants de cette instance.

**Points à améliorer :** Néant.

**Préconisations :** Néant.

### 4.3 Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu

#### Points forts :

L'évaluation interne a fait ressortir des priorités d'actions. Elles ont tenu compte du caractère plus ou moins sensible du critère pour la qualité de prise en charge des résidents ou en termes de risques.

Les actions correctives ont été cotées d'un niveau d'importance de niveau 3 pour tout ce qui concernait la prise en charge individuelle de chaque résident à un niveau 1 pour ce qui concernait les aspects plus distants de cette prise en charge.

La pondération entre le niveau d'importance et la cotation a permis de définir le degré de priorité des actions à mettre en place.

Ces actions alors ont été intégrées dans le Plan d'amélioration Qualité-gestion des risques du Pôle Gériatrie-Hébergement du Centre hospitalier.

Au final, il en ressort 7 thématiques avec des axes d'amélioration distincts. Certaines thématiques ne nécessitent pas d'axes d'amélioration mais plutôt une continuité des actions déjà entreprises :

- LA GARANTIE DES DROITS ET LIBERTÉS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS, L'ADMISSION
  - ✓ la formalisation complète du circuit de demande de renseignements et de demande d'entrée ; pour bien décrire qui fait quoi.
  - ✓ la forme de certains documents d'information et leur meilleure diffusion, notamment sur le site internet du Centre hospitalier.
  - ✓ si les recueils de données concernant les résidents sont effectifs, le déploiement des projets de vie en cours sur les différentes structures doit se poursuivre activement et vivre ensuite de façon annuelle. La traçabilité du recueil des directives anticipées est à homogénéiser sur les différentes structures.

- ✓ une meilleure protocolisation du temps de l'admission (présentation des professionnels – livret d'accueil, rencontres des 1ers jours, présentation aux autres résidents, l'évaluation de la satisfaction au moment de l'accueil).
  - ✓ l'organisation de temps de rencontre réunissant familles, résidents et professionnels hors conseil de vie sociale.
  - ✓ et enfin un meilleur affichage des informations au profit des résidents et/ou des familles doit être organisé (comptes rendus des conseils de vie sociale, liste départementale des personnes compétentes en médiation).
- LA GARANTIE DES DROITS ET LIBERTÉS INDIVIDUELS : LA BIENTRAITANCE
- ✓ une réflexion plus conceptualisée sur le respect de la liberté d'aller et venir, pour laquelle des réflexions bénéfiques/risques individuelles sont déjà menées.
  - ✓ le respect de la liberté sexuelle même si celle-ci fait déjà partie à ce jour des éléments recueillis pour établir le projet de vie individualisé.
  - ✓ La réaffirmation de la notion de bienveillance dans le projet du pôle hébergement pour la période à venir.
- LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ, LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT EN MATIÈRE DE SOINS, LA FIN DE VIE
- ✓ la généralisation du projet de vie individualisé pour chaque résident.
  - ✓ une meilleure organisation sur le recueil anticipé du résident sur ses souhaits en fin de vie (directives anticipées, souhaits post-mortem).
  - ✓ un meilleur repérage du risque suicidaire.
- LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT : L'ANIMATION, LE MAINTIEN DE LA VIE SOCIALE, LA RESTAURATION, L'HÔTELLERIE
- LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET OUVERTURE
- ✓ mieux partager les orientations des EHPAD du Centre hospitalier à son environnement
  - ✓ mieux associer les représentants des usagers et bénévoles à la rédaction du projet de pôle.

➤ RESSOURCES HUMAINES ET FORMATION

➤ RÉFLEXION ÉTHIQUE

- ✓ Une réflexion éthique inter-EHPAD pourrait être organisée en envisageant l'intégration des familles.

Le plan d'action des mesures d'amélioration de la qualité-gestion des risques du pôle Gériatrie-hébergement du Centre hospitalier est clairement identifié.

Pour chaque action, l'échéance de fin est fixée et un(e) pilote est désigné.

**Points à améliorer :** Néant.

**Préconisations :** Néant.

#### 4.4 Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique

**Points forts :**

L'évaluation interne s'est déroulée en présence du bureau restreint du comité de pilotage « Qualité et Gestion des risques ».

Ce comité de pilotage se réunit une fois par mois le jeudi.

Le Suivi du plan d'action et d'amélioration de la Qualité et de Gestion des risques est opérationnel et bien structuré.

**Points à améliorer :**

Les personnels de terrain ne sont pas assez impliqués dans le suivi du plan d'action.

Il y a un léger déficit de communication des actions entreprises ou réalisées

**Préconisation :**

L'établissement ne doit pas hésiter à communiquer sur les avancées du plan d'amélioration afin de valoriser ce qui a déjà été réalisé et d'anticiper les actions à venir.

## 4.5 Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations

### Points forts :

La démarche Qualité et la Gestion des risques sont deux notions indissociables pour le Centre Hospitalier de Romorantin.

La direction cherche à maintenir la dynamique d'amélioration continue de la Qualité et de la Gestion des risques insufflée par l'évaluation interne.

Mais au-delà de la simple démarche et des outils mis en place, la Qualité est présente au sein de l'établissement. Elle est mise en place de manière naturelle.

Lors de l'évaluation externe, les professionnels ont été rencontrés et interrogés sur l'intérêt de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Les personnels ont été récemment formés et/ou informés. Ils sont au courant du contexte médico-social et des nouvelles lois en matière de normes et d'outils, notamment ceux de la loi du 2 janvier 2002. La démarche Qualité est vue au-delà d'une obligation réglementaire. Ils la définissent comme un levier d'amélioration avec des repères.

La démarche qualité est donc efficiente dans les EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin.

Comme le dit la conclusion du rapport d'évaluation interne : « ce temps d'évaluation interne a été l'occasion de faire un bilan relativement exhaustif et de situer le niveau de qualité de l'établissement. Il a permis d'associer les équipes dans la démarche. »

L'établissement est en plein dans la démarche qualité. Il y a une bonne dynamique actuelle de l'institution.

La Démarche Qualité est faite en donnant du sens à tous les niveaux d'action. Cela parle aux professionnels qui peuvent s'approprier la Démarche.

Pour les professionnels interrogés, la Démarche Qualité a fait évoluer l'établissement très positivement sur la prise en charge des personnes âgées accueillies.

### Points à améliorer :

Du fait du temps disponible pour l'ensemble du Centre hospitalier, la cellule qualité ne peut être directement présente sur le terrain auprès des équipes de soins, en tout cas pas constamment. De ce fait, son action est relayée par l'encadrement, charge à lui de déployer auprès des équipes. Le lien entre les concepts de la démarche qualité et les pratiques quotidiennes des équipes n'est de ce fait pas évident.

## Préconisations :

Il faut rapprocher la démarche qualité de la pratique quotidienne.

Il serait intéressant d'intégrer des référents Qualité au sein des différents EHPAD pour pérenniser les actions entreprises et perpétuer la démarche d'amélioration continue de la Qualité dans la logique de la Roue de Deming.



Eléments contradictoires, relatifs à l'évaluation interne – « **Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne** » (chap.4), de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin au regard du pré-rapport d'évaluation externe

## 5. Examiner certaines thématiques et registres spécifiques

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

Le projet d'établissement des EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin a été réalisé en 2009. Il est en cours de réflexion et de réécriture par la direction afin de faire correspondre les établissements aux réalités d'aujourd'hui.

Le projet d'établissement reprend les valeurs promues par le Centre hospitalier, relatif à l'accueil des personnes âgées.

Il mentionne les principes d'intervention qui concernent le projet de la personne.

Les objectifs du projet d'établissement sont :

- ✓ D'évaluer les besoins des personnes accueillies pour leur apporter une réponse adaptée, notamment en matière de santé
- ✓ De répondre aux attentes des usagers pour leur permettre de vivre pleinement dans leur lieu de vie

Pour cela, les EHPAD assurent leurs missions en cohérence avec les besoins et les attentes des résidents

#### LE SUIVI MEDICAL

##### Points forts :

La prise en charge des escarres, et de la douleur sont inscrits dans la pratique des EHPAD. Des outils ont été créés et mis en place. Des groupes de travail pluridisciplinaires ont réfléchi à cette prise en charge.

L'échelle de Braden est utilisée pour mesurer le risque d'escarres, et mettre en place les actions préventives si nécessaire.

Il existe un CLUD (comité de lutte contre la douleur) pour la prise en charge de la douleur. Une infirmière référente « douleur » a été désignée. Elle a suivi un DU spécifique.

Une infirmière suit un Diplôme Universitaire de soins palliatifs sur le site. Il y a également une unité mobile en soins palliatifs rattachée au Centre hospitalier de BLOIS qui peut intervenir sur les EHPAD.

Il existe un groupe de travail sur la Contention et les chutes. Ce groupe est à mettre en lien la Politique de l'établissement sur les médicaments et la gestion des neuroleptiques.

Ce travail se fait en présence de soignantes, d'infirmières et de responsables, plus une cadre de santé de différents services.

Le suivi est assuré en collaboration entre les membres du personnel. Pour ce faire, il y a trois transmissions sur la « Maison médicale » et les « Capucins », et quatre transmissions sur « Pics verts ».

Sur « Pics verts », il y a beaucoup de service d'hôtellerie dont une partie 'plonge' qui prend beaucoup de temps.

Il y a 8 médecins libéraux qui interviennent sur « Pics Verts ». Jusqu'à 11 médecins ont pu intervenir. Cela complique grandement la tâche des infirmières pour assurer un suivi.

Le logiciel *PHARMA* est utilisé pour la gestion médicamenteuse de la pharmacie et la traçabilité de la prise des médicaments.

La traçabilité et l'évaluation du soin se font de manière cohérente. Le suivi médical est réalisé mais l'outil informatique *Axigate* est défaillant ou non adapté. Il y a le besoin d'un logiciel adapté aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Il y a une très bonne communication et une cohésion d'équipe. Il y a de la solidarité.

La pause-café sert souvent de temps d'échange.

Les professionnels ont des fiches de poste.

Les équipements et le matériel sont suffisants.

On peut noter une réadaptation systématique aux situations individuelles.

Il est à pointer que le travail et le suivi médical sur les escarres est remarquable.

### **Points à améliorer :**

Il y a un manque de temps. Notamment, il manque une personne le matin et le soir par unité.

De même les médecins qui aimeraient avoir un Electrocardiogramme pour pouvoir assurer un suivi cardiaque plus efficient.

La psychiatrie est séparée des EHPAD. Il manque un lien entre l'EHPAD et la psychiatrie.

Le recrutement des psychiatres est difficile mais un temps de psychiatre pour la MAS a été recruté.

### **Préconisation :**

L'établissement doit réfléchir, dans le cadre de la renégociation de la Convention Tripartite à optimiser les temps de présence des personnels de soins.

## **SUIVI ALIMENTAIRE**

### **Points forts :**

Pour la Dénutrition, le CLAN (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition) travaille sur le goût, les aliments.

Une Diététicienne du centre hospitalier y est présente

### **Points à améliorer :**

Les repas en texture modifiée (mixés) sont servis en barquette, tout dans le même plat. Ils ne sont pas toujours appétissants.

Le fromage est servi en sachet-portion. Il est froid et sans saveurs

Les usagers n'ont pas de choix de fruit au dessert. C'est un fruit unique qui est servi à tout le monde, excepté pour les personnes qui ne peuvent le manger pour une raison particulière. Auquel cas, il y a un fruit de substitution.

Il n'y a pas de collation proposée aux résidents la nuit. Il y a un risque de jeûne nocturne excessif au-delà de 1h entre le dernier repas et le petit déjeuner.

### **Préconisations :**

Un travail sur l'élaboration et la présentation des mixés est à envisager.

La possibilité de choix du fruit ou du fromage apporterait une satisfaction des usagers qui peuvent se priver de dessert par le fait qu'ils n'apprécient pas tel fruit (le kiwi en est une illustration).

Réfléchir à la mise en place d'une possibilité de restauration en soirée et/ou dans la nuit avec la mise à disposition de petits gâteaux et d'une boisson.

## **SUIVI HYGIENE**

### **Points forts :**

Il y a une traçabilité des douches prises par les usagers.

Les usagers sont pris en charge quotidiennement pour une toilette ponctuelle. Les douches sont espacées dans le temps mais elles respectent les habitudes de vie de la personne ainsi que ses souhaits en termes d'accompagnement, voire de manipulation pour se rendre à la salle de bain.

## 5.2 L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique, y compris dans le traitement de l'urgence

### LIVRET d'ACCUEIL

La Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles précise les modalités de mise en place du Livret d'accueil

#### Points forts :

Le Livret d'accueil existe sur tous les EHPAD du Centre Hospitalier. Il a été remis à jour en février 2014. Il est remis à l'utilisateur et/ sa famille lors de l'admission.

### ACCUEIL

Les EHPAD bénéficient du standard de l'hôpital, assuré 24h/24, 365 jours par an.

#### Points forts :

Le soutien du service des admissions est apprécié par les usagers et les familles.

Ces dernières ont exprimé leur satisfaction quant à la réactivité, à l'aide au montage du dossier administratif et des demandes d'aides sociales et d'APA de la part du secrétariat.

Une Ligne directe est ouverte pour joindre le service des admissions.

Les familles ont témoigné de la disponibilité des professionnels des services, y compris des médecins lors de leur arrivée dans les établissements.

Il est à noter qu'il n'y a pas de limites pour les visites des proches et des lits « accompagnants » sont mis à disposition à la demande des familles, notamment pour accompagner une fin de vie.

### ADMISSION

#### Points forts :

Une visite de préadmission permet de valider l'admission, tant de la part du résident et de sa famille, que de celle des professionnels.

Une procédure d'admission serait en cours de validation.

L'existence d'une commission d'admission gériatologique commune pour l'ensemble des services du pôle gériatrique (la COG) est un point fort. On peut cependant s'interroger sur la politique d'admission et le choix du public accueilli :

- GMP en baisse, et très faibles pour des EHPAD, à la résidence des Capucins (moins de 500 actuellement) et aux Pics Verts (moins de 600 actuellement).
- Difficultés à remplir les Pics Verts à la date de l'évaluation externe : 62 personnes transférées du site de Saint-Roch en mai, 69 résidents à ce jour avec une liste d'attente épuisée. Recrutement de personnes en GIR 3 à 6 uniquement sur ce site. Prépondérance de personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Il existe une commission d'orientation gériatologique intégrant une assistante sociale, des cadres, un médecin, une psychologue.

L'évaluation gériatologique est réalisée dans le cadre du plan de soins. Elle est réalisée par le médecin traitant mais pas encore réactualisée.

## **DOSSIER de l'USAGER**

### **Points forts :**

Les dossiers sont sécurisés

Il existe une procédure de gestion du dossier, et une procédure sur le droit à l'accès au dossier tel que préconisé par l'article 39 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée par le décret d'application du 20 octobre 2005.

### **Préconisations :**

L'admission gagnerait à adopter un caractère moins médical et moins axé sur les soins, en développant les aspects en lien avec les habitudes de vie de la personne âgée, ses goûts, ses aversions (en matière d'horaires de vie, de goûts alimentaires, de loisirs et d'animation, etc.).

## **5.3 Les conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et les droits des usagers**

Il y a un début de mise en place des projets personnalisés au sein des EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin.

Les différents EHPAD ne sont pas au même niveau d'avancement.

### **Points forts :**

Les projets de vie individuels sont, en tout cas, en cours de réalisation et de mise en place sur tout le dispositif.

Pour les professionnels interrogés, cela permet de mieux comprendre le résident et d'adapter la prise en charge.

La mise en place des référents soignants (AS-ASH) des usagers est opérationnelle.

Les projets personnalisés sont élaborés de manière distincte. On y retrouve un projet de soin par les infirmières et le médecin coordinateur, un projet de vie élaboré pour une partie par les aides-soignantes, et pour une autre par les animatrices (mais cela n'est pas totalement formalisé).

La dynamique est en cours pour élaborer l'ensemble des projets personnalisés

Afin de réaliser les PAP, des réunions pluridisciplinaires sont programmées.

Les objectifs y sont définis avec les actions de soins et d'animations à mettre en place.

Les réunions pluridisciplinaires peuvent se faire avec le résident. Il a le choix.

Quoiqu'il en soit, le référent rencontre le résident avant pour préparer le projet.

Les référents sont désignés et leur rôle est désormais connu des différents professionnels.

Il existe 8 binômes référents, mais selon les EHPAD il n'y a pas forcément de suppléants.

Le référent rencontre le résident dans sa chambre.

Il existe une liste de référent, les résidents ont leur nom de référent sur la porte d'armoire. Un référent principal et un suppléant,

Une trame d'élaboration du Projet individuel existe. Chaque référent doit la remplir en complétant les items à partir des éléments recueillis auprès du résident et/ou de sa famille.

Les activités proposées dans le cadre de l'animation mais aussi de l'accompagnement de la vie quotidienne sont incluses dans le projet personnalisé de la personne. Elles respectent le choix des usagers.

Un suivi et une évaluation des activités sont envisagés. L'intégration des observations faites au cours des activités est prévue au projet.

L'équipe d'animation édite un calendrier des ateliers proposés, avec une photo des animateurs et les lieux pour que les résidents puissent se repérer et s'inscrire dans le temps.

Les activités favorisent l'ouverture sur l'extérieur

Les familles sont intégrées sur certaines activités

Elles participent aussi au recueil des données nécessaires à l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé.

Le suivi des Projets d'Accompagnement Personnalisé est assuré par les cadres de santé qui sont désignés chef de projet. Leur régularité est inscrite dans un calendrier de date de réunions d'équipe. C'est un document de suivi. Ces infos se retrouvent sur les tableaux des bureaux de soins.

### **Les « Pics verts »**

La démarche des projets personnalisés est démarrée depuis 2013 sur la résidence des « Pics Verts ».

6 résidents sur 69 ont déjà un projet formalisé.

### **Les « Capucins » et la « Maison Médicale »**

Sur les résidences des « Capucins » et la « Maison médicale », environ 35 % des résidents ont un projet personnalisé.

Les personnels de nuit ont connaissance des Projets Personnalisés.

La démarche de l'équipe va plus loin que l'individualisation et intègre la personnalisation mais cela manque de formalisation.

### **Points à améliorer :**

Tous les résidents n'ont pas encore de Projet Personnalisé et l'actualisation de ces projets n'est pas assez régulière.

Les résidents ne peuvent pas choisir s'ils veulent conserver ou non leur médecin traitant à leur entrée à la résidence des Capucins ou à la Maison Médicale.

Il n'y a pas suffisamment de lien entre l'animation et les projets personnalisés par manque de temps d'animation.

Il y a peu de notion de référents pour les résidents interrogés.

Des actions sont réalisées mais pas tracées, ce qui est dommage car il y a une perte d'information.

Il n'y a pas de personnel de nuit référent.

La recommandation de l'ANESM sur le Projet personnel n'est pas diffusée et peu de professionnels en ont connaissance.

Il n'y a pas encore de procédure PAP.

Il manque des documents dans le PVI consultés. Il n'y avait pas les habitudes de vie, les besoins et les attentes alors que cela était déjà existant dans d'autres dossiers.

### Préconisations :

- Un travail d'équipe serait à organiser pour élaborer un projet personnalisé global prenant en compte toutes ces dimensions.
- Le recueil de données du service d'animation doit être joint.
- Il faut clairement définir la mission des référents. De même, il faut nommer le référent principal pour clarifier le travail et nommer un suppléant.
- Il est recommandé de diffuser largement la synthèse de la recommandation de l'ANESM *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (décembre 2008)
- Attention à ne pas oublier de faire valider le projet par le résident
- Attention aux termes qui sont formalisés dans les projets. Certains objectifs dans les projets lus sont contradictoires.
- Il faut mettre en place des indicateurs pour évaluer les effets du projet.
- Un tableau de suivi est à mettre en place
- Réfléchir à informatiser les projets personnels pour une diffusion plus large et facilitée.

## 5.4 L'effectivité du projet sur l'accès et le recours aux droits

### Points forts :

L'établissement ne fait aucune discrimination (liée à l'origine, la religion, la classe sociale ...) quant à l'accueil et à la prise en charge d'un usager.

La Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie est affichée dans tous les EHPAD, insérée dans le livret d'accueil et connue.

La Charte de la personne âgée dépendante est également affichée.

Une charte Qualité et une charte Bienveillance sont affichées

Les coordonnées des personnes qualifiées nommées par le Préfet et le Président du Conseil Général sont en cours de désignation.

Les professionnels ont été informés sur les droits et les obligations en matière d'information des usagers.

Ils mettent en œuvre des bonnes pratiques garantissant au mieux le respect de la vie privée et de l'intimité des résidents.

Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour sont rédigés dans des termes accessibles à la compréhension des résidents et sont remis aux résidents.

Le livret d'accueil est une documentation de présentation de l'établissement qui est remise à l'arrivée et qui précise notamment les différentes prestations offertes par l'établissement, ainsi que les prestations payantes

Le règlement de fonctionnement comporte notamment des dispositions sur les modalités concrètes de l'exercice des droits et des devoirs des résidents.

La personne accueillie est informée sur ses droits fondamentaux, sur les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours mises à sa disposition.

La procédure d'admission prévoit une rencontre avec la personne et sa famille, et une visite de l'établissement par la personne.

Elle prévoit également la recherche du consentement de la personne quant à son entrée dans l'établissement.

Le contrat de séjour est bien transmis au résident à son arrivée avec le livret d'accueil et est signé au cours du 1<sup>er</sup> mois de présence après validation par les parties des dispositions prévues par celui-ci. Il est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal comme le prévoit le CASF. Le contrat de séjour est personnalisé et indique, conjointement avec le résident et sa famille, les premiers objectifs de l'accompagnement au regard du dossier d'admission et du recueil des attentes des parties prenantes.

Chaque personne accueillie dispose d'un espace personnel en chambre individuelle ou double prévue initialement pour des couples.

Chaque chambre est équipée d'un téléphone avec accès extérieur direct, d'une prise d'antenne de télévision.

Chaque personne accueillie peut en théorie amener du mobilier, apporter des objets et effets personnels, et décorer sa chambre (dans les limites du règlement de fonctionnement et sous réserve des dispositions relatives au classement au feu des locaux).

Elle peut disposer des clés de sa chambre.

Les résidents ont librement accès à tout moment de la journée à leur chambre et aux lieux collectifs.

Hors leur chambre, des lieux permettent aux résidents de recevoir leurs familles (salon, lieux de restauration, etc.)

Le résident dispose d'une liberté d'aller et venir dans l'établissement, hors les lieux stipulés dangereux pour sa sécurité, et signalés comme tels. La direction des établissements l'affirme, les usagers rencontrés l'ont confirmé.

L'établissement organise les moyens (internes ou externes) permettant aux résidents de pratiquer le culte de leur choix et d'exercer des droits civiques (accompagnement aux bureaux de vote pour les élections, mise en place des procurations...)

Les vêtements des résidents sont personnels. Il n'y a pas de vêtements « standard »

Le personnel est sensé frapper à la porte de la chambre des personnes accueillies et attendre la réponse ou marquer un temps d'attente avant d'entrer.

Les dossiers sont sécurisés et il existe une procédure de gestion du dossier, ainsi qu'une procédure sur le droit à l'accès au dossier.

#### **Points à améliorer :**

Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour sont rédigés dans des termes accessibles à la compréhension des résidents mais certains documents sont écrits en caractères très petits, ce qui peut rendre la lecture difficile, voire impossible.

A la Résidence « Les Capucins », les résidents s'expriment parfois bruyamment depuis leur chambre. Malgré cela, toutes les portes sont ouvertes, par habitude. L'intimité des personnes s'en trouve alors amenuisée.

#### **Préconisations :**

L'adaptation des outils de communication doit être envisagée pour faciliter l'appropriation des documents par les personnes âgées dépendantes.

Le respect de l'intimité des résidents doit être une priorité quel que soit la nature de la pathologie des résidents.

### **5.5 La réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers**

Les temps de vie correspondent aux habitudes des personnes accueillies.

A titre informatif et de manière générale, car chaque EHPAD a des spécificités dans son mode d'organisation de la journée :

La toilette a lieu à 7h00. À 8h00 le petit déjeuner est proposé en salle. A 8h30 il y a un temps libre avec la télévision. De 9h30 jusqu'à 11h00, les usagers qui le peuvent ont la possibilité de faire de la marche autour du bâtiment. A midi, il y a le déjeuner. À 13h00 c'est la sieste. À 14h00, il y a un temps libre qui peut être utilisé pour une lecture du journal en chambre. Des activités sont aussi proposées sur ce créneau. À 18h30, c'est le début du dîner pour un retour en chambre à 19h30. 22h00 c'est le coucher.

La totalité des lits est habilitée à l'aide sociale.

### **Points forts :**

Il y a une adaptation aux demandes des résidents.

### **ACCUEIL**

La plupart des usagers rencontrés ont mis en avant l'accueil qui leur a été réservé. Il a été de qualité et il n'y a pas eu de délai d'attente.

L'aide au montage des dossiers d'aide sociale et d'APA est efficace et très appréciée des familles.

### **BATIMENT**

En dehors des « Pics Verts » qui sont neufs, les bâtiments sont jugés comme vieillissants.

Les portes du bas du bâtiment des « Capucins » ne sont pas fonctionnelles pour les personnes en fauteuil roulant. Elles se referment sur les personnes.

Le papier peint de certaines chambres est défraîchi.

Il y a besoin de rénovation.

Malgré cela, les usagers trouvent les bâtiments propres.

### **ACTIVITES**

Un Salon de coiffure est à disposition des résidents aux Capucins. Une coiffeuse, AMP formée, propose des coupes et des soins capillaires pour répondre aux demandes des usagers de prendre en compte leur besoin d'esthétique. Son effectivité est constatée.

La chorale est très appréciée. Elle correspond à une demande des usagers d'avoir un lieu et un temps dédié à la musique et au chant en groupe. Cette activité peut être une porte d'entrée à la socialisation des nouveaux résidents.

La présence d'une aumônerie catholique qui assure des visites aux résidents des EHPAD tous les jeudis après-midis répond à un souhait de pratique religieuse, respectant les convictions de chacun. Cette aumônerie a mis en place un groupe de promeneurs bénévoles.

Il y a une sollicitation pour participer aux animations mais aussi un respect du choix de la personne si cela ne l'intéresse pas.

Une résidente a exprimé : « Les animatrices cherchent à faire plaisir et se donnent du mal pour la satisfaction des résidents. »

La sortie au restaurant est toujours un moment privilégiée et très apprécié.

Sur les structures, il y a de l'animation les dimanches après-midi, effectuée par les personnels des services ce qui est apprécié par les résidents.

## REPAS

Pour la plupart des résidents, les repas sont bons et en grande quantité. Par contre pour quelques personnes, la viande n'est pas de qualité.

Il y a un dessert de substitution pour ceux qui ne l'aiment pas.

Des repas à thèmes, avec un menu spécifique, peuvent être proposés à la demande des usagers mais il y a des difficultés pour adapter les menus par rapport à la cuisine centrale qui est dans une logique gestionnaire.

Les familles peuvent participer aux repas à thèmes.

Le petit déjeuner est donné en chambre à la Maison Médicale pour satisfaire aux difficultés de déplacement des personnes accueillies.

## SOINS

Il y a une très bonne qualité de soin qui prend pleinement les besoins des résidents. Par exemple : une résidente a été guérie de ses ulcères peu de temps après son arrivée à l'EHPAD alors qu'elle en souffrait depuis des années. De même, un résident est arrivé avec une escarre qui a été rapidement guérie.

Les infirmières répondent aux besoins. « Le médecin est comme un père de famille. » dixit une résidente.

A la « Maison médicale », il n'y a pas de douche dans toutes les chambres alors elles sont faites une fois tous les 15 jours dans la salle de bain commune. Dans les autres EHPAD, les douches sont effectuées une fois par semaine au minimum.

L'établissement a le projet de faire une cartographie de la Bienveillance avec l'objectif d'y inclure plus de médico-social, et de sortir de la logique du tout médical et tout soin des premiers temps.

## ACCOMPAGNEMENT

L'usager a deux référentes, qui sont connues et repérées par certains résidents mais tous les usagers ne connaissent pas forcément leurs référents.

Une résidente a dit « Toutes les filles sont très agréables malgré les exigences des résidents. »

« Le personnel s'adapte au caractère des résidents. Les jeunes sont plus dans le plaisir que dans l'accompagnement »

Un usager irascible a quand même reconnu que « les filles sont dévouées pour compenser le manque d'animation lors des week-ends. »

## EXPRESSION

La parole est libre.

Les usagers se sentent écoutés par le personnel.

L'établissement s'attache à réfléchir à la thématique qui accompagne les usagers au quotidien. La « sexualité de la personne âgée » fait partie du prochain sujet dont va se saisir la Commission d'Ethique.

## FAMILLES

Quatre proches de résidents ont été rencontrées lors de l'évaluation externe. Tous sont globalement satisfaits de la qualité de la prise en charge, en particulier sur le plan médical, et ont souligné le dévouement et la disponibilité des équipes.

### Points à améliorer :

Il y a un problème de cigarette pour les fumeurs. Les résidents ne peuvent pas fumer le soir après 22h, la porte étant fermée à 22h.

Il y a un souci de cohabitation des publics. Les résidents « psychotiques » peuvent avoir un comportement violent envers les résidents déments déambulants.

Il n'y a pas de choix de menu. Il y a juste une gestion des goûts et des aversions avec un plat de substitution mais qui doit être commandé à l'avance et qui est systématiquement du jambon.

Il n'y a pas suffisamment d'animations individuelles et collectives

Les soignants participent peu aux animations, alors que des formations « toucher/massages » leur ont été dispensées. Les salariées formées n'ont pas de temps pour mettre en pratique les connaissances acquises.

Il n'y a pas assez de consultation du personnel pour donner l'avis sur les attentes des usagers.

Les EHPAD n'ont pas mis en place de journée 'famille' mais cela est prévu pour 2015.

Un résident de la maison médicale s'est exprimé en affirmant que « le personnel est restreint le week-end. C'est difficile pour les salariés de service mais ils ne se plaignent pas. ». Cette problématique est commune aux établissements d'accueil de personnes en situation de dépendance. Les pouvoirs publics devraient se saisir de la question. Pour autant, cette citation montre le dévouement des équipes qui font avec les moyens alloués.

Les demandes d'amélioration des familles portent sur :

- Le manque de personnel au quotidien.
- Le manque d'animations et de sorties, et plus généralement de stimulation des résidents afin de maintenir le lien social et de conserver au maximum les capacités physiques et motrices.
- L'absence d'espaces extérieurs accessibles aux Pics Verts.

#### **Préconisations :**

Mener une réflexion d'équilibrage et de mixité de la population par secteur pour limiter l'effet de masse des résidents issus de la psychiatrie.

Il faudrait réfléchir à modifier, à supprimer des chambres pour aménager des douches dans les salles d'eau.

Réfléchir à la mise en place d'un choix alternatif de plats aux repas

Favoriser la participation de tous les personnels pour animer les EHPAD.

Développer la consultation des professionnels afin de recueillir leurs expériences et connaissances des usagers.

Réfléchir à l'instauration d'une journée des familles par un sondage sur une éventuelle participation.

## **5.6 La capacité à faciliter et à valoriser l'expression et la participation des usagers**

L'article D 311-6 du code de l'action sociale et des familles précise que le conseil de la vie sociale est mis en place lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu... Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation (décret n°2004-287 du 25 mars 2004).

## Points forts :

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) existe. Il est commun pour tous les EHPAD mais il comprend un représentant par structure.

Il y a des réunions régulières tous les 3 mois tel que le préconise l'ANESM.

Le Médecin Coordonnateur est un membre associé du CVS. Il peut être sollicité et apporter des informations médicales sur le quotidien. C'est l'occasion pour lui de rencontrer des familles qu'il ne voit pas souvent.

Les membres salariés du CVS recueillent la parole des usagers pour aider à l'élaboration de l'ordre du jour

Un compte rendu est édité par le directeur. Il est systématiquement affiché dans les différents sites.

Les résidents membres peuvent être un relais auprès des autres usagers et diffuser les infos.

Pour les usagers interrogés, le CVS est « un lieu où l'on peut échanger pour améliorer l'accueil. Il est jugé « positif et nécessaire ». Pour exemple, le sujet de la perte de linge et de sous-vêtements a été soulevé au Conseil de la Vie Sociale. La mise en place de petits filets individuels en réponse corrective a été bénéfique et a solutionné la problématique.

En revanche, quelques résidents regrettent que « le CVS ne soit pas toujours efficace. ». Pour illustrer, il a été évoqué que l'alimentation sur « les Capucins » était une source d'insatisfaction régulière qui revenait à chaque réunion. Malgré tout, une enquête de satisfaction sur la qualité des repas aux « Capucins » a été diligentée et menée.

En cas d'insatisfaction non résolue directement par les soignants ou le cadre, les usagers et leur famille ont la possibilité de solliciter le Médiateur du Centre hospitalier.

Les usagers interrogés ont clairement énoncé que la parole était libre et qu'ils pouvaient s'exprimer comme ils le voulaient, même pour se plaindre.

L'établissement a également mis en place des Questionnaires de satisfaction (à cocher) de deux sortes. Un questionnaire est émis pour ceux qui peuvent communiquer facilement, et un second concerne ceux qui ne peuvent plus s'exprimer facilement.

Il existe aussi une Commission menu sur l'hôpital dans laquelle deux résidents sont représentants.

Il y a un Petit journal interne aux « Capucins » réalisé par les résidents qui décrivent leurs activités et donnent leur avis sur différents sujets concernant les EHPAD.

Le « Café presse » toujours aux « Capucins » mais aussi à la « Maison Médicale » est un moment d'échange sur l'actualité où les usagers peuvent s'exprimer et donner leur avis sur le monde qui nous entoure.

Les familles rencontrées ont déclaré que les échanges avec le personnel étaient de grande Qualité.

Les réclamations et les plaintes sont reprises en Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

Lorsqu'un usager ou sa famille a une réclamation à faire, il adresse un courrier à la direction des EHPAD. Une première réponse écrite est systématiquement envoyée le temps de réaliser une enquête interne.

Un autre courrier de réponse est envoyé suite à l'enquête et aux résultats obtenus ainsi que l'action corrective qui est ou sera mise en place.

En 2013 le temps de réponse pour une réclamation était de 24 jours. En 2014, il est d'environ 40 jours.

#### **Points à améliorer :**

Les comptes rendus du CVS ne sont pas diffusés aux familles.

Il n'y a pas de cahiers de doléances dans les services. Il y avait une boîte à idées mais elle est restée vide.

Le dernier Questionnaire de satisfaction connu date de 2011.

#### **Préconisations :**

Il faut renouveler régulièrement le questionnaire de satisfaction Une enquête de satisfaction est à refaire en 2014.

Une enquête de satisfaction auprès des familles est à envisager.

## **5.7 La capacité à observer les changements et adapter son organisation**

#### **Points forts :**

Le projet des EHPAD, tel qu'il a été exposé lors des entretiens est traversé par la priorité d'une attention forte de la part des professionnels aux attentes des usagers. La réflexion institutionnelle est alimentée en continu par cette question.

Ces mêmes entretiens avec les professionnels ont permis de vérifier que l'établissement porte une attention importante aux besoins des personnes accueillies.

Les différentes observations recueillies lors de temps de transmission ou au quotidien lors des activités de soin sont utilisées pour alimenter la réflexion des soignants et sont remontées en réunion de synthèse pour remettre en cause les accompagnements, à partir des expériences et du vécu sur le terrain.

Le projet d'établissement en cours de finalisation est un outil qui sera élaboré à partir des remarques des professionnels sur les EHPAD mais aussi des intervenants ponctuels. L'établissement met à jour son document de présentation en fonction des évolutions de la population accueillie mais aussi des modifications de ses effectifs et de son organisation.

L'établissement fait preuve d'un sens de l'adaptation aux besoins des usagers. Dans son organisation professionnelle, dans ses aménagements de locaux, dans le développement de nouveaux partenariats, dans ses projets, l'institution a montré sa capacité à être à l'écoute des usagers et à développer des réponses adaptées.

De plus, le projet social des EHPAD porte notamment sur la formation et le perfectionnement, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des qualifications, ainsi que la validation des acquis professionnels.

Il s'inscrit dans une vision prospective des métiers et des compétences

Le projet social permet à l'établissement de définir sa politique de développement social qui vise à assurer l'adaptation des personnels aux évolutions engagées par les nouveaux projets et bâtiments.

## **5.8 La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers**

### **Points forts :**

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) sont utilisées par les professionnels de manière naturelle. La recommandation sur l'évaluation interne a été exploitée pour la réalisation de l'évaluation interne de l'établissement.

Les RBPP spécifiques, notamment les 4 volets sur les EHPAD, sont utilisés dans le cadre de la réécriture du Projet d'Etablissement.

Les recommandations de Bonnes Pratiques sont accessibles à l'ensemble du personnel sur l'intranet.

Il y a une gestion documentaire sur chaque unité. Elle est à disposition dans un classeur avec une couleur par thématiques (CLAN, CLIN, CRUQ, etc.)

La gestion documentaire par intranet est identique aux classeurs.

Le personnel a été formé aux outils intranet et à la diffusion documentaire.

Les outils de la loi 2002-02 du 2 janvier 2002 sont connus dans les EHPAD et sont appliqués ou en passe de l'être.

Le Contrat de Séjour a été réactualisé en 2012 avec différents groupes de travail impliquant la plupart des catégories professionnelles.

Le règlement de fonctionnement a été revu en 2012. Il sera réactualisé après le déménagement du Gué du Merle.

### **Points à améliorer :**

Le livret d'accueil doit rajouter une référence au règlement de fonctionnement, qu'elle doit positionner en annexe.

La charte des droits et libertés de personnes âgées accueillies doit figurer dans le livret d'accueil, elle est cependant affichée dans les bâtiments.

La Personne Qualifiée n'est pas encore désignée par le Conseil Général. La référence à la Préfecture doit être signalée dans le livret d'accueil.

### **Préconisations :**

Les documents décrits par les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles doivent être mis à jour pour se conformer aux attendus réglementaires.

## **5.9 La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon les différents axes appropriés à chaque contexte**

La politique de l'établissement concernant la gestion des risques et la sécurité est un point fort qui s'articule autour de multiples axes.

## **FONCTIONNEMENT GENERAL DU SERVICE TECHNIQUE**

### **Points forts :**

Le service technique dispose d'un logiciel de GMAO afin d'enregistrer et de suivre les demandes d'intervention des services.

### **Préconisations :**

Au regard des constats effectués pendant les visites des EHPAD et des services supports, blanchisserie et restauration notamment, il est préconisé de mettre en place

un système de reporting et d'analyse de l'activité du service technique, tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

## **REALISATION DE TRAVAUX**

### **Points à améliorer :**

Lors de la visite des établissements, la présence d'une prise et d'un interrupteur sortis de leur boîte a été repérée dans le hall de la « Maison Médicale » pendant les travaux d'aménagement. Le problème a été traité sur le champ dès signalement.

### **Préconisations :**

Il est préconisé de sécuriser ou de signaler les zones et locaux faisant l'objet de travaux afin d'éviter tout risque d'accident.

## **PRODUITS DANGEREUX**

### **Points à améliorer :**

A la « Maison médicale », certains locaux servant de stockage ne sont pas correctement signalés et ne disposent pas de système de fermeture.

A la blanchisserie, les produits lessiviels sont stockés dans une pièce non ventilée et les produits sont manipulés par les salariés sans protocole particulier ni précaution précise. Cette problématique devra être résolue avec l'externalisation du blanchissage et la fermeture de la blanchisserie actuelle début 2015.

### **Préconisations :**

Travaux à réaliser pour sécuriser les locaux de stockage. Il faut rajouter d'urgence un digicode sur la porte de ce local « réserve » car il contient des produits alimentaires mais aussi des produits ménagers à risque telles que de la javel.

Dans les services, ne pas stocker de produits alimentaires à proximité des produits d'entretien.

De plus, il est recommandé d'éviter le stockage et l'utilisation de l'eau de javel.

## **ESPACES DE CIRCULATION**

### **Points forts :**

Les portes extérieures de la maison médicale et des « Pics Verts » ont deux boutons à actionner pour une sécurisation des sorties pour les personnes.

### **Points à améliorer :**

La signalétique extérieure est absente sur la Maison Médicale. Il y a un risque de se perdre pour les personnes.

Sur la Résidence « Les Capucins », le bâtiment est une location de l'office HLM. Il y a une difficulté de maintenance. Par exemple la porte d'entrée n'est pas conforme pour permettre l'accessibilité des personnes à mobilité réduite, mais l'organisme loueur ne souhaite pas faire de travaux.

### **Préconisations :**

Veiller à respecter le positionnement des chariots dans les couloirs.

Signaler les zones glissantes lors du nettoyage des espaces de circulation.

Maintenir la pression sur l'office HLM propriétaire du bâtiment des Capucins pour qu'il entretienne au mieux les espaces de vie.

## **RISQUE DE DEFENESTRATION**

### **Points à améliorer :**

L'ouverture des fenêtres n'est pas limitée à l'étage de la résidence des « Capucins ».

### **Préconisations :**

Réflexion à mener sur ce sujet en fonction du risque à évaluer.

## **BLANCHISSERIE**

### **Points forts :**

La séparation des zones sale / sas / propre et le sens de circulation du linge sont respectés.

### **Points à améliorer :**

Le stockage s'étend au couloir extérieur à la zone « linge sale ».

Le SAS est encombré de linge à laver ou à relaver, en rolls ou à même le sol.

Le sol est inondé d'eau et de lessive.

Globalement, les locaux très vétustes et les machines sont obsolètes générant de nombreuses pannes. Lors de la visite, une machine à laver fuyait abondamment.

### **Préconisations :**

Externalisation du blanchissage prévue début 2015.

Sous-traitance au CH de Blois pour le linge plat et le linge professionnel et à un autre prestataire pour le linge des résidents.

Maintien d'une blanchisserie-relais en interne pour les flux de linge et le traitement d'appoint.

## **SURVEILLANCE DE L'EAU**

### **Points forts :**

- L'existence d'une cellule « eau » qui se réunit régulièrement depuis sa création en 2008. Elle a été élargie en 2014 à la surveillance de l'air et des surfaces (concerne les blocs chirurgicaux). Les comptes rendus attestent de la concertation régulière et du suivi très attentif des risques et des mesures visant à réduire les risques.
- Les procédures existantes sont appliquées.
- Le programme de purge des points d'eau est suivi par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les services doivent purger très régulièrement certains points d'eau à risque et consigner ces purges dans des tableaux transmis ensuite par l'équipe opérationnelle d'hygiène pour vérification.
- La planification et l'exécution de travaux visant à réduire les risques : suppression des bras morts identifiés et des points d'eau inutiles.

### **Points à améliorer :**

- Près de 2 mois après l'ouverture, le carnet sanitaire du site des « Pics Verts » reste à créer.
- Ceux des « Capucins » et de la « Maison Médicale » sont à mettre à jour régulièrement. A titre d'exemple, les relevés de températures consignés s'arrêtent en 2010.

### **Préconisations :**

Créer le carnet sanitaire pour les « Pics Verts » et mettre à jour ceux de la résidence des « Capucins » et de la « Maison Médicale ».

S'assurer que l'ensemble des contrôles et relevés réguliers soient effectués.

Déterminer le service responsable de ces contrôles, de la réception des relevés et rapports d'analyse et de la tenue des carnets sanitaires.

Réviser et mettre à jour si besoin les 3 procédures concernant la légionelle, qui datent.

## **PLAN BLEU**

### **Points forts :**

Une pièce climatisée sur chacun des sites a été aménagée.

Un groupe électrogène commun est présent aux « Capucins » et à la « Maison Médicale » d'une part, et aux « Pics Verts » et au service psychiatrique d'autre part.

## **SECURITE DES BATIMENTS ET DES INSTALLATIONS**

### **Points forts :**

Les registres de sécurité sont tenus.

Les vérifications et maintenances périodiques sont correctement effectuées.

Les commissions de sécurité datent de 2011 pour la « Maison Médicale » et la résidence des « Capucins ». La prochaine visite est prévue en septembre 2014. Il n'y a pas de remarque particulière.

La commission de sécurité pour l'ouverture des « Pics Verts » s'est tenue le 14 janvier 2014.

Le parc des « Capucins » et la « Maison Médicale » est clôturé et sécurisé. Il est à noter la présence d'une rivière à proximité qui est protégée.

Il y a une sécurité incendie mise en place ainsi qu'un système anti intrusion. Ces systèmes sont opérationnels.

L'établissement a mis en place une prévention des chutes.

Un audit a été réalisé en 2012 puis en 2014 sur la prise en charge médicamenteuse.

### **Points à améliorer :**

A noter l'absence de trappes de désenfumage à la « Maison Médicale ».

### **Préconisations :**

Des préconisations très fortes ont été formulées concernant la sécurité incendie :

- Nécessité d'une présence de personnel formé, notamment la nuit
- vérification hebdomadaire du bon fonctionnement du système d'alarme,
- initiation du personnel, maintenue dans le temps, à la mise en œuvre des appareils et des dispositifs d'extinction et d'alerte.

Ces préconisations devront être strictement respectées.

## **SECURITE INCENDIE**

### **Points forts :**

Une procédure sur la conduite à tenir en cas de déclenchement de l'alarme incendie existe.

Les aides-soignantes de nuit ont connaissance des procédures de sécurité 'incendie'.

### Points à améliorer :

Les numéros d'urgence ne sont pas renseignés sur les plans d'évacuation aux « Capucins ».

Les personnels de nuit n'ont pas reçu de formation incendie dernièrement.

### Préconisations :

- renseigner les numéros d'urgence et vérifier l'ensemble des plans d'évacuation des 3 sites.
- Mettre à jour la procédure sur la conduite à tenir en cas de déclenchement de l'alarme incendie, qui date de 2008.
- Respecter les règles en vigueur en matière de formation du personnel et former en priorité les personnels de nuit.

## PREVENTION DES SITUATIONS DE CRISE

### Points forts :

Un avantage des 3 EHPAD est de bénéficier des services du centre hospitalier, et notamment de l'équipe opérationnelle d'hygiène composée d'une pharmacienne à mi-temps et d'une infirmière à temps plein.

Le plan bleu et le plan blanc mentionnent bien la constitution d'une cellule de crise en cas de besoin.

### 5.10 La capacité pour assurer la cohérence et la continuité des actions d'intervention

### Points forts :

Un infirmier de nuit est présent sur le bâtiment de la « Maison Médicale ». Il est disponible pour les résidents des « Capucins » également.

De plus, les EHPAD bénéficient de l'astreinte médicale du centre hospitalier et de la proximité des urgences.

Les transmissions entre les différentes équipes sont organisées et effectives. Elles ont lieu à 6h30-7h45, 13h30-14h (le cas échéant) et 20h45-21h.

Les transmissions sont effectuées entre les équipes de jour et de nuit.

Un logiciel de transmission facilite la communication entre les infirmières et les Aides-Soignantes.

Le premier logiciel va être abandonné car il n'est plus adapté

Le suivi des courbes de poids est écrit dans *AXIGATE*, *PHARMA* et sur le dossier papier

La pharmacie est gérée par le logiciel *PHARMA* qui est utilisé sur un ordinateur portable sur les chariots de médicaments.

Il y a une photo de l'usager sur le pilulier.

- **Organisation de l'aide à la toilette**

Tous les matins, les équipes discutent sur la toilette, pour une adaptation journalière.

Le Plan de soins est différent d'un EHPAD à l'autre et il s'adapte selon les besoins et les pathologies des usagers.

- **Dispositif d'accompagnement en fin de vie**

Afin s'assurer la prise en charge « jusqu'au bout », les EHPAD mettent en place des moyens adaptés tel qu'une infirmière la nuit. Cela permet de maintenir le résident dans le service.

Des lits sont mis à disposition pour les familles.

Une convention avec les soins palliatifs départementaux a été signée.

Dans la chambre funéraire, l'équipe met une photo du résident. Il y a la possibilité d'accompagner les résidents qui souhaitent se recueillir devant leur camarade décédé.

- **Aide-Soignante de nuit**

Les modalités de transmission sont effectives et efficaces bien qu'il n'y ait pas suffisamment de lien avec les infirmières.

Ils peuvent participer aux temps de réunions des équipes de jour bien que cela soit compliqué à organiser avec leur planning.

Il y a des réunions organisées sur des thématiques particulières auxquelles sont invitées les aides-soignantes de nuit.

Sur « Pics Verts », les aides-soignantes de nuit travaillent de 18h30 à 6h30. Ils accompagnent le service restauration de la salle commune et aident 60 personnes au service.

Leurs transmissions ciblées se font par ordinateur, mais aussi à l'oral, et dans un cahier de consignes.

Il n'y a pas de passage des cadres de nuit.

**Points à améliorer :**

Les aides-soignantes de nuit ne sont pas associées aux Projets de Vie Individuels.

L'organisation des toilettes est difficile sur la « Maison médicale » à cause des chambres doubles.

La signalétique intérieure de la « Maison Médicale » peut être erronée, par exemple il y a un espace de rangement linge avec une désignation de salle de soins.

Il n'y a pas de nom sur les portes, il y a juste le numéro de la chambre.

#### **Préconisations :**

Veiller à inclure les aides-soignantes de nuit pour l'élaboration des projets des résidents.

Corriger les signalétiques erronées.

Réfléchir au besoin d'ajouter le numéro de chambre sur les piliers pour faciliter la reconnaissance des piluliers pour les professionnels nouvellement arrivés.

### **5.11 Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques validées de l'ANESM**

#### **BLANCHISSERIE**

##### **Points forts :**

L'externalisation de la prestation de blanchissage prévue en janvier 2015 devra garantir a minima le maintien de la qualité de la prestation, voire permettre de l'améliorer.

##### **Préconisations :**

Une attention particulière devra être portée au linge des résidents : garantie en termes de délais de traitement, marquage des vêtements, évitement des pertes et des dégradations, mesures proposées en cas de perte ou de dégradation.

#### **RESTAURATION au niveau de la cuisine centrale et de la restauration globalement**

##### **Points forts :**

Les EHPAD bénéficient de la présence d'une diététicienne du centre hospitalier car non financée sur le secteur EHPAD.

Les repas sont fabriqués sur place et livrés au service en liaison chaude (sauf les plats chauds mixés).

Les normes HACCP sont respectées et les contrôles sanitaires sont régulièrement effectués. Une formation aux normes HACCP de 2 jours est dispensée chaque année à l'ensemble du personnel de cuisine.

### **Points à améliorer :**

L'équilibre des plats et des menus est à vérifier, et notamment la surutilisation de pommes de terre.

L'absence ou quasi-absence de choix proposé aux résidents, tant en ce qui concerne le plat que le fromage ou le dessert.

De même, certains plats associés à la notion de plaisir ne peuvent pas être proposés compte tenu de l'organisation actuelle (frites).

### **Préconisations :**

Des améliorations sont à réaliser sur l'aspect et le goût, en particulier pour les repas mixés.

Dater et mettre à jour régulièrement les fiches relatives aux normes HACCP.

Poursuivre la vigilance particulière quant au nettoyage des différentes surfaces au regard des résultats régulièrement constatés suite aux analyses.

Effectuer sans attendre les réparations sur les appareils (fuite du robinet d'une cuve).

## **RESTAURATION Au niveau des services**

### **Points forts :**

Le lien entre la diététicienne et les services pour adapter les prises de repas aux pathologies des résidents en évitant tant que possible d'avoir recours à des régimes spécifiques ou à des substituts alimentaires.

De même, le travail de sensibilisation et de formation des professionnels concernant les troubles de la déglutition, la dénutrition ou la prise de poids.

### **Points à améliorer :**

Les horaires et l'amplitude du jeûne nocturne en particulier à la « Maison médicale » (dîner entre 18 et 19h – petit déjeuner à partir de 8h, pas de collation nocturne proposée).

Des animations autour de la cuisine pourraient être développées (confection des goûters par exemple).

La bonne prise des températures n'est pas systématique et un relevé de températures anormal n'appelle pas d'action corrective.

### **Préconisations :**

Une réflexion est à mener sur ce point pour systématiser les relevés de température et corriger les anomalies constatées.

Personnaliser la prise de repas, et en particulier dans les objectifs suivants : diminution du nombre de repas pris en chambre, adaptation aux personnes désorientées ou ayant perdu l'appétit.

Pour le bien être des résidents, mener une réflexion d'équipe pour utiliser les appareils TV et radio que lorsqu'ils sont à destination des résidents désireux. Il est recommandé de faire attention à ne pas utiliser plusieurs appareils en même temps dans un environnement proche.

Le cadre de vie (locaux, jardin et environnement proche) fait l'objet d'embellissements réguliers et entretenus. L'établissement n'est plus mis en valeur et particulièrement depuis que les locaux proches de l'ancien hôpital ne sont plus utilisés.

Les résidents peuvent participer à des activités de jardinage (plantations de fleurs, potager...).

### **Préconisation :**

Développer les jardins à hauteur.

L'organisation des espaces permet le respect de l'intimité et de la vie privée des résidents. L'établissement dispose d'une pièce rafraîchie qui permet d'accueillir l'ensemble des résidents. Les ouvriers d'entretien ont le souci de personnaliser les logements, de prendre en compte les difficultés de repères de certains résidents et d'y apporter des réponses.

L'établissement facilite les sorties individuelles permettant aux résidents de poursuivre des activités antérieures à leur entrée en EHPAD et l'établissement établit des partenariats avec des structures sociales, culturelles, de loisirs, pour mieux répondre aux besoins des résidents

Les relations avec le voisinage font l'objet d'une attention particulière de la part de l'établissement au travers d'invitations à des journées ouvertes. Un partenariat pourrait être envisagé avec le Foyer logement qui se situe à quelques mètres de l'EHPAD « Guy Gauthier » pour mutualiser des moyens.

L'établissement garantit aux usagers le bon entretien de leur linge personnel, la procédure «linge» est connue des professionnels concernés et appliquée.

Lorsque la personne accueillie ou sa famille souhaite assurer elle-même l'entretien d'une partie de son linge, ce souhait est respecté et les attentes des personnes accueillies concernant les modalités de rangement du linge personnel sont recueillies et respectées.

L'établissement met à disposition des personnes accueillies le linge de maison nécessaire en cas de besoin.

Il existe des procédures concernant l'hygiène des sols et des surfaces des chambres et des espaces communs, elles sont connues des professionnels concernés et appliquées.

La procédure précise les délais entre chaque nettoyage.

**Préconisation :**

Intégrer à la procédure de nettoyage les modalités de nettoyage en cas d'incident en dehors des heures habituelles de ménage.

Les chariots de ménage sont adaptés, la charge de travail ménage est de plus en plus importante du fait de l'augmentation de la dépendance.

L'entretien des lieux de vie des personnes accueillies est organisé de manière à respecter les habitudes de vie de la personne accueillie. Les résidents savent que le professionnel va venir faire le ménage dans sa chambre.

La maintenance des équipements et les réparations matérielles sont planifiées et hiérarchisées dans des conditions qui permettent de garantir l'agrément et la fonctionnalité des locaux, la sécurité matérielle des personnes accueillies. L'avantage de travailler en réseau apporte à l'utilisateur la réalisation des réparations par des professionnels de métier. En effet, l'équipe est composée d'un plombier, d'un menuisier, d'un électricien et d'un paysagiste. Une astreinte permet de garantir une continuité de service dans ce domaine.

Les professionnels, résidents et familles peuvent faire leurs demandes d'intervention.

**Préconisation :**

Organiser la traçabilité des travaux réalisés.

Le système d'appel malade est entretenu. Il ne permet pas la traçabilité des appels.

**Préconisation :**

Assurer la traçabilité des appels malades.

L'établissement possède des véhicules en nombre suffisant. Un responsable du service technique est garant du bon entretien des véhicules et réalise les entretiens et contrôles nécessaires. Il existe un carnet de maintenance des véhicules.

Préconisation : Mettre en place un carnet de bord dans chaque véhicule et chaque véhicule doit posséder une trousse de secours à jour.

La signalisation externe permet de repérer l'établissement mais elle pourrait être améliorée. La signalisation interne est à revoir.

## 5.12 Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositif de gestion de crise et modalités de formation des personnels

### Points forts :

- **Transmissions intra et inter équipes :**

Il y a une réunion des cadres tous les deux mois. 26 cadres de santé du centre hospitalier y sont réunis.

Il y a une Réunion du Pôle gériatrique avec la cadre de gériatrie, une fois par mois

Il y a une Réunion de service avec les aides-soignantes et la cadre de santé, une fois par trimestre.

Il y a des référents de chaque service et de chaque unité pour toutes les commissions.

Il y a une Réunion d'information spécifique sur des thématiques telles que 'l'éthique', 'la Bienveillance', 'les soins palliatifs', etc., en salle de spectacles. Ces réunions sont ouvertes à tous.

Il y a une Réunion d'ouverture aux nouveaux salariés deux fois par an pour une présentation des cadres hiérarchiques et du fonctionnement du centre hospitalier.

Toutes les informations et les comptes rendus sont accessibles sur intranet.

De nombreuses formations sont proposées pour répondre à des problématiques concrètes comme les 'soins palliatifs', les 'Troubles psychologiques et psychiatriques', le 'Vieillessement'

La traçabilité de soins est formalisée sur papier avec un plan de soins ou sur AXIGATE. Par contre, il y a une perte de temps car le logiciel n'est pas adapté actuellement.

- **Concernant la gestion des plaintes,**

*Référence HAS : La plainte peut conduire à une action en justice permettant un dédommagement, la réclamation porte sur des revendications écrites au sein de l'établissement relatives au confort, aux prestations ....*

Le dispositif de gestion de crises se fait en direct. Il y a une procédure pour que tout soit traité sur place

Les courriers peuvent être envoyés à la direction. Il y a également des remontées d'information par les cadres par mail.

Le bilan de la CRUQ se fait par service, pour tout le Centre Hospitalier. Les plaintes reçues ont été présentés en CVS. Des réponses y ont été apportées par l'établissement.

Les événements indésirables ont fait l'objet de formations par le service qualité auprès des cadres en 2012. Ces cadres se sont fait les relais des préconisations dans les équipes pour diverses thématiques dont le circuit du médicament, les chutes, la violence.

Les professionnels ont saisi l'intérêt à déclarer les événements précurseurs ou les incidents pour en assurer l'analyse.

Les événements indésirables suivent une procédure formalisée, établie, diffusée, et connue. Cela permet notamment d'analyser le nombre de chutes. Ses observations sont mises en corrélation avec les médicaments, et avec l'architecture des bâtiments pour mesurer le lien qui peut unir la cause avec la conséquence et apporter une action correctrice.

Il y a alors la mise en place d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

Il y a une fiche d'événement indésirable sur l'intranet avec des garanties de protection du salarié qui révélerait un événement indésirable.

Les contentions sont très réfléchies et en lien avec la démarche de Bienveillance. Une journée dédiée à la contention a été mise en place. L'utilisation de sacs « Cocoon » permet à l'usager désorienté de passer des nuits confortables, en toute sécurité. Ce sac de couchage protège le malade et lui rend sa dignité. Cela fait partie des solutions proposées pour éviter les contentions des barres de lit.

Le protocole contention a d'ailleurs été élaboré.

Il y a une information pour les nouveaux arrivants de 2h par le Service Qualité deux fois par an.

Il y a une veille financière des ressources de la personne âgée afin de lui éviter d'être spoliée par des personnes de son entourage.

L'établissement a commencé un travail sur l'interdisciplinarité des équipes.

### **Préconisation :**

L'évaluation interne a préconisé une enquête de satisfaction pour les nouveaux arrivants. Elle est à mettre en place.

## **5.13 La capacité à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle**

### **Points forts :**

L'achat de lève-malades, d'un lit-douche et d'un bain-douche dans quasiment chaque service contribue à limiter la fatigue des professionnels.

L'établissement des « Pics Verts » est équipé en lits 'Alzheimer'.

Les Psychologues sont différents pour les résidents et pour les professionnels

Le Document Unique des Risques Professionnels date de 2012. Il est à réactualiser en intégrant les risques psycho-sociaux

Le document unique des risques professionnels a été travaillé avec le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHS-CT). Une commission de suivi des accidents de travail est à l'œuvre.

Le service de médecine préventive du centre hospitalier gestionnaire assure un suivi des professionnels et participe à la diminution des risques au travail.

Les fiches de postes sont réalisées sauf pour les directions fonctionnelles. Elles seront réactualisées quand le bâtiment du « Gué du Merle » sera déménagé aux « Pics Verts ».

Les entretiens professionnels ont lieu tous les ans par le supérieur hiérarchique.

Une enquête de satisfaction des personnels a été réalisée. Il y a un taux de satisfaction important.

Le Comité Technique d'Entreprise (CTE) est constructif. Il n'y a pas de blocage éthique entre le CTE et la direction.

La plupart des syndicats sont soit issus du secteur de la psychiatrie soit issus des EHPAD.

Il y a une paix sociale du fait du fonctionnement de l'établissement qui se fait en transparence.

#### **5.14 Le rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques mais aussi des réalisations en termes de perception de la structure et de ses missions par les partenaires et les usagers et de formalisation des collaborations et des coopérations institutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur**

Les EHPAD mettent en place différents partenariats pour améliorer les prises en charge des usagers.

##### **Points forts :**

Des bénévoles sont intégrés dans les activités, pour faciliter l'accompagnement de résidents.

L'Aumônerie propose une messe une fois par mois en réponse aux demandes des usagers croyants.

L'intergénérationnel est développé avec un partenariat auprès d'une école.

Les familles sont associées comme partenaires pour des accompagnements ‘collectifs’ qui ne concernent pas que leur parent.

Il y a des rencontres inter-EHPAD professionnelles sur le sud du département. Cela permet une harmonisation des outils. Une journée de formation thématique est proposée chaque année.

Des rencontres inter-établissements pour les résidents sont également proposées. Elles donnent lieu à un concours de confiture mais aussi et surtout à des échanges dans une dynamique de maintien de la socialisation.

### **5.15 L'inscription dans un territoire donné à partir notamment de la prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu**

#### **Points forts :**

Il existe dans ce domaine au sein même du Centre Hospitalier une politique d'optimisation des ressources et de Mutualisation des compétences. C'est le cas pour la pharmacienne, ou encore l'assistante sociale.

Des Conventions sont signées avec les EHPAD du territoire. Des rencontres sont organisées avec les EHPAD du Sud du Loir et Cher autour de thématiques particulières. Notamment quand il a fallu mettre en place les outils de la loi 2002-02.

Des propositions de formations communes sur les sujets de la dénutrition, de la manutention, des escarres, des entrées aux urgences, l'urgence de nuit, etc. sont faites par les différents EHPAD.

Mais les partenariats ce sont aussi des moments festifs qui sont organisés et partagés avec les EHPAD partenaires comme « The Voice EHPAD » qui est un échange autour des chansons, ou encore un concours de confiture, un pique-nique collectif une après-midi autour du marché de Noël.

Eléments contradictoires, relatifs à l'examen de **certaines thématiques et registres spécifiques (chap.5)**, de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin au regard du pré-rapport d'évaluation externe

## 6 Récapitulatif des préconisations

Ci-dessous sont listés l'ensemble des préconisations déjà citées précédemment. Sont surlignées **en gras** les préconisations prioritaires au regard de l'analyse et des synthèses faites par l'équipe d'évaluation :

- **Il faut élaborer un projet d'établissement conforme aux exigences du CASF et des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM.**
- **Le Projet d'établissement doit être propre aux services des EHPAD, indépendamment du Centre Hospitalier et du Pôle Gériatrie, reprenant les singularités de chaque structure (Maison Médicale, Pics Verts, Gué-du-Merle, Capucins), en termes de public accueilli et d'organisation.**
- Mettre en place une signalétique sur les bâtiments non encore repérés.
- Permettre aux résidents des « Pics Verts » de personnaliser leur chambre (meubles et effets personnels).
- **Un cadre administratif pour l'ensemble du Pôle Gériatrie, incluant les EHPAD et la MAS est à réfléchir.**
- Les différents postes manquants repérés tant par l'évaluation externe que l'évaluation interne et les plans d'actions de l'établissement sont en prendre en compte dans le cadre de la négociation de la future Convention Tripartite renouvelée.
- **Il serait bien d'envisager un nouveau véhicule pour satisfaire aux besoins de sorties des résidents sans devoir attendre que la MAS libère le véhicule adapté existant.**
- Pour diminuer le sentiment d'enfermement exprimé par les résidents sur le site des « Pics Verts », les espaces de vie peuvent être aménagés et décorés afin de les rendre plus accueillant, plus « ouverts ». Une réflexion est à mener sur la possibilité d'ouverture des fenêtres en fonction du risque à évaluer.
- Les établissements doivent sans cesse réfléchir et travailler à l'amélioration des conditions d'accueil des usagers pour leur permettre de vivre en toute sérénité quel que soit le moment de la journée, et plus particulièrement sur des moments-clés tel que les repas.

- Au vu de son efficacité sur une dizaine de résidents, l'utilisation du *Pac Eureka* est à encourager pour une diffusion plus large avec le soutien des équipes soignantes en relai.
- **Il pourrait être utile de mettre en place un programme de révision régulière et systématique de l'ensemble des procédures.**
- Dans une logique de communication externe pour valoriser ce que font les résidents au sein des EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin, le site Internet est à actualiser.
- **Les prochaines évaluations internes devront prévoir un temps de consultations des usagers, de leurs familles ainsi que des partenaires pour avoir un état des lieux prenant en compte toutes les parties prenantes de l'établissement.**
- **L'établissement ne doit pas hésiter à communiquer sur les avancées du plan d'amélioration afin de valoriser ce qui a déjà été réalisé et d'anticiper les actions à venir.**
- Il faut rapprocher la démarche qualité de la pratique quotidienne.
- Il serait intéressant d'intégrer des référents Qualité au sein des différents EHPAD pour pérenniser les actions entreprises et perpétuer la démarche d'amélioration continue de la Qualité dans la logique de la Roue de Deming.
- L'établissement doit réfléchir, dans le cadre de la renégociation de la Convention Tripartite à optimiser les temps de présence des personnels de soins.
- Un travail sur l'élaboration et la présentation des mixés est à envisager.
- La possibilité de choix du fruit et du fromage apporterait une satisfaction des usagers qui peuvent se priver de dessert par le fait qu'ils n'apprécient pas tel fruit (le kiwi en est une illustration).
- **Réfléchir à la mise en place d'une possibilité de restauration en soirée et/ou dans la nuit avec la mise à disposition de petits gâteaux et d'une boisson.**
- L'admission gagnerait à adopter un caractère moins médical.
- Un travail d'équipe serait à organiser pour élaborer un projet personnalisé global prenant en compte toutes ces dimensions.
- Le recueil de données du service d'animation doit être joint.
- Il faut clairement définir la mission des référents. De même, il faut nommer le référent principal pour clarifier le travail et nommer un suppléant.

- Il est recommandé de diffuser largement la synthèse de la recommandation de l'ANESM *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (décembre 2008)
- **Attention à ne pas oublier de faire valider le projet par le résident**
  - Attention aux termes qui sont formalisés dans les projets. Certains objectifs dans les projets lus sont contradictoires.
  - Il faut mettre en place des indicateurs pour évaluer les effets du projet.
  - Un tableau de suivi est à mettre en place
  - **Réfléchir à informatiser les projets personnels pour une diffusion plus large et facilité.**
  - L'adaptation des outils de communication doit être envisagée pour faciliter l'appropriation des documents par les personnes âgées dépendantes.
- **Le respect de l'intimité des résidents doit être une priorité quel que soit la nature de la pathologie des résidents.**
  - Mener une réflexion d'équilibrage et de mixité de la population par secteur pour limiter l'effet de masse des résidents issus de la psychiatrie.
  - Il faudrait réfléchir à modifier, à supprimer des chambres pour aménager des douches dans les salles d'eau.
  - Réfléchir à la mise en place d'un choix alternatif de plats aux repas
  - Favoriser la participation de tous les personnels pour animer les EHPAD.
  - Développer la consultation des professionnels afin de recueillir leurs expériences et connaissances des usagers.
- **Il faut renouveler régulièrement le questionnaire de satisfaction Une enquête de satisfaction est à refaire en 2014.**
  - Une enquête de satisfaction auprès des familles est à envisager.
  - Les documents décrits par les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles doivent être mis à jour pour se conformer aux attendus réglementaires.
  - Au regard des constats effectués pendant les visites des EHPAD et des services supports, blanchisserie et restauration notamment, il est préconisé de mettre en place un système de reporting et d'analyse de l'activité du service technique, tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

- Il est préconisé de sécuriser ou de signaler les zones et locaux faisant l'objet de travaux afin d'éviter tout risque d'accident.
- **Travaux à réaliser pour sécuriser les locaux de stockage. Il faut rajouter d'urgence un digicode sur la porte de ce local « réserve » car il contient des produits alimentaires mais aussi des produits ménagers à risque telles que de la javel.**
- Dans les services, ne pas stocker de produits alimentaires à proximité des produits d'entretien.
- De plus, il est recommandé d'éviter le stockage et l'utilisation de l'eau de javel.
- Veiller à respecter le positionnement des chariots dans les couloirs.
- Signaler les zones glissantes lors du nettoyage des espaces de circulation.
- Maintenir la pression sur l'office HLM propriétaire du bâtiment des Capucins pour qu'il entretienne au mieux les espaces de vie.
- Réflexion à mener sur le risque de défenestration en fonction du risque à évaluer
- Externalisation du blanchissage prévue début 2015.
- Sous-traitance au CH de Blois pour le linge plat et le linge professionnel et à un autre prestataire pour le linge des résidents.
- Maintien d'une blanchisserie-relais en interne pour les flux de linge et le traitement d'appoint.
- **Créer le carnet sanitaire pour les « Pics Verts » et mettre à jour ceux de la résidence des « Capucins » et de la « Maison Médicale ».**
- S'assurer que l'ensemble des contrôles et relevés réguliers soient effectués.
- Déterminer le service responsable de ces contrôles, de la réception des relevés et rapports d'analyse et de la tenue des carnets sanitaires.
- Réviser et mettre à jour si besoin les 3 procédures concernant la légionelle, qui datent.
- **Des préconisations très fortes ont été formulées concernant la sécurité incendie :**
  - Nécessité d'une présence de personnel formé, notamment la nuit
  - Vérification hebdomadaire du bon fonctionnement du système d'alarme,
  - initiation du personnel, maintenue dans le temps, à la mise en œuvre des appareils et des dispositifs d'extinction et d'alerte.
- Ces préconisations devront être strictement respectées.

- Renseigner les numéros d'urgence et vérifier l'ensemble des plans d'évacuation des 3 sites.
- Mettre à jour la procédure sur la conduite à tenir en cas de déclenchement de l'alarme incendie, qui date de 2008.
- Respecter les règles en vigueur en matière de formation du personnel et former en priorité les personnels de nuit.
- Veiller à inclure les aides-soignantes de nuit pour l'élaboration des projets des résidents.
- Corriger les signalétiques erronées.
- Réfléchir à rajouter le numéro de chambre sur les piliers pour faciliter la reconnaissance des piluliers pour les professionnels nouvellement arrivés.
- Une attention particulière devra être portée au linge des résidents : garantie en termes de délais de traitement, marquage des vêtements, évitement des pertes et des dégradations, mesures proposées en cas de perte ou de dégradation.
- Des améliorations sont à réaliser sur l'aspect et le goût, en particulier pour les repas mixés.
- Dater et mettre à jour régulièrement les fiches relatives aux normes HACCP.
- Poursuivre la vigilance particulière quant au nettoyage des différentes surfaces au regard des résultats régulièrement constatés suite aux analyses.
- **Effectuer sans attendre les réparations sur les appareils (fuite du robinet d'une cuve).**
- **Une réflexion est à mener pour systématiser les relevés de température et corriger les anomalies constatées.**
- Personnaliser la prise de repas, et en particulier dans les objectifs suivants : diminution du nombre de repas pris en chambre, adaptation aux personnes désorientées ou ayant perdu l'appétit.
- L'évaluation interne a préconisé une enquête de satisfaction pour les nouveaux arrivants. Elle est à mettre en place

## 7 Conclusion Générale

Les EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin répondent aux attentes qui leur sont conférées.

Ce sont des établissements qui sont dans une démarche d'amélioration continue effective mais qui demande encore à être formalisée. Un très gros travail de formalisation et de suivi des outils de la Qualité a déjà été mis en place. Il reste à le développer.

La démarche qualité a été perçue pour les soignants dans un premier temps comme une imposition réglementaire pour répondre à une obligation légale. La formalisation des outils de la loi 2002-02 et l'évaluation interne ont permis, à l'usage, que cette démarche apporte du sens au travail de chacun. Cela a mis en place une dynamique pour l'ensemble des équipes et de l'établissement.

L'établissement doit veiller à ce que cette dynamique ne s'épuise pas car il reste encore beaucoup de thématiques à développer.

Les éléments recueillis lors de l'analyse documentaire et des entretiens menés ont été vérifiés et validés par l'équipe pluridisciplinaire au niveau de la pertinence des critères d'appréciation et des résultats obtenus. Ce travail d'évaluation s'est organisé sous la forme d'un diagnostic partagé.

La prise en charge de l'usager est LA priorité de l'établissement. Mais cette prise en charge est encore trop tournée vers le sanitaire et non l'accompagnement social.

Malgré la vétusté de certains bâtiments et le manque de moyens humains dédiés, l'EHPAD dégage une volonté forte d'accompagner le résident tel qu'il est, avec ses fragilités et ses faiblesses mais avant tout avec son histoire et ses capacités.

La disponibilité et l'écoute, que ce soit du personnel envers les usagers ou de l'équipe de direction envers les professionnels et les usagers, est un principe d'action œuvrant à la qualité du service rendu. Ce principe d'action a été énoncé de façon claire lors des entretiens.

La parole de l'usager est prise en compte afin de lui apporter une prestation d'accueil conforme à ce qu'il est en droit d'espérer.

Il y a, au sein de l'établissement, une richesse humaine qui compense la non-conformité de certains locaux. Elle est à mettre en avant, à valoriser et à exploiter.

Les évaluateurs espèrent que le nouveau projet d'établissement aboutira rapidement pour permettre de mettre en valeur la qualité de l'accompagnement des professionnels des EHPAD dans un environnement conforme aux attendus d'un établissement médico-social en 2014.

## 8 Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des professionnels qui ont participé directement et indirectement à cette évaluation externe pour avoir permis un travail constructif.

Les équipes des EHPAD n'ont pas changé leur mode de fonctionnement lors de l'observation et ont montré en toute sincérité leurs pratiques professionnelles. Cette attitude d'ouverture à l'évaluation externe a permis de voir et d'apprécier la qualité de l'équipe, ainsi que sa volonté d'améliorer l'accompagnement proposé aux personnes accueillies. Nous souhaitons que le travail mené permette aux professionnels des EHPAD d'accroître la valeur de leurs prises en charge auprès des usagers.

Les entretiens menés avec les différents professionnels ont été pertinents au regard de la démarche entreprise. Les éléments recueillis ont permis de mesurer la cohérence du travail d'équipe.

La démarche d'évaluation externe sur site a été rendu possible notamment grâce à la disponibilité des professionnels dans l'ensemble, qu'ils en soient sincèrement remerciés. Leur professionnalisme a contribué à porter un regard objectif sur la démarche d'évaluation des EHPAD.

Il est important également de souligner la qualité de l'accueil au sein des résidences, tant par le directeur que les cadres de santé et les professionnels, mais aussi les usagers.

Les rencontres avec ces derniers lors du repas ou avec les représentants du CVS ont permis de mesurer la place accordée aux personnes âgées dépendantes, et la qualité de vie au sein des structures.

L'organisation de l'évaluation, dont les interventions sur sites, a été menée par Mme Emmendoerffer. Cela fut un élément facilitateur pour mener un travail qualitatif. Qu'elle en soit remerciée.

Nous tenons à remercier particulièrement M. Best pour sa disponibilité et sa participation active à la démarche d'évaluation. Avec son équipe, elle nous a démontré que même si Les EHPAD n'ont pas encore formalisé tous ses process, la démarche Qualité y est bien présente et contribue à offrir une prestation de grande qualité aux personnes âgées accueillies.

## 9 Synthèse de l'évaluation externe



Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

# SYNTHESE DE L' EVALUATION EXTERNE

***(3.5 de la section 3 du chapitre V de l'annexe  
3- 10 du code de l'action sociale et des  
familles)***

La synthèse a pour objectif d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de l'établissement ou du service en tenant compte de son environnement.

Cette synthèse reprend les constats opérés par l'évaluateur externe qui permettront de déterminer les tendances (points forts/points faibles).

### Introduction

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

### **Points forts :**

L'Evaluation interne a été réalisée entre décembre 2012 et décembre 2013, à partir du référentiel FHF de l'ARS d'Aquitaine. C'est un référentiel très complexe et difficilement applicable. L'interface BLUEMEDI a ensuite été utilisée. L'évaluation interne s'est déroulée en présence du bureau restreint du comité de pilotage « Qualité et Gestion des risques ». Le Centre hospitalier de Romorantin ayant l'expérience de la démarche de certification des établissements de santé, le comité de pilotage a décidé de procéder à l'évaluation interne des EHPAD selon le même schéma. Le référentiel a été découpé en groupes de questions correspondant à des domaines particuliers. Il a décomposé l'évaluation interne en 400 questions réparties en 7 thèmes. Des groupes de professionnels de différentes catégories intervenant auprès des résidents ont été constitués. Il a été veillé à ce que des personnels de chaque EHPAD soient présents ainsi que le médecin coordinateur. Pour les thèmes spécifiques aux ressources humaines, à la restauration, à la logistique, des groupes dédiés ont été constitués. Dans les groupes constitués, sous la responsabilité d'un cadre de santé, et avec l'appui méthodologique de la Cellule Qualité-Gestion des risques, les grilles ont été complétées et le programme d'actions élaboré. Les cotations étaient remplies de manière collégiale par chaque groupe. Pour les critères connexes mais répartis dans différents thèmes, une harmonisation de leurs cotations a été réalisée a posteriori. L'ensemble des cotations a été revu finalement par un comité de suivi de l'évaluation interne, ainsi que les pondérations de l'importance des critères lors d'une réunion en novembre 2013. L'évaluation interne des EHPAD a été réalisée de manière participative avec la volonté d'associer l'ensemble des professionnels avec un degré d'implication plus ou moins élevé. La démarche d'évaluation a été présentée au Conseil de la Vie Sociale.

L'évaluation interne a fait ressortir des priorités d'actions. Elles ont tenu compte du caractère plus ou moins sensible du critère pour la qualité de prise en charge des résidents ou en termes de risques. Les actions correctives ont été cotées d'un niveau d'importance de niveau 3 pour tout ce qui concernait la prise en charge individuelle de chaque résident à un niveau 1 pour ce qui concernait les aspects plus distants de cette prise en charge. La pondération entre le niveau d'importance et la cotation a permis de définir le degré de priorité des actions à mettre en place. Ces actions alors ont été intégrées dans le Plan d'amélioration Qualité-gestion des risques du Pôle Gériatrie-Hébergement du Centre hospitalier. Au final, il en ressort 7 thématiques avec des axes d'amélioration distincts. Certaines thématiques ne nécessitent pas d'axes d'amélioration mais plutôt une continuité des actions déjà entreprises :

- LA GARANTIE DES DROITS ET LIBERTÉS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS, L'ADMISSION
- LA GARANTIE DES DROITS ET LIBERTÉS INDIVIDUELS : LA BIENTRAITANCE
- LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ, LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT EN MATIÈRE DE SOINS, LA FIN DE VIE
- LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT : L'ANIMATION, LE MAINTIEN DE LA VIE SOCIALE, LA RESTAURATION, L'HÔTELLERIE
- LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET OUVERTURE
- RESSOURCES HUMAINES ET FORMATION
- RÉFLEXION ÉTHIQUE

Le plan d'action des mesures d'amélioration de la qualité-gestion des risques du pôle Gériatrie-hébergement du Centre hospitalier est clairement identifié. Pour chaque action, l'échéance de fin est fixée et un(e) pilote est désigné.

L'évaluation interne s'est déroulée en présence du bureau restreint du comité de pilotage « Qualité et Gestion des risques ». Ce comité de pilotage se réunit une fois par mois le jeudi. Le Suivi du plan d'action et d'amélioration de la Qualité et de Gestion des risques est opérationnel et bien structuré.

**Points à améliorer :** Les usagers n'ont pas été associés à la démarche de cotation de l'évaluation interne.

Les personnels de terrain ne sont pas assez impliqués dans le suivi du plan d'action.

Il y a un léger déficit de communication des actions entreprises ou réalisées

**Préconisations :** Les prochaines évaluations internes devront prévoir un temps de consultations des usagers, de leurs familles ainsi que des partenaires pour avoir un état des lieux prenant en compte toutes les parties prenantes de l'établissement.

L'établissement ne doit pas hésiter à communiquer sur les avancées du plan d'amélioration afin de valoriser ce qui a déjà été réalisé et d'anticiper les actions à venir.

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

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) sont utilisées par les professionnels de manière naturelle. La recommandation sur l'évaluation interne a été exploitée pour la réalisation de l'évaluation interne de l'établissement. Les RBPP spécifiques, notamment les 4 volets sur les EHPAD, sont utilisés dans le cadre de la réécriture du Projet d'Etablissement. Elles sont accessibles à l'ensemble du personnel sur l'intranet. Il y a une gestion documentaire sur chaque unité. Elle est à disposition dans un classeur avec une couleur par thématiques (CLAN, CLIN, CRUQ, etc.). La gestion documentaire par intranet est identique aux classeurs. Le personnel a été formé aux outils intranet et à la diffusion documentaire.

Les outils de la loi 2002-02 du 2 janvier 2002 sont connus dans les EHPAD et sont appliqués ou en passe de l'être. Le Contrat de Séjour a été réactualisé en 2012 avec différents groupes de travail impliquant la plupart des catégories professionnelles. Le règlement de fonctionnement a été revu en 2012. Il sera réactualisé après le déménagement du Gué du Merle.

**Points à améliorer :** Le livret d'accueil doit rajouter une référence au règlement de fonctionnement, qu'elle doit positionner en annexe.

La charte des droits et libertés de personnes âgées accueillies doit figurer dans le livret d'accueil, elle est cependant affichée dans les bâtiments.

La Personne Qualifiée n'est pas encore désignée par le Conseil Général. La référence à la Préfecture doit être signalée dans le livret d'accueil.

**Préconisations :** Les documents décrits par les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles doivent être mis à jour pour se conformer aux attendus règlementaires.

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

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

#### **Points forts :**

Le projet global des EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin- Lanthenay correspond à la mission qui lui est confiée par le Conseil Général de Loir-et-Cher et de Agence Régionale de Santé du Centre. Les objectifs du projet répondent à un besoin sur le territoire. Et l'établissement est en recherche constante d'adaptation pour satisfaire des besoins évolutifs de la population des personnes âgées qu'il accompagne. Le dernier projet institutionnel du Centre Hospitalier a été édité pour la période 2009-2013. Il décrit les modalités de l'accompagnement prévu pour la personne hospitalisée. Il est commun entre tous les établissements et services du Centre Hospitalier.

Élaboré pour l'ensemble du Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay en 2009 pour la période 2009-2013, le Projet d'établissement énonce sous la forme de fiches actions l'ensemble des projets du Centre Hospitalier, dont ceux des EHPAD, pour la période couverte.

Le projet des EHPAD est donc en adéquation avec le projet et les valeurs du Centre Hospitalier.

Le Projet d'établissement des EHPAD est en cours d'actualisation et de rédaction pour se conformer aux attendus règlementaires tel que le recommande l'ANESM dans sa recommandation, *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)*.

Les valeurs de l'hôpital sont des valeurs communes et partagées qui se retrouvent dans le cadre du projet d'établissement mais aussi du projet de soins.

Pour exemple, sur Les Pics Verts, les usagers viennent principalement de la psychiatrie. Il y a une recherche de mixité des populations pour casser l'image négative que pouvait véhiculer l'ancien bâtiment de Saint-Roch.

**Points à améliorer :** Le projet d'établissement des EHPAD de Romorantin n'est pas formalisé tel que préconisé par la Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM, *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)*.

Il fait partie d'un document généraliste du Centre hospitalier.

Ce projet de référence est obsolète puisqu'il était valable pour la période 2009-2013.

Le Projet d'établissement en cours de rédaction ne prend pas encore assez en compte la spécificité de prise en charge en EHPAD. Cependant, un projet de service, spécifique aux EHPAD, est envisagé à la date de l'évaluation externe.

**Préconisations :** Il faut élaborer un projet d'établissement conforme aux exigences du CASF et des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM.

Le Projet d'établissement doit être propre aux services des EHPAD, indépendamment du Centre Hospitalier et du Pôle Gériatrie, reprenant les singularités de chaque structure (Maison Médicale, Pics Verts, Gué-du-Merle, Capucins), en termes de public accueilli et d'organisation.

#### 4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention ;

##### **Points forts :**

Il y a 90,43 équivalents temps plein pour 97 équivalents temps plein réalisés.

En raison d'une population salariale plutôt jeune, il y a beaucoup de congés pour maternité. Cela entraîne des arrêts maladie et des absences mais aussi beaucoup de remplacements pour assurer la continuité des services.

La Convention Tripartite du 26 décembre 2007 arrive à sa fin. L'établissement prépare la Convention Tripartite deuxième version. Il y sera demandé un temps supplémentaire surtout pour favoriser l'animation. Actuellement, il y a 1,5 ETP d'animation financé alors qu'il y a 2,1 ETP au réel.

Les EHPAD du Centre Hospitalier fonctionnent avec une Direction et un service d'Administration commun à l'ensemble de l'hôpital. Une Cadre supérieur de santé et un Chef de Pôle gèrent le Pôle Gériatrie-Hébergement. Des Cadres de santé managent les différents EHPAD. Elles sont accompagnées par un Médecin coordonnateur.

Les prescriptions médicales sont suivies par le service de Pharmacie où exercent des pharmaciens et des préparateurs en Pharmacie. Pour ce qui est des soins, les infirmières sont présentes en continu avec des Aides-Soignantes.

Une Assistante sociale intervient principalement lors de l'admission des résidents.

Une Psychologue propose un suivi auprès des personnes âgées mais aussi un soutien aux équipes.

Un service d'animation s'est également mis en place pour proposer des activités aux usagers.

Enfin, un service de restauration et du personnel d'Entretien complète l'effectif global des EHPAD.

Le financement de l'établissement dépend du prix de journée qui est plutôt bas au regard de la moyenne nationale et notamment vis-à-vis d'un autre établissement de la ville. Le prix de journée est d'environ 52 €. C'est un tarif unique quel que soit le lieu d'accueil.

La gestion financière des EHPAD est saine. Les dépenses se font avec raison sans pour autant que cela soit au détriment des prises en charge des usagers.

**Points à améliorer :** Les moyens humains en termes de soutien psychologique (0,4 ETP pour les 3 EHPAD), d'animation (1,5 ETP au budget) et de médecin coordonnateur (0,5 ETP) sont insuffisants au regard de la capacité totale des 3 sites de 212 lits.

Le transport des usagers peut se faire à l'aide de deux véhicules de 9 places non adaptés.

Il n'y a qu'un seul véhicule adapté pour 3 personnes fauteuils roulants et 2 personnes valides. Ce véhicule est partagé avec la MAS.

Cela pose des soucis d'organisation pour la réservation de ce véhicule entre tous les services ou unités.

L'établissement ne trouve pas de Kinésithérapeute pour intervenir au sein des EHPAD. De même, il n'y a pas de temps d'ergothérapeute de prévu malgré les besoins des usagers.

Il y a un manque de moyens en personnel au niveau de l'animation avec des Aides Médico-Psychologiques et des Educateurs Spécialisés.

Il y a un manque d'une diététicienne qui puisse satisfaire à l'ensemble des besoins et des sollicitations des équipes au regard des 212 résidents accueillis.

Le conseil de la vie sociale demande plus d'animations dont des sorties vers un dancing.

Dans les contrats de séjour, au point 5.2, les établissements demandent une « avance correspondant à un mois de pension ». Cela est en contradiction avec le code de la consommation. Il faut que l'établissement demande simplement une caution.

**Préconisations :** Un cadre administratif pour l'ensemble du Pôle Gériatrie, incluant les EHPAD et la MAS est à réfléchir.

Les différents postes manquants repérés tant par l'évaluation externe que l'évaluation interne et les plans d'actions de l'établissement sont à prendre en compte dans le cadre de la négociation de la future Convention Tripartite renouvelée.

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

**Points forts :**

Le projet RH porte notamment sur la formation et le perfectionnement, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois, des compétences et des qualifications, ainsi que la validation des acquis professionnels.

Il s'inscrit dans une vision prospective des métiers et des compétences.

La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences est un véritable levier d'actions pour faciliter l'adaptation et l'ajustement des ressources au regard des besoins et de la visée stratégique de l'établissement.

La dimension Ressources Humaines s'adapte en continu aux évolutions de la population accueillie, au regard des besoins et des attentes des résidents.

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

**Points forts :**

Le projet social des EHPAD porte notamment sur la formation et le perfectionnement, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des qualifications, ainsi que la validation des acquis professionnels.

Il s'inscrit dans une vision prospective des métiers et des compétences

Le projet social permet à l'établissement de définir sa politique de développement social qui vise à assurer l'adaptation des personnels aux évolutions engagées par les nouveaux projets et bâtiments.

Il y a des rencontres inter-EHPAD professionnelles sur le sud du département. Cela permet une harmonisation des outils. Une journée de formation thématique est proposée chaque année.

**Points à améliorer :** Les soignants participent peu aux animations, alors que des formations « toucher/massages » leur ont été dispensées. Les salariées formées n'ont pas de temps pour mettre en pratique les connaissances acquises.

Les personnels de nuit n'ont pas reçu de formation incendie dernièrement.

**Préconisations :** Respecter les règles en vigueur en matière de formation du personnel et former en priorité les personnels de nuit.

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

**Points forts :**

L'achat de lève-malades, d'un lit-douche et d'un bain-douche dans quasiment chaque service contribue à limiter la fatigue des professionnels.

L'établissement des « Pics Verts » est équipé en lits 'Alzheimer'.

Les Psychologues sont différents pour les résidents et pour les professionnels

Le Document Unique des Risques Professionnels date de 2012. Il est à réactualiser en intégrant les risques psycho-sociaux Il a été travaillé avec le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHS-CT). Une commission de suivi des accidents de travail est à l'œuvre.

Le service de médecine préventive du centre hospitalier gestionnaire assure un suivi des professionnels et participe à la diminution des risques au travail.

Les fiches de postes sont réalisées sauf pour les directions fonctionnelles. Elles seront réactualisées quand le bâtiment du « Gué du Merle » sera déménagé aux « Pics Verts ».

Les entretiens professionnels ont lieu tous les ans par le supérieur hiérarchique.

Une enquête de satisfaction des personnels a été réalisée. Il y a un taux de satisfaction important.

Le Comité Technique d'Entreprise (CTE) est constructif. Il n'y a pas de blocage éthique entre le CTE et la direction.

La plupart des syndicats sont soit issus du secteur de la psychiatrie soit issus des EHPAD.

Il y a une paix sociale du fait du fonctionnement de l'établissement qui se fait en transparence.

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

#### **Points forts :**

L'établissement n'a pas de liste d'attente importante. Il n'y a que quelques personnes qui patientent. L'établissement a d'ailleurs quelques difficultés à remplir certains services. Cela s'explique par le fait que le Conseil Général favorise le maintien à domicile. Pour autant le taux d'occupation est très élevé, de l'ordre de 98 %.

Les prises en charge des usagers sont en cohérence avec les objectifs d'accompagnement des personnes, selon les moyens alloués et les attentes et les besoins de chacun.

**Points à améliorer :** La localisation de l'établissement facilite la participation à des activités culturelles ou sociales (marché, courses, promenades,...). Cependant un véhicule adapté de l'établissement est partagé avec la MAS et il n'est pas assez disponible.

Les Fenêtres des nouveaux bâtiments n'ont pas beaucoup d'ouverture pour une raison de sécurité mais cela peut donner un sentiment d'enfermement exprimé par les usagers. Le rapport bénéfique/risque n'est cependant pas évident à trouver dans ce type de situation, l'exposition médiatique et juridique étant très forte en cas d'accident survenant à un résident. Par ailleurs, sur une autre résidence (Capucins), l'ouverture des fenêtres n'est pas limitée à l'étage.

Avant le repas, il y a un temps d'attente parfois long pour les résidents. Ils se retrouvent en groupe devant la porte de la salle à manger. Cela peut générer des tensions et de l'insatisfaction.

**Préconisations :** Il serait bien d'envisager un nouveau véhicule pour satisfaire aux besoins de sorties des résidents sans devoir attendre que la MAS libère le véhicule adapté existant.

Pour diminuer le sentiment d'enfermement exprimé par les résidents sur le site des « Pics Verts », les espaces de vie peuvent être aménagés et décorés afin de les rendre plus accueillant, plus « ouverts ». Une réflexion est à mener sur la possibilité d'ouverture des fenêtres en fonction du risque à évaluer.

Les établissements doivent sans cesse réfléchir et travailler à l'amélioration des conditions d'accueil des usagers pour leur permettre de vivre en toute sérénité quel que soit le moment de la journée, et plus particulièrement sur des moment-clés tels que les repas.

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

### Points forts :

Le Projet de soin est assuré avec conscience par les équipes médicales et relayé par les agents de terrain (AS, AMP, ASH) selon les besoins identifiés des personnes accueillies. Les usagers sont pris en charge et soignés avec efficacité. Une résidente a pu témoigner qu'elle a été guérie de ses ulcères qu'elle subissait depuis une décennie avant d'intégrer l'EHPAD.

Le projet d'animation a pour objectifs : l'élaboration des projets de vie ; une meilleure mise en œuvre des activités proposées ; un développement des prestations pour offrir un panel plus large d'accompagnement ; une amélioration de la coordination entre le service d'animation et les services de soins ; une montée en charge des coopérations internes et externes pour une meilleure appropriation des projets personnalisés par les équipes mais aussi pour favoriser une ouverture vers l'extérieur. Pour cela, l'équipe d'animation est constituée de 3 animatrices à temps partiel (une à 0,8 ETP, une à 0,7 ETP, une à 0,6 ETP) soit 2,1 ETP. Au budget, il n'y a que 1,5 ETP de financé.

L'équipe accompagne les 60 usagers de l'USLD et les 212 résidents des EHPAD. Elle a pour objectif à moyen terme de proposer 5 ateliers par site et par semaine.

Les 3 animatrices tournent sur tous les sites. Le projet d'animation n'est pas encore formalisé mais le projet énoncé oralement lors de l'évaluation est bon et est déjà mis en place. Une dynamique est créée et apporte beaucoup d'animation et de vie dans les établissements. Une Commission d'animation annuelle, dont on retrouve les conclusions dans le rapport d'activité, valide et pérennise les actions entreprises et les projets à venir.

L'équipe d'animation propose des Activités de cuisine telles que la pâtisserie, l'épluchage de légumes dont des asperges en saison. Pour des raisons de sécurité, l'atelier n'utilise pas de friteuse. De cette activité, un projet de repas thérapeutiques en est cours de réflexion.

Un atelier 'Mosaïque' est également actif. Il réalise une mosaïque pour l'EHPAD des « Pics-Verts ». Il existe des Activités de la vie quotidienne dans le cadre des animations comme la lecture du journal ou de courriers.

Une animatrice Aide-Soignante apporte un regard 'soignant' sur l'accompagnement proposé par l'équipe d'animation. C'est une originalité qui est remarquable.

Afin de stimuler la mémoire, l'équipe utilise le *Pac Eureka* depuis 2013. Un groupe de 10 résidents en a profité. C'est une réussite à valoriser et à encourager.

Un séjour de 5 jours à la mer a été proposé en 2013. Les usagers qui en ont bénéficié ont fortement apprécié cette sortie.

Les activités Intergénérationnelles avec le centre de loisirs de Romorantin sont organisées tous les deux mois. Une chorale « les Myosotis » prépare 3 chansons, et 15 enfants viennent chanter avec les personnes âgées. Cela donne de bonnes participations. Il y a un Projet en commun de rencontre aux « Capucins » avec le Centre de loisirs de la ville. De même, il y a un projet avec l'école de musique dont le but est de faire un concert qui sera présenté aux familles. L'objectif est de rendre les usagers acteurs du projet. Cela contribuera à la valorisation et à la réalisation de soi pour ses participants.

Le PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) est prévue en septembre 2014 avec un éducateur spécialisé de la Maison d'Accueil Spécialisé.

Il y a une salle Snœzelen sur « Les Pics Verts ». Le matériel est satisfaisant. Une formation est en cours pour les professionnels qui utiliseront cette salle. Le concept de Snœzelen a été réfléchi pour être mobile et se déplacer dans les chambres.

**Préconisation :** Au vu de son efficacité sur une dizaine de résidents, l'utilisation du *Pac Eureka* est à encourager pour une diffusion plus large avec le soutien des équipes soignantes en relai.

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

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

Les EHPAD mettent en place différents partenariat pour améliorer les prises en charge des usagers.

### **Points forts :**

L'Aumônerie propose une messe une fois par mois en réponse aux demandes des usagers croyants.

L'intergénérationnel est développé avec un partenariat auprès d'une école.

Il y a des rencontres inter-EHPAD professionnelles sur le sud du département. Cela permet une harmonisation des outils. Une journée de formation thématique est proposée chaque année.

Des rencontres inter-établissements pour les résidents sont également proposées. Elles donnent lieu à un concours de confiture mais aussi et surtout à des échanges dans une dynamique de maintien de la socialisation.

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

### Points forts :

Les partenaires sollicités lors de l'évaluation externe, dans leur ensemble, ont plébiscités leur collaboration avec l'EHPAD.

Les partenariats sont efficaces et efficaces.

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

### Points forts :

Des bénévoles sont intégrés dans les activités, pour faciliter l'accompagnement de résidents.

Les familles sont associées comme partenaires pour des accompagnements 'collectifs' qui ne concernent pas que leur parent.

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

### Points forts :

Il existe dans ce domaine au sein même du Centre Hospitalier une politique d'optimisation des ressources et de Mutualisation des compétences. C'est le cas pour la pharmacienne, ou encore l'assistante sociale.

Des Conventions sont signées avec les EHPAD du territoire. Des rencontres sont organisées avec les EHPAD du Sud du Loir et Cher autour de thématiques particulières. Notamment quand il a fallu mettre en place les outils de la loi 2002-02.

Des propositions de formations communes sur les sujets de la dénutrition, de la manutention, des escarres, des entrées aux urgences, l'urgence de nuit, etc. sont faites par les différents EHPAD.

Mais les partenariats ce sont aussi des moments festifs qui sont organisés et partagés avec les EHPAD partenaires comme « The Voice EHPAD » qui est un échange autour des chansons, ou encore un concours de confiture, un pique-nique collectif une après-midi autour du marché de Noël.

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

14. Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire ;

Il y a un début de mise en place des projets personnalisés au sein des EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin. Les différents EHPAD ne sont pas au même niveau d'avancement.

**Points forts :**

Les projets de vie individuels sont, en tout cas, en cours de réalisation et de mise en place sur tout le dispositif. Pour les professionnels interrogés, cela permet de mieux comprendre le résident et d'adapter la prise en charge.

La mise en place des référents soignants (AS-ASH) des usagers est opérationnelle.

Les projets personnalisés sont élaborés de manière distincte. On y retrouve un projet de soin par les infirmières et le médecin coordonnateur, un projet de vie élaboré pour une partie par les aides-soignantes, et pour une autre par les animatrices (mais cela n'est pas totalement formalisé).

La dynamique est en cours pour élaborer l'ensemble des projets personnalisés. Afin de réaliser les PAP, des réunions pluridisciplinaires sont programmées.

Les objectifs y sont définis avec les actions de soins et d'animations à mettre en place.

Les réunions pluridisciplinaires peuvent se faire avec le résident. Il a le choix.

Une trame d'élaboration du Projet individuel existe. Chaque référent doit la remplir en complétant les items à partir des éléments recueillis auprès du résident et/ou de sa famille.

Les activités proposées dans le cadre de l'animation mais aussi de l'accompagnement de la vie quotidienne sont incluses dans le projet personnalisé de la personne. Elles respectent le choix des usagers. L'équipe d'animation édite un calendrier des ateliers proposés, avec une photo des animateurs et les lieux pour que les résidents puissent se repérer et s'inscrire dans le temps. Les activités favorisent l'ouverture sur l'extérieur

Les familles sont intégrées sur certaines activités. Elles participent aussi au recueil des données nécessaires à l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé.

La démarche des projets personnalisés est démarrée depuis 2013 sur la résidence des « Pics Verts ». 6 résidents sur 69 ont déjà un projet formalisé.

Sur les résidences des « Capucins » et la « Maison médicale », environ 35 % des résidents ont un projet personnalisé.

Les personnels de nuit ont connaissance des Projets Personnalisés.

La démarche de l'équipe va plus loin que l'individualisation et intègre la personnalisation mais cela manque de formalisation.

**Points à améliorer :** Il n'y a pas suffisamment de lien entre l'animation et les projets personnalisés par manque de temps d'animation.

La recommandation de l'ANESM sur le Projet personnel n'est pas diffusée et peu de professionnels en ont connaissance.

Il n'y a pas encore de procédure PAP.

Il manque des documents dans le PVI consultés. Il n'y avait pas les habitudes de vie, les besoins et les attentes alors que cela était déjà existant dans d'autres dossiers.

**Préconisations :**

Un travail d'équipe serait à organiser pour élaborer un projet personnalisé global prenant en compte toutes ces dimensions.

Le recueil de données du service d'animation doit être joint.

Il est recommandé de diffuser largement la synthèse de la recommandation de l'ANESM *Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)*

Attention aux termes qui sont formalisés dans les projets. Certains objectifs dans les projets lus sont contradictoires.

Réfléchir à informatiser les projets personnels pour une diffusion plus large et facilitée.

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

**Points forts :**

Les référents sont désignés et leur rôle est désormais connu des différents professionnels.

Il existe 8 binômes référents, mais selon les EHPAD il n'y a pas forcément de suppléants.

Le référent rencontre avant le résident dans sa chambre pour préparer le projet.

Il existe une liste de référent, les résidents ont leur nom de référent sur la porte d'armoire. Un référent principal et un suppléant,

**Points à améliorer :**

Il y a peu de notion de référents pour les résidents interrogés.

Il n'y a pas de personnel de nuit référent.

Les résidents ne peuvent pas choisir s'ils veulent conserver ou non leur médecin traitant à leur entrée à la résidence des Capucins ou à la Maison Médicale.

**Préconisations :** Il faut clairement définir la mission des référents De même, il faut nommer le référent principal pour clarifier le travail et nommer un suppléant.

Attention à ne pas oublier de faire valider le projet par le résident

16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées ;

**Points forts :**

Le suivi des Projets d'Accompagnement Personnalisé est assuré par les cadres de santé qui sont désignés chef de projet. Leur régularité est inscrite dans un calendrier de date de réunions d'équipe. C'est un document de suivi. Ces infos se retrouvent sur les tableaux des bureaux de soins.

Un suivi et une évaluation des activités sont envisagés. L'intégration des observations faites au cours des activités est prévue au projet.

**Points à améliorer :** Tous les résidents n'ont pas encore de Projet Personnalisé et l'actualisation de ces projets n'est pas assez régulière.

Des actions sont réalisées mais pas tracées, ce qui est dommage car il y a une perte d'information.

**Préconisations :** Il faut mettre en place des indicateurs pour évaluer les effets du projet. Un tableau de suivi est à mettre en place

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

**Points forts :**

Les dossiers sont sécurisés.

Il existe une procédure de gestion du dossier, ainsi qu'une procédure sur le droit à l'accès au dossier tel que le prévoit l'article 39 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée par le décret d'application du 20 octobre 2005.

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

**Points forts :**

Il y a une adaptation aux demandes des résidents.

La plupart des usagers rencontrés ont mis en avant l'accueil qui leur a été réservé. Il a été de qualité et il n'y a pas eu de délai d'attente.

L'aide au montage des dossiers d'aide sociale et d'APA est efficace et très appréciée des familles.

La chorale est très appréciée. Elle correspond à une demande des usagers d'avoir un lieu et un temps dédié à la musique et au chant en groupe.

Une résidente a exprimé : « Les animatrices cherchent à faire plaisir et se donnent du mal pour la satisfaction des résidents. »

## 19. Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement ;

L'article D 311-6 du code de l'action sociale et des familles précise que le conseil de la vie sociale est mis en place lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu... Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation (décret n°2004-287 du 25 mars 2004).

### Points forts :

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) existe. Il est commun pour tous les EHPAD mais il comprend un représentant par structure. Il y a des réunions régulières tous les 3 mois tel que le préconise l'ANESM. Le Médecin Coordonnateur est un membre associé du CVS. Il peut être sollicité et apporter des informations médicales sur le quotidien. C'est l'occasion pour lui de rencontrer des familles qu'il ne voit pas souvent. Les membres salariés du CVS recueillent la parole des usagers pour aider à l'élaboration de l'ordre du jour. Un compte rendu est édité par le directeur. Il est systématiquement affiché dans les différents sites. Les résidents membres peuvent être un relais auprès des autres usagers et diffuser les infos. Pour les usagers interrogés, le CVS est « un lieu où l'on peut échanger pour améliorer l'accueil. Il est jugé « positif et nécessaire ». Pour exemple, le sujet de la perte de linge et de sous-vêtements a été soulevé au Conseil de la Vie Sociale. La mise en place de petits filets individuels en réponse corrective a été bénéfique et a solutionné la problématique.

En revanche, quelques résidents regrettent que « le CVS ne soit pas toujours efficace. ». Pour illustrer, il a été évoqué que l'alimentation sur « les Capucins » était une source d'insatisfaction régulière qui revenait à chaque réunion. Malgré tout, une enquête de satisfaction sur la qualité des repas aux « Capucins » a été diligentée et menée. En cas d'insatisfaction non résolue directement par les soignants ou le cadre, les usagers et leur famille ont la possibilité de solliciter le Médiateur du Centre hospitalier. Les usagers interrogés ont clairement énoncé que la parole était libre et qu'ils pouvaient s'exprimer comme ils le voulaient, même pour se plaindre.

L'établissement a également mis en place des Questionnaires de satisfaction (à cocher) de deux sortes. Un questionnaire est émis pour ceux qui peuvent communiquer facilement, et un second concerne ceux qui ne peuvent plus s'exprimer facilement.

Il existe aussi une Commission menu sur l'hôpital dans laquelle deux résidents sont représentants.

Il y a un Petit journal interne aux « Capucins » réalisé par les résidents qui décrivent leurs activités et donnent leur avis sur différents sujets concernant les EHPAD.

Le « Café presse » toujours aux « Capucins » mais aussi à la « Maison Médicale » est un moment d'échange sur l'actualité où les usagers peuvent s'exprimer et donner leur avis sur le monde qui nous entoure.

Les réclamations et les plaintes sont reprises en Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Lorsqu'un usager ou sa famille a une réclamation à faire, il adresse un courrier à la direction des EHPAD. Une première réponse écrite est systématiquement envoyée le temps de réaliser une enquête interne. Un autre courrier de réponse est envoyé suite à l'enquête et aux résultats obtenus ainsi que l'action corrective qui est ou sera mise en place.

En 2013 le temps de réponse pour une réclamation était de 24 jours. En 2014, il est d'environ 40 jours.

**Points à améliorer :** Les comptes rendus du CVS ne sont pas diffusés aux familles.

Il n'y a pas de cahiers de doléances dans les services. Il y avait une boîte à idées mais elle est restée vide.

Le dernier Questionnaire de satisfaction connu date de 2011.

**Préconisations :** Il faut renouveler régulièrement le questionnaire de satisfaction Une enquête de satisfaction est à refaire en 2014.

Une enquête de satisfaction auprès des familles est à envisager.

## **D/ La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques**

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

L'établissement ne fait aucune discrimination (liée à l'origine, la religion, la classe sociale ...) quant à l'accueil et à la prise en charge d'un usager.

La Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie est affichée dans tous les EHPAD, insérée dans le livret d'accueil et connue. La Charte de la personne âgée dépendante, une charte Qualité et une charte Bienveillance sont affichées

Les coordonnées des personnes qualifiées nommées par le Préfet et le Président du Conseil Général sont en cours de désignation.

Les professionnels ont été informés sur les droits et les obligations en matière d'information des usagers.

Ils mettent en œuvre des bonnes pratiques garantissant au mieux le respect de la vie privée et de l'intimité des résidents.

Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour sont rédigés dans des termes accessibles à la compréhension des résidents et sont remis aux résidents.

Le livret d'accueil est une documentation de présentation de l'établissement qui est remise à l'arrivée et qui précise notamment les différentes prestations offertes par l'établissement, ainsi que les prestations payantes

Le règlement de fonctionnement comporte notamment des dispositions sur les modalités concrètes de l'exercice des droits et des devoirs des résidents.

La personne accueillie est informée sur ses droits fondamentaux, sur les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours mises à sa disposition.

La procédure d'admission prévoit une rencontre avec la personne et sa famille, et une visite de l'établissement par la personne.

Elle prévoit également la recherche du consentement de la personne quant à son entrée dans l'établissement.

Le contrat de séjour est bien transmis au résident à son arrivée avec le livret d'accueil et est signé au cours du 1<sup>er</sup> mois de présence après validation par les parties des dispositions prévues par celui-ci. Il est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal comme le prévoit le CASF. Le contrat de séjour est personnalisé et indique, conjointement avec le résident et sa famille, les premiers objectifs de l'accompagnement au regard du dossier d'admission et du recueil des attentes des parties prenantes.

Chaque personne accueillie dispose d'un espace personnel en chambre individuelle ou double prévue initialement pour des couples.

Chaque personne accueillie peut disposer des clés de sa chambre. Les résidents ont librement accès à tout moment de la journée à leur chambre et aux lieux collectifs. Hors leur chambre, des lieux permettent aux résidents de recevoir leurs familles (salon, lieux de restauration, etc.)

Le résident dispose d'une liberté d'aller et venir dans l'établissement, hors les lieux stipulés dangereux pour sa sécurité, et signalés comme tels. La direction des établissements l'affirme, les usagers rencontrés l'ont confirmé.

L'établissement organise les moyens (internes ou externes) permettant aux résidents de pratiquer le culte de leur choix et d'exercer des droits civiques (accompagnement aux bureaux de vote pour les élections, mise en place des procurations...)

Le personnel est sensé frapper à la porte de la chambre des personnes accueillies et attendre la réponse ou marquer un temps d'attente avant d'entrer.

**Points à améliorer :** Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour sont rédigés dans des termes accessibles à la compréhension des résidents mais certains documents sont écrits en caractères très petits, ce qui peut rendre la lecture difficile, voire impossible.

A la Résidence « Les Capucins », les résidents s'expriment parfois bruyamment depuis leur chambre. Malgré cela, toutes les portes sont ouvertes, par habitude. L'intimité des personnes s'en trouve alors amenuisée.

**Préconisations :** L'adaptation des outils de communication doit être envisagée pour faciliter l'appropriation des documents par les personnes âgées dépendantes.

Le respect de l'intimité des résidents doit être une priorité quel que soit la nature de la pathologie des résidents.

21. 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 ;

**Points forts :**

*Référence HAS : La plainte peut conduire à une action en justice permettant un dédommagement, la réclamation porte sur des revendications écrites au sein de l'établissement relatives au confort, aux prestations ....*

Le dispositif de gestion de crises se fait en direct. Il y a une procédure pour que tout soit traité sur place

Les courriers peuvent être envoyés à la direction. Il y a également des remontées d'information par les cadres par mail.

Le bilan de la CRUQ se fait par service, pour tout le Centre Hospitalier. Les plaintes reçues ont été présentées en CVS. Des réponses y ont été apportées par l'établissement.

Les événements indésirables ont fait l'objet de formations par le service qualité auprès des cadres en 2012. Ces cadres se sont fait les relais des préconisations dans les équipes pour diverses thématiques dont le circuit du médicament, les chutes, la violence.

Les professionnels ont saisi l'intérêt à déclarer les événements précurseurs ou les incidents pour en assurer l'analyse.

Les événements indésirables suivent une procédure formalisée, établie, diffusée, et connue. Cela permet notamment d'analyser le nombre de chutes. Ses observations sont mises en corrélation avec les médicaments, et avec l'architecture des bâtiments pour mesurer le lien qui peut unir la cause avec la conséquence et apporter une action correctrice.

Il y a alors la mise en place d'une **Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)**.

Il y a une fiche d'événement indésirable sur l'intranet avec des garanties de protection du salarié qui révélerait un événement indésirable.

Les contentions sont très réfléchies et en lien avec la démarche de Bientraitance. Une journée dédiée à la contention a été mise en place. L'utilisation de sacs « *Cocoon* » permet à l'utilisateur désorienté de passer des nuits confortables, en toute sécurité. Ce sac de couchage protège le malade et lui rend sa dignité. Cela fait partie des solutions proposées pour éviter les contentions des barres de lit.

Le protocole contention a d'ailleurs été élaboré.

Il y a une information pour les nouveaux arrivants de 2h par le Service Qualité deux fois par an.

Il y a une veille financière des ressources de la personne âgée afin de lui éviter d'être spoliée par des personnes de son entourage.

L'établissement a commencé un travail sur l'interdisciplinarité des équipes.

**Préconisations :** L'évaluation interne a préconisé une enquête de satisfaction pour les nouveaux arrivants. Elle est à mettre en place

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

**Points forts :**

Les temps d'échanges et d'information pluridisciplinaires institutionnalisés permettent un suivi des présences et des absences des usagers ainsi que le calcul des taux de remplissage, un suivi médical, un suivi d'activité, un suivi des projets de vie. Ces réunions assurent la continuité des prises en charge et informent des évolutions en continue de chaque structure.

Il y a une réunion des cadres tous les deux mois. 26 cadres de santé du centre hospitalier y sont réunis.

Il y a une Réunion du Pôle gériatrique avec la cadre de gériatrie, une fois par mois

Il y a une Réunion de service avec les aides-soignantes et la cadre de santé, une fois par trimestre.

Il y a des référents de chaque service et de chaque unité pour toutes les commissions.

Il y a une Réunion d'information spécifique sur des thématiques telles que 'l'éthique', 'la Bienveillance', 'les soins palliatifs', etc., en salle de spectacles. Ces réunions sont ouvertes à tous.

Il y a une Réunion d'ouverture aux nouveaux salariés deux fois par an pour une présentation des cadres hiérarchiques et du fonctionnement du centre hospitalier.

Toutes les informations et les comptes rendus sont accessibles sur intranet.

De nombreuses formations sont proposées pour répondre à des problématiques concrètes comme les 'soins palliatifs', les 'Troubles psychologiques et psychiatriques', le 'Vieillessement'

La traçabilité de soins est formalisée sur papier avec un plan de soins ou sur AXIGATE. Par contre, il y a une perte de temps car le logiciel n'est pas adapté actuellement.

## 10 Abrégé du rapport d'évaluation externe



Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

### ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

***(3.5 de la section 3 du chapitre V de l'annexe  
3-10 du code de l'action sociale et des  
familles)***

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

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

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

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

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

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

## 1. La démarche d'évaluation interne

(Exemples d'items : Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, de participation des usagers, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats ...)

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de Mise en œuvre	<p>L'Évaluation interne a été réalisée entre décembre 2012 et décembre 2013, à partir du référentiel FHF de l'ARS d'Aquitaine. C'est un référentiel très complexe et difficilement applicable. L'interface BLUEMEDI a ensuite été utilisée. L'évaluation interne s'est déroulée en présence du bureau restreint du comité de pilotage « Qualité et Gestion des risques ». Le Centre hospitalier de Romorantin ayant l'expérience de la démarche de certification des établissements de santé, le comité de pilotage a décidé de procéder à l'évaluation interne des EHPAD selon le même schéma. Le référentiel a été découpé en groupes de questions correspondant à des domaines particuliers. Il a décomposé l'évaluation interne en 400 questions réparties en 7 thèmes.</p> <p>Il a été veillé à ce que des personnels de chaque EHPAD soient présents ainsi que le médecin coordinateur. Pour les thèmes spécifiques aux ressources humaines, à la restauration, à la logistique, des groupes dédiés ont été constitués. Dans les groupes constitués, sous la responsabilité d'un cadre de santé, et avec l'appui méthodologique de la Cellule Qualité-Gestion des risques, les grilles ont été complétées et le programme d'actions élaboré. Les cotations étaient remplies de manière collégiale par chaque groupe. Pour les critères connexes mais répartis dans différents thèmes, une harmonisation de leurs cotations a été réalisée a posteriori. L'ensemble des cotations a été revu finalement par un comité de suivi de l'évaluation interne, ainsi que les pondérations de l'importance des critères lors d'une réunion en novembre 2013.</p>		
Participation	Des groupes de professionnels de différentes catégories intervenant auprès des résidents ont été constitués.	Les usagers n'ont pas été associés à la démarche de	Les prochaines évaluations internes devront prévoir un temps de consultations des

	<p>L'évaluation interne des EHPAD a été réalisée de manière participative avec la volonté d'associer l'ensemble des professionnels avec un degré d'implication plus ou moins élevé. La démarche d'évaluation a été présentée au Conseil de la Vie Sociale.</p>	<p>cotation de l'évaluation interne. Les personnels de terrain ne sont pas assez impliqués dans le suivi du plan d'action. Il y a un léger déficit de communication des actions entreprises ou réalisées</p>	<p>usagers, de leurs familles ainsi que des partenaires pour avoir un état des lieux prenant en compte toutes les parties prenantes de l'établissement.</p>
<p>Elaboration du plan d'amélioration de la qualité</p>	<p>L'évaluation interne a fait ressortir des priorités d'actions. Elles ont tenu compte du caractère plus ou moins sensible du critère pour la qualité de prise en charge des résidents ou en termes de risques. Les actions correctives ont été cotées d'un niveau d'importance de niveau 3 pour tout ce qui concernait la prise en charge individuelle de chaque résident à un niveau 1 pour ce qui concernait les aspects plus distants de cette prise en charge. La pondération entre le niveau d'importance et la cotation a permis de définir le degré de priorité des actions à mettre en place. Ces actions alors ont été intégrées dans le Plan d'amélioration Qualité-gestion des risques du Pôle Gériatrie-Hébergement du Centre hospitalier. Au final, il en ressort 7 thématiques avec des axes d'amélioration distincts. Certaines thématiques ne nécessitent pas d'axes d'amélioration mais plutôt une continuité des actions déjà entreprises.</p>		
<p>Mise en œuvre des actions d'amélioration</p>	<p>Le plan d'action des mesures d'amélioration de la qualité-gestion des risques du pôle Gériatrie-hébergement du Centre hospitalier est clairement identifié. Pour chaque action, l'échéance de fin est fixée et un(e) pilote est désigné.</p>		
<p>Suivi des résultats</p>	<p>L'évaluation interne s'est déroulée en présence du bureau restreint du comité de pilotage « Qualité et Gestion des risques ». Ce comité de pilotage se réunit une fois par mois le jeudi. Le Suivi du plan d'action et d'amélioration de la Qualité et de Gestion des risques est opérationnel et bien structuré.</p>		<p>L'établissement ne doit pas hésiter à communiquer sur les avancées du plan d'amélioration afin de valoriser ce qui a déjà été réalisé et d'anticiper les actions à venir.</p>

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

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités d'appropriation des recommandations	Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) sont utilisées par les professionnels de manière naturelle. La recommandation sur l'évaluation interne a été exploitée pour la réalisation de l'évaluation interne de l'établissement. Les RBPP spécifiques, notamment les 4 volets sur les EHPAD, sont utilisés dans le cadre de la réécriture du Projet d'Etablissement. Elles sont accessibles à l'ensemble du personnel sur l'intranet. Il y a une gestion documentaire sur chaque unité. Elle est à disposition dans un classeur avec une couleur par thématiques (CLAN, CLIN, CRUQ, etc.). La gestion documentaire par intranet est identique aux classeurs. Le personnel a été formé aux outils intranet et à la diffusion documentaire.		Les documents décrits par les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles doivent être mis à jour pour se conformer aux attendus réglementaires.

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

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de formalisation et d'actualisation du PE	Le projet global des EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay correspond à la mission qui lui est confiée par le Conseil Général de Loir-et-Cher et de Agence Régionale de Santé du Centre. Les objectifs du projet répondent à un besoin sur le territoire. Et l'établissement est en recherche constante d'adaptation pour satisfaire des besoins évolutifs de la population des personnes âgées qu'il accompagne. Le dernier projet institutionnel du Centre Hospitalier a été édité pour la période 2009-2013. Il décrit les modalités de l'accompagnement prévu pour la personne hospitalisée. Il est commun entre tous les	Le projet d'établissement des EHPAD de Romorantin n'est pas formalisé tel que préconisé par la Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM, Elaboration, rédaction et animation du projet	Il faut élaborer un projet d'établissement conforme aux exigences du CASF et des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM. Le Projet d'établissement doit être propre aux services des EHPAD, indépendamment du Centre Hospitalier et du Pôle Gériatrie, reprenant les singularités de chaque structure (Maison Médicale, Pics Verts, Gué-du-Merle, Capucins), en termes de public

	<p>établissements et services du Centre Hospitalier.</p> <p>Élaboré pour l'ensemble du Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay en 2009 pour la période 2009-2013, le Projet d'établissement énonce sous la forme de fiches actions l'ensemble des projets du Centre Hospitalier, dont ceux des EHPAD, pour la période couverte.</p> <p>Le projet des EHPAD est donc en adéquation avec le projet et les valeurs du Centre Hospitalier.</p> <p>Le Projet d'établissement des EHPAD est en cours d'actualisation et de rédaction pour se conformer aux attendus règlementaires tel que le recommande l'ANESM dans sa recommandation, <i>Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)</i>.</p>	<p>d'établissement ou de service (mai 2010).</p> <p>Il fait partie d'un document généraliste du Centre hospitalier.</p> <p>Ce projet de référence est obsolète puisqu'il était valable pour la période 2009-2013.</p>	accueilli et d'organisation
Missions	<p>Les valeurs de l'hôpital sont des valeurs communes et partagées qui se retrouvent dans le cadre du projet d'établissement mais aussi du projet de soins.</p>	<p>Le Projet d'établissement en cours de rédaction ne prend pas encore assez en compte la spécificité de prise en charge en EHPAD. Cependant, un projet de service, spécifique aux EHPAD, est envisagé à la date de l'évaluation externe.</p>	
Prise en compte des attentes des usagers dans le projet d'établissement et sa mise en œuvre	<p>L'établissement n'a pas de liste d'attente importante. Il n'y a que quelques personnes qui patientent. L'établissement a d'ailleurs quelques difficultés à remplir certains services. Cela s'explique par le fait que le Conseil Général favorise le maintien à domicile. Pour autant le taux d'occupation est très élevé, de l'ordre de 98 %.</p> <p>Les prises en charge des usagers sont en cohérence avec les objectifs d'accompagnement des personnes, selon les moyens alloués et les attentes et les besoins de chacun.</p> <p>Les temps de vie correspondent aux habitudes des personnes accueillies.</p> <p>A titre informatif et de manière générale,</p>	<p>Il y a un souci de cohabitation des publics. Les résidents « psychotiques » peuvent avoir un comportement violent envers les résidents déments déambulants.</p> <p>Il n'y a pas assez de consultation du personnel pour donner l'avis</p>	<p>Mener une réflexion d'équilibrage et de mixité de la population par secteur pour limiter l'effet de masse des résidents issus de la psychiatrie.</p> <p>Favoriser la participation de tous les personnels pour animer les EHPAD.</p> <p>Développer la consultation des professionnels afin de recueillir leurs expériences et connaissances des usagers.</p>

	car chaque EHPAD a des spécificités dans son mode d'organisation de la journée : Il y a une adaptation aux demandes des résidents.	sur les attentes des usagers.	
--	---	-------------------------------	--

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

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Ouverture sur l'extérieur	<p>Les EHPAD mettent en place différents partenariats pour améliorer les prises en charge des usagers.</p> <p>L'intergénérationnel est développé avec un partenariat auprès d'une école.</p> <p>Il y a des rencontres inter-EHPAD professionnelles sur le sud du département. Cela permet une harmonisation des outils. Une journée de formation thématique est proposée chaque année.</p> <p>Des rencontres inter-établissements pour les résidents sont également proposées. Elles donnent lieu à un concours de confiture mais aussi et surtout à des échanges dans une dynamique de maintien de la socialisation.</p> <p>Les partenaires sollicités lors de l'évaluation externe, dans leur ensemble, ont plébiscités leur collaboration avec l'EHPAD.</p> <p>Les partenariats sont efficaces et efficaces.</p>		
Inscription dans le territoire local	<p>Il existe dans ce domaine au sein même du Centre Hospitalier une politique d'optimisation des ressources et de Mutualisation des compétences. C'est le cas pour la pharmacienne, ou encore l'assistante sociale.</p> <p>Des Conventions sont signées avec les EHPAD du territoire. Des rencontres sont organisées avec les EHPAD du Sud du Loir et Cher autour de thématiques particulières. Notamment quand il a fallu mettre en place les outils de la loi 2002-02.</p> <p>Des propositions de formations communes sur les sujets de la dénutrition, de la manutention, des escarres, des entrées aux urgences, l'urgence de nuit, etc. sont faites</p>		

	<p>par les différents EHPAD.</p> <p>Mais les partenariats ce sont aussi des moments festifs qui sont organisés et partagés avec les EHPAD partenaires comme « The Voice EHPAD » qui est un échange autour des chansons, ou encore un concours de confiture, un pique-nique collectif une après-midi autour du marché de Noël.</p>		
Relations aux familles	<p>Les familles sont associées comme partenaires pour des accompagnements 'collectifs' qui ne concernent pas que leur parent.</p>		

## 5. Personnalisation de l'accompagnement

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Elaboration du Projet Personnalisé	<p>Il y a un début de mise en place des projets personnalisés au sein des EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin. Les différents EHPAD ne sont pas au même niveau d'avancement.</p> <p>Les projets de vie individuels sont, en tout cas, en cours de réalisation et de mise en place sur tout le dispositif. Pour les professionnels interrogés, cela permet de mieux comprendre le résident et d'adapter la prise en charge.</p> <p>La mise en place des référents soignants (AS-Ash) des usagers est opérationnelle.</p> <p>Les projets personnalisés sont élaborés de manière distincte. On y retrouve un projet de soin par les infirmières et le médecin coordonnateur, un projet de vie élaboré pour une partie par les aides-soignantes, et pour une autre par les animatrices (mais cela n'est pas totalement formalisé).</p>	<p>Il n'y a pas encore de procédure PAP.</p> <p>La recommandation de l'ANESM sur le Projet personnel n'est pas diffusée et peu de professionnels en ont connaissance.</p>	<p>Il est recommandé de diffuser largement la synthèse de la recommandation de l'ANESM <u><a href="#">Les attentes de la personne et le projet personnalisé</a></u> (décembre 2008)</p> <p>Attention aux termes qui sont formalisés dans les projets. Certains objectifs dans les projets lus sont contradictoires.</p> <p>Réfléchir à informatiser les projets personnels pour une diffusion plus large et facilitée.</p>
Prise en compte des attentes des usagers	<p>Les familles sont intégrées sur certaines activités. Elles participent aussi au recueil des données nécessaires à l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé.</p> <p>La démarche des projets personnalisés est démarrée depuis 2013 sur la résidence des</p>	<p>Il n'y a pas suffisamment de lien entre l'animation et les projets personnalisés par</p>	<p>Un travail d'équipe serait à organiser pour élaborer un projet personnalisé global prenant en compte toutes ces dimensions.</p> <p>Le recueil de données du</p>

<p>dans les projets personnalisés</p>	<p>« Pics Verts ». 6 résidents sur 69 ont déjà un projet formalisé.</p> <p>Sur les résidences des « Capucins » et la « Maison médicale », environ 35 % des résidents ont un projet personnalisé.</p> <p>Les personnels de nuit ont connaissance des Projets Personnalisés.</p> <p>La démarche de l'équipe va plus loin que l'individualisation et intègre la personnalisation mais cela manque de formalisation.</p> <p>La dynamique est en cours pour élaborer l'ensemble des projets personnalisés. Afin de réaliser les PAP, des réunions pluridisciplinaires sont programmées.</p> <p>Les objectifs y sont définis avec les actions de soins et d'animations à mettre en place.</p> <p>Les réunions pluridisciplinaires peuvent se faire avec le résident. Il a le choix.</p> <p>Une trame d'élaboration du Projet individuel existe. Chaque référent doit la remplir en complétant les items à partir des éléments recueillis auprès du résident et/ou de sa famille.</p> <p>Les activités proposées dans le cadre de l'animation mais aussi de l'accompagnement de la vie quotidienne sont incluses dans le projet personnalisé de la personne. Elles respectent le choix des usagers. L'équipe d'animation édite un calendrier des ateliers proposés, avec une photo des animateurs et les lieux pour que les résidents puissent se repérer et s'inscrire dans le temps. Les activités favorisent l'ouverture sur l'extérieur</p>	<p>manque de temps d'animation.</p>	<p>service d'animation doit être joint.</p>
<p>Suivi et révision du projet personnalisé</p>	<p>Le suivi des Projets d'Accompagnement Personnalisé est assuré par les cadres de santé qui sont désignés chef de projet. Leur régularité est inscrite dans un calendrier de date de réunions d'équipe. C'est un document de suivi. Ces infos se retrouvent sur les tableaux des bureaux de soins.</p> <p>Un suivi et une évaluation des activités sont envisagés. L'intégration des observations faites au cours des activités est prévue au projet.</p>	<p>Il manque des documents dans le PVI consultés. Il n'y avait pas les habitudes de vie, les besoins et les attentes alors que cela était déjà existant dans d'autres dossiers.</p> <p>Tous les résidents n'ont pas encore de Projet Personnalisé et l'actualisation de ces projets n'est pas assez régulière.</p>	<p>Il faut mettre en place des indicateurs pour évaluer les effets du projet. Un tableau de suivi est à mettre en place</p>

		Des actions sont réalisées mais pas tracées, ce qui est dommage car il y a une perte d'information.	
Continuité de l'accompagnement et coordination	<p>Un infirmier de nuit est présent sur le bâtiment de la « Maison Médicale ». Il est disponible pour les résidents des « Capucins » également. De plus, les EHPAD bénéficient de l'astreinte médicale du centre hospitalier et de la proximité des urgences.</p> <p>Les transmissions entre les différentes équipes sont organisées et effectives. Elles ont lieu à 6h30-7h45, 13h30-14h (le cas échéant) et 20h45-21h. Les transmissions sont effectuées entre les équipes de jour et de nuit.</p> <p>Un logiciel de transmission facilite la communication entre les infirmières et les Aides-Soignantes. Le premier logiciel va être abandonné car il n'est plus adapté</p> <p>Le suivi des courbes de poids est écrit dans <i>AXIGATE</i>, <i>PHARMA</i> et sur le dossier papier La pharmacie est gérée par le logiciel <i>PHARMA</i> qui est utilisé sur un ordinateur portable sur les chariots de médicaments.</p> <p>Il y a une photo de l'utilisateur sur le pilulier.</p> <p>Tous les matins, les équipes discutent sur la toilette, pour une adaptation journalière.</p> <p>Le Plan de soins est différent d'un EHPAD à l'autre et il s'adapte selon les besoins et les pathologies des usagers.</p> <p>Afin s'assurer la prise en charge « jusqu'au bout », les EHPAD mettent en place des moyens adaptés tel qu'une infirmière la nuit. Cela permet de maintenir le résident dans le service.</p> <p>Une convention avec les soins palliatifs départementaux a été signée.</p> <p>Dans la chambre funéraire, l'équipe met une photo du résident. Il y a la possibilité d'accompagner les résidents qui souhaitent se recueillir devant leur camarade décédé.</p>	<p>Les aides-soignantes de nuit ne sont pas associées aux Projets de Vie Individuels.</p> <p>L'organisation des toilettes est difficile sur la « Maison médicale » à cause des chambres doubles.</p> <p>La signalétique intérieure de la « Maison Médicale » peut être erronée, par exemple il y a un espace de rangement lingerie avec une désignation de salle de soins.</p> <p>Il n'y a pas de nom sur les portes, il y a juste le numéro de la chambre.</p>	<p>Veiller à inclure les aides-soignantes de nuit pour l'élaboration des projets des résidents.</p> <p>Corriger les signalétiques erronées.</p> <p>Réfléchir au besoin d'ajouter le numéro de chambre sur les piliers pour faciliter la reconnaissance des piluliers pour les professionnels nouvellement arrivés.</p>

	<p>Les modalités de transmission sont effectives et efficaces bien qu'il n'y ait pas suffisamment de lien avec les infirmières.</p> <p>Ils peuvent participer aux temps de réunions des équipes de jour bien que cela soit compliqué à organiser avec leur planning.</p> <p>Il y a des réunions organisées sur des thématiques particulières auxquelles sont invitées les aides-soignantes de nuit.</p> <p>Sur « Pics Verts », les aides-soignantes de nuit travaillent de 18h30 à 6h30. Ils accompagnent le service restauration de la salle commune et aident 60 personnes au service.</p> <p>Leurs transmissions ciblées se font par ordinateur, mais aussi à l'oral, et dans un cahier de consignes.</p> <p>Il n'y a pas de passage des cadres de nuit.</p>		
--	---	--	--

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

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
CVS	<p>L'article D 311-6 du code de l'action sociale et des familles précise que le conseil de la vie sociale est mis en place lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu... Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation (décret n°2004-287 du 25 mars 2004).</p> <p>Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) existe. Il est commun pour tous les EHPAD mais il comprend un représentant par structure. Il y a des réunions régulières tous les 3 mois tel que le préconise l'ANESM. Le Médecin Coordonnateur est un membre associé du CVS. Il peut être sollicité et apporter des informations médicales sur le quotidien. C'est l'occasion pour lui de rencontrer des familles qu'il ne voit pas souvent. Les membres</p>	<p>En revanche, quelques résidents regrettent que « le CVS ne soit pas toujours efficace. ». Pour illustrer, il a été évoqué que l'alimentation sur « les Capucins » était une source d'insatisfaction régulière qui revenait à chaque réunion. Malgré tout, une enquête de satisfaction sur la qualité des repas aux « Capucins » a été diligentée et menée. En cas</p>	

	<p>salariés du CVS recueillent la parole des usagers pour aider à l'élaboration de l'ordre du jour. Un compte rendu est édité par le directeur. Il est systématiquement affiché dans les différents sites. Les résidents membres peuvent être un relais auprès des autres usagers et diffuser les infos. Pour les usagers interrogés, le CVS est « un lieu où l'on peut échanger pour améliorer l'accueil. Il est jugé « positif et nécessaire ». Pour exemple, le sujet de la perte de linge et de sous-vêtements a été soulevé au Conseil de la Vie Sociale. La mise en place de petits filets individuels en réponse corrective a été bénéfique et a solutionné la problématique.</p>	<p>d'insatisfaction non résolue directement par les soignants ou le cadre, les usagers et leur famille ont la possibilité de solliciter le Médiateur du Centre hospitalier. Les usagers interrogés ont clairement énoncé que la parole était libre et qu'ils pouvaient s'exprimer comme ils le voulaient, même pour se plaindre. Les comptes rendus du CVS ne sont pas diffusés aux familles</p>	
<p>Participation au fonctionnement</p>	<p>L'établissement a également mis en place des Questionnaires de satisfaction (à cocher) de deux sortes. Un questionnaire est émis pour ceux qui peuvent communiquer facilement, et un second concerne ceux qui ne peuvent plus s'exprimer facilement.</p> <p>Il existe aussi une Commission menu sur l'hôpital dans laquelle deux résidents sont représentants.</p> <p>Il y a un Petit journal interne aux « Capucins » réalisé par les résidents qui décrivent leurs activités et donnent leur avis sur différents sujets concernant les EHPAD.</p> <p>Le « Café presse » toujours aux « Capucins » mais aussi à la « Maison Médicale » est un moment d'échange sur l'actualité où les usagers peuvent s'exprimer et donner leur avis sur le monde qui nous entoure.</p> <p>Les réclamations et les plaintes sont reprises en Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Lorsqu'un usager ou sa famille a une réclamation à faire, il adresse un courrier à la direction des EHPAD. Une première</p>	<p>Il n'y a pas de cahiers de doléances dans les services. Il y avait une boîte à idées mais elle est restée vide.</p> <p>Le dernier Questionnaire de satisfaction connu date de 2011.</p>	<p>Il faut renouveler régulièrement le questionnaire de satisfaction. Une enquête de satisfaction est à refaire en 2014.</p> <p>Une enquête de satisfaction auprès des familles est à envisager.</p>

	<p>réponse écrite est systématiquement envoyée le temps de réaliser une enquête interne. Un autre courrier de réponse est envoyé suite à l'enquête et aux résultats obtenus ainsi que l'action corrective qui est ou sera mise en place.</p> <p>En 2013 le temps de réponse pour une réclamation était de 24 jours. En 2014, il est d'environ 40 jours.</p>		
--	---	--	--

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

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Outils de la loi 2002-2	Les outils de la loi 2002-02 du 2 janvier 2002 sont connus dans les EHPAD et sont appliqués ou en passe de l'être. Le Contrat de Séjour a été réactualisé en 2012 avec différents groupes de travail impliquant la plupart des catégories professionnelles. Le règlement de fonctionnement a été revu en 2012. Il sera réactualisé après le déménagement du Gué du Merle.	<p>Le livret d'accueil doit rajouter une référence au règlement de fonctionnement, qu'elle doit positionner en annexe.</p> <p>La charte des droits et libertés de personnes âgées accueillies doit figurer dans le livret d'accueil, elle est cependant affichée dans les bâtiments.</p> <p>La Personne Qualifiée n'est pas encore désignée par le Conseil Général. La référence à la Préfecture doit être signalée dans le livret d'accueil.</p>	

<p>Respect des droits</p>	<p>L'établissement ne fait aucune discrimination (liée à l'origine, la religion, la classe sociale ...) quant à l'accueil et à la prise en charge d'un usager.</p> <p>La Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie est affichée dans tous les EHPAD, insérée dans le livret d'accueil et connue. La Charte de la personne âgée dépendante, une charte Qualité et une charte Bientraitance sont affichées</p> <p>Les coordonnées des personnes qualifiées nommées par le Préfet et le Président du Conseil Général sont en cours de désignation.</p> <p>Les professionnels ont été informés sur les droits et les obligations en matière d'information des usagers.</p> <p>Ils mettent en œuvre des bonnes pratiques garantissant au mieux le respect de la vie privée et de l'intimité des résidents.</p> <p>Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour sont rédigés dans des termes accessibles à la compréhension des résidents et sont remis aux résidents.</p> <p>Le livret d'accueil est une documentation de présentation de l'établissement qui est remise à l'arrivée et qui précise notamment les différentes prestations offertes par l'établissement, ainsi que les prestations payantes</p> <p>Le règlement de fonctionnement comporte notamment des dispositions sur les modalités concrètes de l'exercice des droits et des devoirs des résidents.</p> <p>La personne accueillie est informée sur ses droits fondamentaux, sur les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours mises à sa disposition.</p> <p>La procédure d'admission prévoit une rencontre avec la personne et sa famille, et une visite de l'établissement par la personne.</p> <p>Elle prévoit également la recherche du consentement de la personne quant à son entrée dans l'établissement.</p>	<p>Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour sont rédigés dans des termes accessibles à la compréhension des résidents mais certains documents sont écrits en caractères très petits, ce qui peut rendre la lecture difficile, voire impossible.</p> <p>A la Résidence « Les Capucins », les résidents s'expriment parfois bruyamment depuis leur chambre. Malgré cela, toutes les portes sont ouvertes, par habitude. L'intimité des personnes s'en trouve alors amenuisée.</p>	<p>L'adaptation des outils de communication doit être envisagée pour faciliter l'appropriation des documents par les personnes âgées dépendantes.</p> <p>Le respect de l'intimité des résidents doit être une priorité quel que soit la nature de la pathologie des résidents.</p>
---------------------------	--	--	--

	<p>Le contrat de séjour est bien transmis au résident à son arrivée avec le livret d'accueil et est signé au cours du 1<sup>er</sup> mois de présence après validation par les parties des dispositions prévues par celui-ci. Il est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal comme le prévoit le CASF. Le contrat de séjour est personnalisé et indique, conjointement avec le résident et sa famille, les premiers objectifs de l'accompagnement au regard du dossier d'admission et du recueil des attentes des parties prenantes.</p> <p>Chaque personne accueillie dispose d'un espace personnel en chambre individuelle ou double prévue initialement pour des couples.</p> <p>Chaque personne accueillie peut disposer des clés de sa chambre. Les résidents ont librement accès à tout moment de la journée à leur chambre et aux lieux collectifs. Hors leur chambre, des lieux permettent aux résidents de recevoir leurs familles (salon, lieux de restauration, etc.)</p> <p>Le résident dispose d'une liberté d'aller et venir dans l'établissement, hors les lieux stipulés dangereux pour sa sécurité, et signalés comme tels. La direction des établissements l'affirme, les usagers rencontrés l'ont confirmé.</p> <p>L'établissement organise les moyens (internes ou externes) permettant aux résidents de pratiquer le culte de leur choix et d'exercer des droits civiques (accompagnement aux bureaux de vote pour les élections, mise en place des procurations...)</p> <p>Le personnel est sensé frapper à la porte de la chambre des personnes accueillies et attendre la réponse ou marquer un temps d'attente avant d'entrer.</p>		
Prévention des risques	<p>L'achat de lève-malades, d'un lit-douche et d'un bain-douche dans quasiment chaque service contribue à limiter la fatigue des professionnels.</p> <p>L'établissement des « Pics Verts » est équipé en lits 'Alzheimer'.</p>		

	<p>Les Psychologues sont différents pour les résidents et pour les professionnels</p> <p>Le Document Unique des Risques Professionnels date de 2012. Il est à réactualiser en intégrant les risques psychosociaux Il a été travaillé avec le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHS-CT). Une commission de suivi des accidents de travail est à l'œuvre.</p> <p>Le service de médecine préventive du centre hospitalier gestionnaire assure un suivi des professionnels et participe à la diminution des risques au travail.</p> <p>Les fiches de postes sont réalisées sauf pour les directions fonctionnelles. Elles seront réactualisées quand le bâtiment du « Gué du Merle » sera déménagé aux « Pics Verts ».</p> <p>Les entretiens professionnels ont lieu tous les ans par le supérieur hiérarchique.</p> <p>Une enquête de satisfaction des personnels a été réalisée. Il y a un taux de satisfaction important.</p> <p>Le Comité Technique d'Entreprise (CTE) est constructif. Il n'y a pas de blocage éthique entre le CTE et la direction.</p> <p>La plupart des syndicats sont soit issus du secteur de la psychiatrie soit issus des EHPAD.</p> <p>Il y a une paix sociale du fait du fonctionnement de l'établissement qui se fait en transparence.</p>		
--	---	--	--

## 8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

Les EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin répondent aux attentes qui leur sont conférées.

Ce sont des établissements qui sont dans une démarche d'amélioration continue effective mais qui demande encore à être formalisée. Un très gros travail de formalisation et de suivi des outils de la Qualité a déjà été mis en place. Il reste à le développer.

La démarche qualité a été perçue pour les soignants dans un premier temps comme une imposition réglementaire pour répondre à une obligation légale. La formalisation des outils de la loi 2002-02 et

l'évaluation interne ont permis, à l'usage, que cette démarche apporte du sens au travail de chacun. Cela a mis en place une dynamique pour l'ensemble des équipes et de l'établissement.

L'établissement doit veiller à ce que cette dynamique ne s'épuise pas car il reste encore beaucoup de thématiques à développer.

Les éléments recueillis lors de l'analyse documentaire et des entretiens menés ont été vérifiés et validés par l'équipe pluridisciplinaire au niveau de la pertinence des critères d'appréciation et des résultats obtenus. Ce travail d'évaluation s'est organisé sous la forme d'un diagnostic partagé.

La prise en charge de l'utilisateur est LA priorité de l'établissement. Mais cette prise en charge est encore trop tournée vers le sanitaire et non l'accompagnement social.

Malgré la vétusté de certains bâtiments et le manque de moyens humains dédiés, l'EHPAD dégage une volonté forte d'accompagner le résident tel qu'il est, avec ses fragilités et ses faiblesses mais avant tout avec son histoire et ses capacités.

La disponibilité et l'écoute, que ce soit du personnel envers les usagers ou de l'équipe de direction envers les professionnels et les usagers, est un principe d'action œuvrant à la qualité du service rendu. Ce principe d'action a été énoncé de façon claire lors des entretiens.

La parole de l'utilisateur est prise en compte afin de lui apporter une prestation d'accueil conforme à ce qu'il est en droit d'espérer.

Il y a, au sein de l'établissement, une richesse humaine qui compense la non-conformité de certains locaux. Elle est à mettre en avant, à valoriser et à exploiter.

Les évaluateurs espèrent que le nouveau projet d'établissement aboutira rapidement pour permettre de mettre en valeur la qualité de l'accompagnement des professionnels des EHPAD dans un environnement conforme aux attendus d'un établissement médico-social en 2014.

## 9. Méthodologie de l'évaluation externe

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

Items (5 maximum)	
Le contexte de la démarche	La démarche s'est effectuée selon une méthodologie déterminée en amont par TEMPO ACTION et les évaluateurs. Un questionnaire évaluatif (sur la base notamment des outils propres à la structure et des recommandations de l'ANESM) a été élaboré.  La méthodologie de travail élaborée par TEMPO ACTION est basée sur l'analyse en termes de cartographie des processus des associations, établissements et services du secteur social et médico-social.
Le calendrier de la démarche	Conformément au décret du 15 mai 2007, le projet évaluatif, construit conjointement avec les EHPAD du Centre Hospitalier de Romorantin et les évaluateurs externes, a été

	<p>validé en juin 2014</p> <p>Une séquence d'évaluation sur les sites du Home avec différents entretiens a été organisée le 26 juin 2014, suivant un plan d'intervention validé en amont:</p>
Implication des acteurs	Tous les professionnels présents ont été sollicités selon leur degré d'implication et leur disponibilité, soit lors d'entretien individuels ou collectifs, soit au détour des visites et des rencontres sur le site.
Diagnostic partagé	Durant chaque entretien, les éléments de synthèse ont été partagés avec les personnes interrogées afin de valider un diagnostic partagé et d'aboutir à des pistes d'amélioration comprises par les personnes concernées. Cette démarche vise à permettre une meilleure appropriation du processus d'évaluation externe et de ses résultats par l'ensemble des participants : professionnels, Direction, usagers, familles, partenaires.

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

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe

## 11 Le contrat d'engagement



# CONTRAT D'ENGAGEMENT POUR LA REALISATION DE L'EVALUATION EXTERNE

EHPAD Romorantin  
7 et 8 Juillet 2014



Le présent contrat porte sur la réalisation de l'évaluation externe, telle que prévue par l'article 22 de la loi du 2 janvier 2002, modifiant l'article L312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles et dont les conditions sont précisées par le décret 2007-975 du 15 mai 2007.

Est conclu un contrat d'engagement pour la réalisation de l'évaluation externe entre :

D'une part l'organisme **Tempo Action**, située au 35 avenue de l'Europe – 78130 Les Mureaux, représenté par M. Lauthier, organisme habilité par l'ANESM, sous le numéro H2010-03-355 et remplissant l'ensemble des conditions de l'annexe 2.

Et d'autre part, l'EHPAD de Romorantin située au 96 rue des Capucins, 41200 Romorantin-Lanthenay, représentée par M. Best, son directeur

### Article 1 – Obligations

La société Tempo Action s'engage à :

- Respecter l'intégralité du cahier des charges.
- Respecter les étapes, les échéances des interventions et de fourniture des rapports et pré-rapport.
- Faire une proposition du cadre évaluatif au moins 15 jours avant la phase d'audit.
- Respecter les exigences du décret 2007-975 du 15 mai 2007, chapitre III, section 2/2-4 quant aux qualifications des évaluateurs.
- Proposer un calendrier pour la réalisation de la phase d'audit sur site, stipulant les personnes que l'auditeur souhaitera rencontrer et les documents qu'il voudra consulter.
- Fournir un pré rapport au plus tard 30 jours après la phase d'audit.
- Fournir le rapport final (conforme aux exigences du décret du 15 mai 2007) au plus tard 15 jours après le retour du pré rapport.
- Respecter la confidentialité.
- Ce que le rapport final remis soit la propriété de l'établissement.
- Restituer à l'établissement tout document en sa possession à l'issue de la mission.

L'EHPAD s'engage à :

- Respecter les délais de fourniture des documents énoncés à la phase 1 de la proposition en amont de l'intervention.
- Négocier puis valider le cadre évaluatif proposé. Cette négociation se fera par les moyens jugés les plus efficaces (rencontre, entretiens téléphoniques, mails) au regard du contexte et des échéances.
- Valider le planning de la phase d'audit.
- Valider ou formuler des remarques sur le pré-rapport.
- Transmettre par la suite lui-même le rapport d'évaluation aux organismes destinataires.



## Article 2 – Démarche

L'évaluation externe est une co-construction.

L'EHPAD s'engage à mettre en place une instance de pilotage, à réunir les documents utiles à l'évaluateur, à informer les professionnels et les usagers, à organiser les conditions matérielles de l'audit sur site (bureau pour les évaluateurs, présence des personnes à rencontrer, accès aux documents ...).

Tempo Action et ses évaluateurs s'engagent à utiliser des modalités de travail qui garantissent un examen contradictoire des points de vue exprimés, à se situer dans une logique d'écoute des professionnels et des usagers pour faire émerger des axes d'amélioration sous forme de préconisations.

## Article 3 - Conditions

L'évaluation externe pour l'EHPAD porte sur une durée totale de 9 jours, dont 2 journées sur site à 3 évaluateurs, pour un total de 6 jours/hommes. Les dates d'intervention comprennent à la fois les journées de présence de(s) l'évaluateur(s) au sein de l'établissement, les journées de préparation en amont de la démarche, la formalisation du pré-rapport d'évaluation externe, ainsi que la rédaction finale du rapport d'évaluation externe. Les dates des jours d'audit sont les suivantes :

- 7 et 8 Juillet 2014

## Article 4 – Frais et règlement

En contrepartie de l'évaluation externe réalisée, l'EHPAD s'engage à verser à l'organisme habilité, Tempo Action, la somme de 10405,20 euros HT, soit 12486,24 euros TTC (TVA à 20%).

Le paiement se fera pour 40% du montant TTC à la fin de la phase d'audit et le règlement du solde à la réception du rapport d'évaluation externe.

## Article 5 – Litige

Si un différent, une contestation ne peuvent être réglés à l'amiable, le tribunal de commerce de Versailles sera le seul compétent pour régler le litige.

Fait en deux exemplaires aux Mureaux, le 23 Juin 2014.

Pour l'EHPAD de Romorantin,

M. Best, Directeur



Pour Tempo Action

TEMPO ACTION  
35 avenue de l'Europe  
78130 LES MUREAUX  
Tél : 01 30 91 48 89

M. Lauthier, Directeur

## 12. Les attestations sur l'honneur

Le 4 Juillet 2014

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné Ludovic LANTRAIN, évaluateur externe, m'engage, sur l'honneur à respecter les termes du décret N°2007-975 du 15 mai 2007 et remplir les conditions telles qu'énoncées dans ce décret ainsi que celles énoncées dans le dossier d'habilitation de l'organisme habilité TEMPO ACTION.

Par ailleurs, je m'engage à me tenir au secret et à une obligation de réserve à l'égard de toutes informations dont j'aurais connaissance dans le cadre de la démarche d'évaluation externe des EHPAD du Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay.

Ludovic LANTRAIN



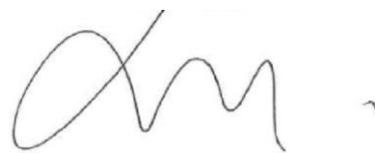
Le 4 Juillet 2014

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné Xavier MAUFRAIS, évaluateur externe, m'engage, sur l'honneur à respecter les termes du décret N°2007-975 du 15 mai 2007 et remplir les conditions telles qu'énoncées dans ce décret ainsi que celles énoncées dans le dossier d'habilitation de l'organisme habilité TEMPO ACTION.

Par ailleurs, je m'engage à me tenir au secret et à une obligation de réserve à l'égard de toutes informations dont j'aurais connaissance dans le cadre de la démarche d'évaluation externe des EHPAD du Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay.

Xavier MAUFRAIS



Le 4 Juillet 2014

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné Arnaud QUENTIN, évaluateur externe, m'engage, sur l'honneur à respecter les termes du décret N°2007-975 du 15 mai 2007 et remplir les conditions telles qu'énoncées dans ce décret ainsi que celles énoncées dans le dossier d'habilitation de l'organisme habilité TEMPO ACTION.

Par ailleurs, je m'engage à me tenir au secret et à une obligation de réserve à l'égard de toutes informations dont j'aurais connaissance dans le cadre de la démarche d'évaluation externe des EHPAD du Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay.

Arnaud QUENTIN

