



*Conseil & Formation*

## **RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**

Etablissement évalué :

**EHPAD VILLAGE DU PORHOËT**

Rue du Porhoët

56660 Saint-Jean-Brévelay



**ADVITAM CONSEIL ET FORMATION**

**Responsable Evaluation : Brigitte CREEL**

**Evaluateurs : Brigitte CREEL – Claudine LABRUNE**

**Date : 19 juin 2014**

## **Partie n°1 : ..... pages 3 à 11**

### **"Eléments de cadrage"**

#### **1.1 Volet relatif à l'établissement**

#### **1.2 Volet relatif au cadre législatif et réglementaire**

## **Partie n°2 : .....pages 12 à 37**

### **"La procédure d'évaluation externe"**

#### **2.1 Elaboration du plan d'évaluation**

#### **2.2 Co-élaboration du questionnaire évaluatif**

#### **2.3 Approche**

## **Partie n°3 : .....pages 38 à 57**

### **"Les développements informatifs"**

#### **3.1 Analyse stratégique à partir du modèle de Marchesnay**

#### **3.2 Appréciation globale en 7 points**

#### **3.3 Cotation de l'appréciation globale en 7 points**

## **Partie n°4 : .....pages 58 à 89**

### **"Les résultats de l'analyse détaillée"**

#### **4.1 Examens des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne**

#### **4.2 Examen thématique et registres spécifiques (décret 2007-975)**

## **Partie n°5 : ..... pages 90 à 112**

### **"Synthèse de l'évaluation"**

#### **A partir du modèle proposé par l'ANESM et selon l'outil d'analyse SWOT**

## **Partie n°6 : .....pages 113 à 126**

### **"Annexes"**

#### **6.1 Glossaire**

#### **6.2 Questionnaire évaluatif**

#### **6.3 Planning du déploiement sur site**

#### **6.4 Contrat de prestations**

#### **6.5 CV des évaluateurs**

# **PARTIE N°1**

## **« ELEMENTS DE CADRAGE »**

- 1.1 Volet relatif à l'établissement**
- 1.2 Volet relatif au cadre législatif et réglementaire**

## **1.1. VOLET RELATIF A L'ETABLISSEMENT**

### **1.1.1. Présentation de l'établissement**

La maison de retraite de Saint-Jean Brévelay dénommée le « Village du Porhoët » a été créée par arrêté du 15 mars 1972. Elle présentait alors une capacité de 65 lits. Progressivement étendue à 105 lits par des travaux réalisés sur plusieurs phases :

- ❖ 1972 : construction de 56 lits, puis 8 lits.
- ❖ 1989 : 12 chambres à 1 lit et un lit d'hébergement temporaire.
- ❖ 1991 : 29 lits d'unité géronto-psychiatrique.

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2003, la maison de retraite a acquis le statut d'EHPAD par la signature de la convention tripartite. Par cette convention conclue entre l'établissement, l'état et le département, elle s'est engagée dans une démarche d'amélioration de la qualité.

Des travaux de rénovation se sont achevés en 2013. Ils portent notamment sur la création d'un PASA, la suppression des chambres à 2 lits, de 2 chambres non accessibles aux personnes à mobilité réduite et de 2 chambres à 1 lit du niveau 3 qui ne respectent pas les normes de grandeur ; la création d'une salle de restauration, la création de douches dans les 15 chambres qui n'en ont pas et l'agrandissement de plusieurs zones.

### **Missions et cadre réglementaire, contenus dans l'autorisation**

L'établissement est un lieu de vie qui s'est donné pour mission d'accompagner des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans et de répondre globalement à leurs besoins. Celui-ci s'emploie par des actes dispensés, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des résidents.

Les établissements médicalisés, autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, quel que soit leur statut juridique actuel ou leur appellation doivent respecter la réforme des EHPAD ainsi que la réglementation applicable aux établissements médico-sociaux (loi de 2002 de rénovation de l'action sociale notamment)

Le cadre réglementaire est principalement contenu dans :

- L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (modification par l'arrêté du 13 août 2004).
- Les lois du 2 janvier 2002 ainsi que dans la loi « hôpital santé territoire).

L'EHPAD fait partie d'un dispositif départemental organisé dans le schéma gérontologique du Morbihan 2010 – 2015.

Contractualisations engagées (CPOM, conventions tripartites ou autres).

La convention tripartite a été signée en 2010 et sera donc renouvelée en 2015. Les principales mesures prises lors de la signature de cette convention pour la période 2010-2015 sont décrites dans la deuxième partie du présent rapport.

### 1.1.2. Date d'autorisation

Arrêté par décret en date du 15 septembre 1972.

Arrêté de l'ARS en date du 22 janvier 2012 portant la capacité à 103 places d'hébergement permanent et 2 places d'hébergement temporaire.

### 1.1.3. Caractérisation de la population accueillie auprès de laquelle l'activité est déployée

**Âges des résidents :** 60 à 64 ans : 2  
65 à 69 ans : 3  
70 à 74 ans : 4  
75 à 79 ans : 15  
80 à 84 ans : 25  
85 à 89 ans : 29  
90 ans et + : 24

Impact sur l'accompagnement : difficultés des personnes jeunes à s'intégrer dans l'établissement et en conséquent réflexion d'équipe et mise en place d'actions pour faciliter l'intégration.

#### **Age moyen des résidents**

<b>Année</b>	<b>Moyenne d'âge</b>	<b>Age moyen à l'entrée</b>
2011	83,92 ans	85,5 ans
2010	84,09 ans	84,5 ans
2009	83,80 ans	83 ans
2008	83,76 ans	82,6 ans
2007	83,76 ans	83,3 ans

Impact sur l'accompagnement : la moyenne d'âge augmente depuis les 5 dernières années et pose des problèmes pour obtenir le consentement éclairé de la personne même s'il est toujours abordé en visite de pré-admission.

## Répartition des résidents par sexe

Année	Hommes %	Femmes %
2011	25,49	74,51
2010	26,21	73,79
2009	30	70
2008	27,62	72,38

## Origine géographique des résidents et catégories socioprofessionnelles

Provenance	2011 (nombre)
Saint-Jean Brévelay	25
Canton hors commune	26
Hors canton département	43
Hors département	7
Zone rurale	92
Zone urbaine	9
CSP	2011 (%)
Salariés exploitants	56%
Non salariés agricoles	6,9%
Régime général	39,3%
SNCF	8%
Marins	1,6%

Impact sur l'accompagnement : les résidents viennent de milieux et communes différents.

L'EHPAD favorise le lien social en tenant compte de leur singularité ; les activités et sorties sont proposées en lien avec les lieux de provenance, la recherche des affinités entre les résidents et le personnel est faite, des échanges en fonctions des métiers antérieurs sont développés...

### Niveau de dépendance des résidents au 31/12/2011

GIR 1 : 14  
GIR 2 : 41  
GIR 3 : 20  
GIR 4 : 17  
GIR 5 : 11  
GIR 6 : 1  
GPM : 689

### Niveau de dépendance des résidents par secteur au 31/12/2011

Secteur	GPM
Secteur 1a	689,25
Secteur 1b	694,38
Secteur 2a	667
Secteur 2b	762,67
Secteur 3a	699,47
Secteur 3b	707,33

### Evolution du GPM validé (GIR moyen pondéré) perte d'autonomie

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
644	644	644	644	689	689	689

PMP (validé le 5 février 2009) : 155

## Types de pathologie au 31/12/2011

Part des patients présentant au moins un état pathologique du domaine chute	Nombre de résidents concernés	Motifs d'entrée (entrées 2011)
Cardiovasculaire	58	Non
Neurologie	21	Non
Psychiatrie	83	oui (6 résidents atteint de la maladie d'Alzheimer, 1 de trouble du comportement, 1 de syndrome démentiel)
Pneumologie	9	Non
Maladies infectieuses	0	Non
Dermatologie	6	non
Rhumatologie	19	non
G.Entérologie	40	non
Endocrinologie	8	non
Uronéphrologie	25	non
Cancérologie	2	non
S. inflammatoires	3	non
Ophthalmologie	5	non
Etat grabataire/perte d'autonomie	10	Oui (2 résidents)
Etat terminal/soins palliatifs	2	Oui (4 résidents)
Autres pathologies	18	Oui (11 résidents atteints de polypathologie + altération état général et chute)

Certaines entrées se font en urgence, en provenance notamment de l'hôpital ; la vision de l'EHPAD est souvent erronée et qualifiée d'hébergement intermédiaire ; cela nécessite souvent une clarification auprès des familles et des résidents.

### **1.1.4 La spécification des objectifs**

La valeur principale à laquelle toute action se rattache est le respect du résident. Chaque résident doit être au centre de l'action de l'EHPAD. Cette exigence conditionne le contenu des projets mis en œuvre dans les domaines multiples et variés : accueil, projet personnalisé, environnement, qualité hôtelière, qualité des soins, accompagnement social...

Le respect du résident renvoie aux notions sous-jacentes de respect de :

- Sa personnalité.
- Son histoire.
- Ses choix.
- Son autonomie.
- Son intimité.
- Sa parole.
- Son entourage.

Il s'agit de considérer le résident comme une personne à part entière ayant a priori la maîtrise de l'ensemble de ses droits ; il convient d'adapter l'accompagnement qui lui est proposé après discussion et évaluation de son autonomie. Cette approche doit permettre de ne pas aller au-delà de ce qui est nécessaire et empêcher de se substituer à la personne dans l'exercice des prérogatives qu'elle peut exercer

Les objectifs d'accompagnement sont classés en 5 grands objectifs « génériques » cités ci-dessous :

1. La garantie des droits et la participation des usagers.
2. La personnalisation de l'accompagnement.
3. Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance.
4. La protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.
5. L'accompagnement de fin de vie.

La déclinaison de ces 5 objectifs va permettre d'explorer les domaines de l'organisation institutionnelle, l'inscription de l'EHPAD dans son environnement et de la mise en œuvre du projet.

### **1.1.5 Evaluation**

Réalisée en 2012 à partir d'une organisation et démarche en quatre phases :

1. Définition du cadre évaluatif.
2. Recueil des informations.
3. Analyse.
4. Plan d'action.

## **1.2. VOLET RELATIF AU CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE**

- La LOLF du 1<sup>er</sup> août 2011, loi organique relative à la loi de finance.
- Loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Le Code d'Action Sociale et des Familles.
- Loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances de participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Décret du 15 mai 2007-975 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe.
- Décret du 3 novembre 2010, relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution.
- Loi Kouchner 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST (Hôpital - Patients - Santé - Territoire).
- Décret 2008-1347 du 17 décembre 2008 relatif à l'information et à la formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité.
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :
  - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre,
  - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement,
  - Les attentes de la personne et le projet personnalisé,
  - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service,
  - Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux,
  - Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles,
  - La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles,
  - Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre de leur protection juridique.
  - Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées.
- Circulaire du 23 juillet 2010 ; relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées.

- Circulaire n° DGCS/SD2A/2011/282 du 12 juillet 2011 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance, au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence des services déconcentrés de la cohésion sociale et à la compétence du représentant de l'Etat dans le département au titre de la protection des personnes.
- Le Guide publié par le comité de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées (décembre 2008).
- Le manuel de certification des établissements de santé V2010 de l'HAS.
- Le dossier de la personne accueillie et accompagnée guide pour les établissements sociaux et médico-sociaux.
- Recommandation ANAES : « Limiter les risques de contention physique de la personne âgée ».
- Recommandation ANAES : « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ».
- Circulaire du 10 avril 1998 relative à la formation continue et l'adaptation à l'emploi.
- Article R.412-1 du Code du Travail sur le document unique des risques professionnels.
- Article L.138-26 du 17 décembre 2008 concernant la pénibilité au travail.

## **PARTIE N°2**

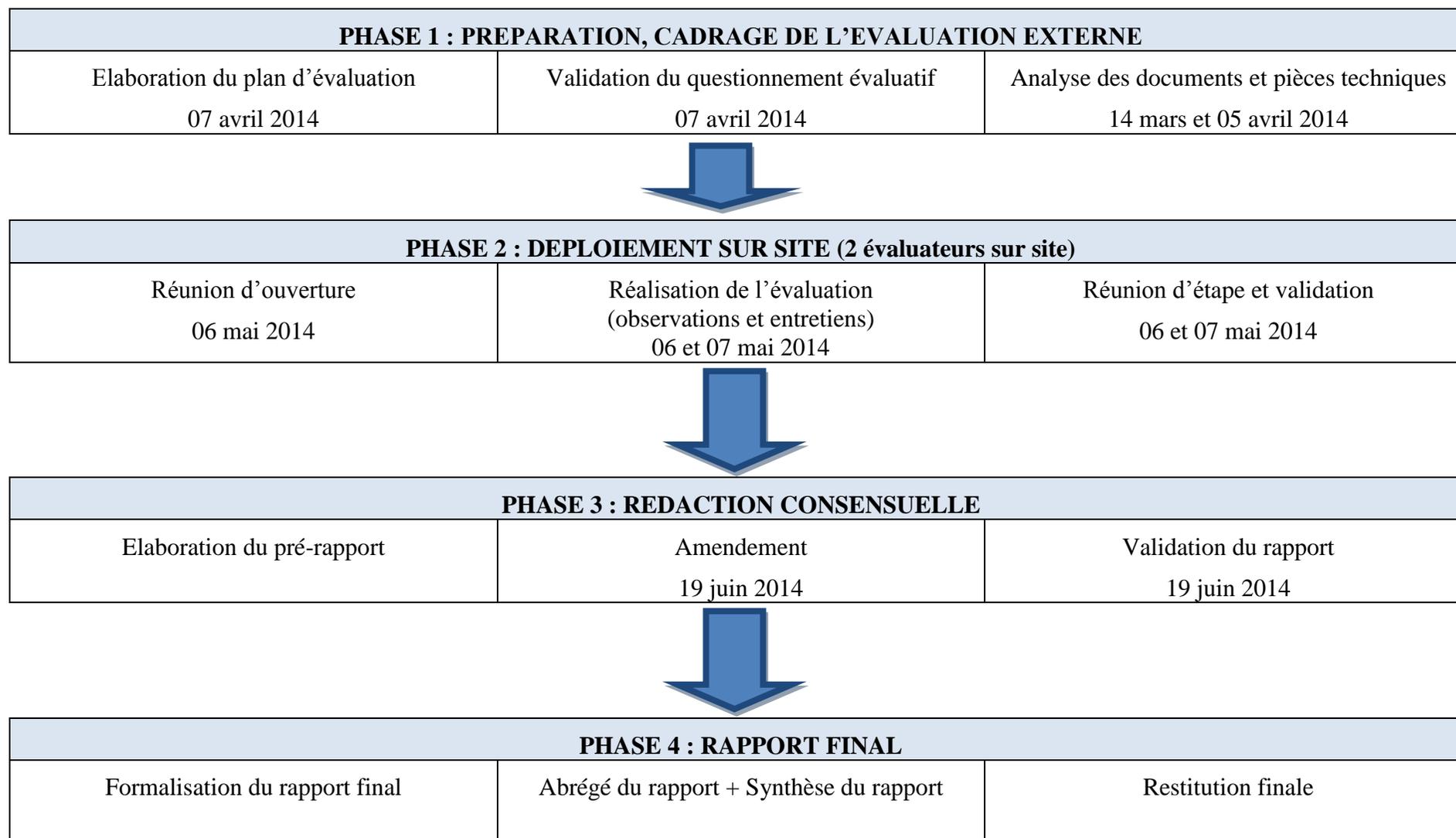
### **« LA PROCEDURE D’EVALUATION EXTERNE »**

**2.1 Elaboration du plan d’évaluation**

**2.2 Co-élaboration du  
questionnement évaluatif**

**2.3. Approche**

## 2.1 ELABORATION DU PLAN D'EVALUATION



## **2.2 CO-ELABORATION ET VALIDATION DU QUESTIONNEMENT EVALUATIF**

Questionnaire évaluatif conféré en annexe.

## **2.3 APPROCHE**

L'analyse des documents permet d'évaluer :

- La conformité des différents documents produits par l'établissement en référence avec les textes législatifs (loi 2002, CASF, réglementation liée à la sécurité et à la sécurité du travail RBPP).
- La qualité des documents et leur modalité de présentation afin d'en faciliter la compréhension et l'appropriation par les usagers.
- L'adéquation de ces différents documents entre eux, les modalités de réalisation, de diffusion et de validation.

### 2.3.1. Réception des documents généraux et des pièces techniques

#### Réception des neuf pièces techniques

N° PIECE	DESIGNATION	FOURNIE	NON FOURNIE	PREUVE
1	Identification de la personne physique ou morale gestionnaire Arrêtés d'autorisation Habilitation à l'aide sociale N° FINESS	X X X		Décret de création. Arrêté de capacité.
2	Autorisation avec descriptif des activités et du public Organigramme Document relatif au personnel (effectif/catégorie) Convention tripartite	X X X		Evaluation interne. Projet d'établissement. Tableau des effectifs.  Convention tripartite de seconde génération.
3	Projet d'établissement et autres documents utilisés Projet de vie Rapport d'activités médicales Rapport d'activités kinésithérapeutes Rapport d'activités psychologues	X X		
4	Livret d'accueil	X		
5	Règlement de fonctionnement	X		
6	DIPC Contrat de séjour	X		
7	Conseil de vie sociale Election et composition Compte rendu Règlement intérieur Questionnaire de satisfaction	X X X X X		
8	Documents relatifs à l'hygiène et la sécurité : DUERP DARI PMS Fiches événements indésirables Affichage des consignes de sécurité Document sur la prévention des risques de maltraitance	X X X X X		
9	Résultats de l'évaluation interne Suite de l'évaluation interne	X		

### 2.3.2. Conformité des documents généraux et des pièces techniques

1. Projet d'établissement	Validé	Remarques
Le projet pose les principes d'action et les orientations pour les 5 ans à venir.	X	2010/2015.
Le projet d'établissement est en adéquation avec la mission autorisée.	X	Cf. Projet d'établissement page 7. Politique gérontologique nationale et départementale.
Le projet d'établissement intègre des valeurs, des références théoriques et méthodologiques.	X	Les valeurs dans l'évaluation interne (page 5). Règlement de fonctionnement.
Le projet d'établissement présente les caractéristiques de la population accompagnée et son évolution.	X	Projet d'établissement page 4 – 5.
Le projet d'établissement indique la progression constante des pratiques pour s'adapter aux besoins de la population accompagnée.	X	Historique page 3 du PE. Convention tripartite 2010, évaluation interne 2012, création PASA.
Les objectifs généraux sont précisés en cohérence avec la mission et les besoins des usagers.	X	Objectifs, projet d'accompagnement, évaluation interne.
Les objectifs opérationnels constituent un référentiel de bonnes pratiques pour les intervenants (professionnels, bénévoles, stagiaires).		Pas d'objectifs opérationnels – axes d'amélioration.
L'organisation interne de l'offre de service est définie.		Pas de documents fournis.
L'ancrage de l'établissement dans le territoire est spécifié ainsi que son ouverture sur son environnement.	X	Pages 4 – 5.
Le projet d'établissement intègre un volet sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance.		
Le projet d'établissement a été élaboré de manière participative.	X	Groupe de travail.
Le projet d'établissement a été présenté et validé par les instances (CA, IRP).	X	
Le projet d'établissement présente une version simplifiée (synthèse essentielle...).		

2. Le livret d'accueil	Validé	Remarques
Contenu obligatoire (circulaire n° 138 DGS du 24 mars 2004). Situation géographique.	X	Remise du livret.
Voies et accès.	X	
Noms et coordonnées des responsables.		
Les formalités administratives d'admission.	X	
Les conditions d'accueil et d'hébergement.	X	
Les prestations fournies.	X	
Les formes de participation des personnes accompagnées.	X	
La sécurisation du dossier (traitement des données médicales et protection).		
Consultation du dossier.		
La possibilité de consulter le projet d'établissement.	X	
Les informations concernant la personne qualifiée.	X	Règlement de fonctionnement.
Les documents annexes (charte des droits et liberté).	X	

3. Règlement de fonctionnement	Validé	Remarques
Contenu obligatoire (article 1.311-7 du CASF).	X	
Arrêté par le CA.	X	
Périodicité maximale de 5 ans.	X	Revu en 2013 1 <sup>ere</sup> version 2005.
Remis à chaque usager.	X	
Modalité de l'exercice des droits.	X	
Confidentialité du dossier.	X	
Mesures à prendre en cas d'urgence.	X	
Comportement civil à l'égard des usagers et des professionnels.	X	
Informations sur les faits de violence sur autrui et les conséquences.	X	
Les assurances souscrites.	X	

4. Le contrat de séjour		Remarques
Contenu conforme au décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004.	X	
Signé dans le mois suivant l'admission par l'utilisateur ou son représentant légal.	X	
Définition avec l'utilisateur de l'objectif de sa prise en charge.	X	
Les prestations fournies.	X	
Les conditions d'expression et de participation.	X	
La mention du projet personnalisé avenant au contrat d'intervention.		
La durée et les conditions de résiliation.	X	
Les conditions financières.	X	
Les litiges et autres clauses.	X	

5. Conseil de vie sociale	Validé	Remarques
<p>Conformité (article L.311-6 du CASF)  Le conseil de vie sociale a été mis en place  Si le conseil de vie sociale n'a pas été mis en place un constat de carence est établi et des groupes d'expression et de participation sont organisés.</p>	<p>X  X  SO</p>	
<p>Le conseil de vie sociale est composé d'au moins  2 représentants des usagers  1 représentant des familles  1 représentant du personnel  1 représentant de l'organisme gestionnaire.</p>	<p>X X X X</p>	
<p>L'équilibre des représentations est respecté (plus de la moitié du conseil dans le collège des usagers).</p>	<p>X</p>	
<p>Le président est élu dans le collège des usagers.</p>	<p>X</p>	
<p>Le directeur a une voix consultative.</p>	<p>X</p>	
<p>Des représentants du CVS siègent au CA  La durée du mandat est conforme (un an au moins 3 ans au plus).</p>	<p>X X</p>	
<p>Le CVS est réuni 3 fois dans l'année.</p>	<p>X</p>	
<p>Les thèmes abordés lors des réunions sont conformes aux exigences du CASF.</p>	<p>X</p>	
<p>Les questions posées par les membres du CVS font systématiquement l'objet d'une réponse.</p>	<p>X</p>	
<p>Il existe des groupes d'expression  Des enquêtes de satisfaction ont été réalisées</p>	<p>X X</p>	

6. Documents et dispositifs sur site concernant la sécurité	Validé	Remarques
Le document unique des risques professionnels est établi, il comporte un plan d'amélioration, de prévention et de suivi.	X	
Les risques DARI et PMS font l'objet des plans et procédures.	X	.....
Les affichages d'urgence sont placés aux endroits stratégiques.	X	
Les produits et médicaments dangereux sont sécurisés.	X	Non sécurisation des produits de ménage
Le personnel bénéficie de formations : <ul style="list-style-type: none"> <li>• A l'hygiène,</li> <li>• A la sécurité,</li> <li>• Aux premiers secours.</li> </ul>	X X X	
Fiche de signalement d'un événement indésirable.	X	

7. Sécurité, lutte contre les risques de maltraitance	Validé	Remarques
<p>Conformité à la circulaire 2010 et aux recommandations de l'ANESM.</p> <p>Un document de référence concernant les risques de maltraitance spécifique à l'établissement a été réalisé.</p>		
<p>Le personnel est informé des obligations qui lui incombent s'il constate des faits de maltraitance.</p>	X	Procédure sur la prévention et le signalement.
<p>Les référents bientraitance ont été identifiés et formés.</p>		
<p>Les contentions sont prescrites, évaluées et renouvelées selon un délai établi.</p>	X	
<p>Le service a mis en place une procédure concernant les événements indésirables :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signalement.</li> <li>• Analyse.</li> <li>• Traitement.</li> <li>• Prévention.</li> </ul>	X	

8. Evaluation interne	Validé	Remarques
L'évaluation interne a été réalisée dans un délai de 2 ans maximum avant l'évaluation externe.	X	
L'évaluation interne a été réalisée de façon participative.	X	
La méthode évaluative est conforme aux exigences de la circulaire 2011 et aux recommandations de l'ANESM.	X	
Les résultats sont présentés avec l'évaluation des écarts et mise en place d'un plan d'amélioration.	X	
Les résultats ont été diffusés auprès des professionnels et des usagers.	X	
Les résultats ont été présentés au CVS et validés par le Conseil d'Administration.	X	

### 2.3.3. Analyse des documents généraux et des pièces techniques – Propositions / préconisations d'amélioration

#### Le Projet d'établissement

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le projet a été réalisé en 2010 – 2015.</li> <li>• Il présente l'établissement et son contexte historique.</li> <li>• La population accueillie est caractérisée.</li> <li>• L'établissement est situé dans son environnement.</li> <li>• Des axes d'amélioration sont présentés en objectifs d'amélioration et orientent le processus d'évaluation.</li> <li>• La politique managériale est également présentée à partir d'orientations stratégiques.</li> <li>• Le projet social est la déclinaison d'orientation en matière de gestion des ressources humaines.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le projet répond aux attentes des textes réglementaires et à la RBPP « élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement » seulement sur le poste prospective du projet – objectifs d'évaluation.</li> <li>• Il manque la partie qui fait de ce document un document de référence sur lequel s'appuient les pratiques professionnelles et qui engage l'établissement vis-à-vis des partenaires et des usagers.</li> <li>• Il manque :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un rappel des missions, des valeurs</li> <li>○ Les objectifs et principes d'intervention</li> <li>○ La nature de l'offre et son organisation</li> <li>○ La personnalisation de l'accompagnement</li> <li>○ La place de l'environnement familial</li> <li>○ L'ancrage de l'établissement dans son environnement, les réseaux, les partenariats, la gestion des paradoxes</li> <li>○ Le projet social présentant l'organisation du travail, les outils professionnels, la sécurité au travail, le dialogue social.</li> </ul> </li> </ul>	

**Préconisation****Degré d'urgence**

Réaliser une réactualisation du Projet d'Etablissement en 2015 conformément aux textes de référence.

Haut.

## Rapports d'activités

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le rapport médical renseigne sur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La qualification du médecin coordonnateur : titulaire de la capacité gérontologique</li> <li>○ L'analyse des entrées par section et par mode</li> <li>○ Le nombre de sorties par section et par mode</li> <li>○ Le nombre d'hospitalisations et leur durée</li> <li>○ La provenance géographique des résidents</li> <li>○ La pyramide des âges</li> <li>○ La dépendance (GIR, GMP)</li> <li>○ L'analyse des chutes et des principales</li> <li>○ Pathologies</li> <li>○ Le pathos</li> <li>○ Les prescriptions par classe.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le nombre d'évaluation des pratiques de soin (EPP) réalisées.</li> <li>• Les actions spécifiques liées à la participation du médecin co (projet de soin, commission gérontologique, circuit du médicament, procédures).</li> <li>• La continuité des soins.</li> <li>• Les actions d'information et de Formation.</li> <li>• La relation avec les réseaux et filières de soin.</li> <li>• Ajouter le rapport d'activité de la psychologue, des kinésithérapeutes.</li> </ul>	

Préconisation	Degré d'urgence
Compléter le rapport pour le mettre en conformité avec le décret du 27 mai 2005.	Haut.

## Le livret d'accueil

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le livret d'accueil est conforme à la circulaire du 24 mars 2004.</li><li>• Il indique :<ul style="list-style-type: none"><li>○ L'implantation et l'accès de l'établissement.</li><li>○ Les coordonnées de l'établissement avec identification des responsables.</li><li>○ Les conditions d'accueil et d'hébergement, les prestations fournies,</li><li>○ Les conditions financières.</li></ul></li><li>• La possibilité de consulter le projet d'établissement.</li><li>• Il mentionne le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour.</li><li>• La charte des droits et liberté est annexée.</li><li>• La mention de la personne qualifiée est dans le règlement de fonctionnement ainsi que les garanties de sécurisation et l'accès au dossier.</li></ul>		

## Le règlement de fonctionnement

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le règlement de fonctionnement a été réactualisé en 2013.</li><li>• Ce document est très bien conçu, il reprend la réglementation mais surtout il est conforme à l'esprit de la loi 2002.2.</li><li>• Dans le sens qu'il indique les droits et les obligations des usagers mais n'est pas alourdi par des informations déjà contenues dans d'autres documents.</li><li>• Il indique les valeurs, les engagements, le respect des droits fondamentaux, les modalités de relation avec les proches, les recours et la personne qualifiée.</li><li>• Il mentionne le contrat de séjour.</li><li>• Il précise les modalités de sécurité des biens et des personnes.</li><li>• Les règles de vie collective.</li><li>• L'organisation des locaux collectifs et privés.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mention de la notion d'espace privatif (cf. cour d'appel de Nantes).</li></ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les principes et modalités de la prise en charge proposés.</li> <li>• Les structures d'urgence et situations exceptionnelles.</li> </ul>		
---	--	--

Proposition	Degré d'urgence
Remplacer « l'espace privé » par « privatif ».	Haut.

## Le contrat de séjour

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"><li>• L'établissement a mis en place un contrat de séjour pour l'hébergement permanent et un contrat de séjour pour hébergement temporaire.</li><li>• Ces deux documents sont totalement conformes au décret 2004.1274 du CASF.</li><li>• Ils sont établis entre le directeur et le résident ou son représentant légal.</li><li>• Ils précisent :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Les conditions d'admission,</li><li>○ Les objectifs généraux de l'accompagnement,</li><li>○ La description des prestations,</li><li>○ Les modalités et conditions financières,</li><li>○ Les conditions de paiement,</li><li>○ Les modalités de résiliation et d'actualisation du contrat.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envisager le document individuel de prise en charge si le résident ne peut ou ne veut pas signer le contrat de séjour.</li></ul>	

## Conseil de vie sociale

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le conseil de vie social a été mis en place en 2006.</li> <li>• Le règlement intérieur du CVS indique qu'il a été installé et fonctionne conformément aux articles D311.3 à D311.32.</li> <li>• Il est composé de :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 représentants des résidents,</li> <li>○ 3 représentants des familles,</li> <li>○ 2 représentants du personnel.</li> </ul> </li> <li>• Et sur les deux comptes-rendus présence de 4 personnels présents à titre consultatif.</li> <li>• Deux enquêtes de satisfaction ont été réalisées :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Une auprès des familles (43,8% de retours),</li> <li>○ Une auprès des résidents.</li> </ul> </li> <li>• Les familles ont été interrogées sur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'accueil,</li> <li>○ Le fonctionnement (information, repas, vie sociale, confort, propreté, linge),</li> <li>○ Les soins,</li> <li>○ Le respect,</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La composition du CVS ne respecte pas totalement l'équilibre recherché par le CASF (majorité de résidents). Des personnes peuvent être convoquées à titre consultatif mais de façon exceptionnelle.</li> <li>• Les documents ne stipulent pas qui est le président du CVS et qui réalise l'ordre du jour.</li> <li>• Compléter l'enquête de satisfaction sur le respect des droits fondamentaux au-delà de l'intimité :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Respect des rythmes,</li> <li>○ Respect des consentements et des options de vie,</li> <li>○ Respect des relations amicales, affectives.</li> </ul> </li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"><li>○ La sécurité,</li><li>○ L'ambiance visuelle, sonore, olfactive, sonore.</li> <li>● Les résidents ont été interrogés :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Sur les renseignements obtenus,</li><li>○ L'accueil,</li><li>○ Le conseil de vie sociale,</li><li>○ La liberté de culte,</li><li>○ Les animations,</li><li>○ Le confort, la propreté, le linge,</li><li>○ Les aides apportées à l'hygiène, aux soins,</li><li>○ Le respect de l'intimité,</li><li>○ L'ambiance sonore, olfactive, thermique.</li></ul></li></ul>		
--	--	--

## Lutte contre les risques de maltraitance

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et la recommandation de l'ANESM « mission du responsable d'établissement dans la prévention de la maltraitance » recommandent aux établissements d'élaborer un document type « carnet de route » pour sensibiliser les professionnels aux risques de maltraitance :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Obligation de dénoncer,</li><li>○ Forme de la dénonciation,</li><li>○ Protection dont ils ont le droit.</li></ul></li><li>• Ces documents engagent également à faire un travail sur les risques de maltraitance spécifiques à l'établissement (modèle DUERP).</li></ul> <p>La circulaire du 23 juillet 2010 complétée et remplacée par la circulaire du 20 février 2014 demande la formation d'au moins deux référents bientraitance par établissement.</p>	

## Evaluation interne

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"><li>• L'évaluation interne a été réalisée en 2012.</li><li>• Le respect du calendrier prévu pour les évaluations (évaluation interne et externe).</li><li>• Elle a été réalisée de façon participative suivant plusieurs phases conformes à la méthodologie préconisée :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Définition du cadre évaluatif,</li><li>○ Recueil des informations à partir de méthodes et d'outils construit par les pilotes de l'évaluation,</li><li>○ Analyse des données et présentation du comité de pilotage et définition d'un plan d'action d'amélioration,</li><li>○ Validation du comité de pilotage,</li><li>○ Communication des résultats auprès des professionnels et des usagers,</li><li>○ Communication aux autorités,</li><li>○ Mise en œuvre du plan d'action par des groupes de travail à l'aide d'un tableau de bord,</li></ul></li></ul>		

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ Les axes évalués sont conformes aux attentes des RBPP et plus particulièrement de l'évaluation interne en EHPAD.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Garantie des droits et participation des usagers,</li><li>▪ La personnalisation de l'accompagnement,</li><li>▪ La promotion de l'autonomie, le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance,</li><li>▪ La protection des risques inhérents à la vulnérabilité,</li><li>▪ L'accompagnement fin de vie.</li></ul></li></ul> |  |  |
|--|--|--|

### 2.3.4. Tableau des affichages obligatoires

	Présence	Absence
<b>Dispositif du code de la fonction publique hospitalière</b> Affichage dans les locaux accessibles aux travailleurs de l'adresse et n° d'appel du : Médecine du travail Services de secours d'urgence	X  X	
<b>Dispositif du code de la fonction publique hospitalière</b> Heures auxquelles commence et termine le travail	X	
<b>Code de la Fonction Publique</b>		X
<b>Articles R.3221-1 à L.3221-7 égalité hommes-femmes</b>		X
<b>Articles 225-1 à 225-4 du Code Pénal</b> qui sanctionnent les actes de discrimination : n° du service d'accueil téléphonique de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité (HALDE).		X
Consigne de sécurité incendie.	X	
<b>Dispositif du code de la fonction publique hospitalière</b> : liste nominative des membres du CTE.		X
<b>Dispositif du code de la fonction publique hospitalière</b> : un avis indiquant les modalités d'accès au document unique, affiché au même endroit que le règlement intérieur.		X
Charte des droits et libertés des personnes accueillies.	X	
Numéro d'appel « maltraitance ».	X	
Liste des personnes qualifiées.	X	
Notes de service numérotées.	X	
Information sur la démarche qualité.	X	
Maltraitance et politique de bientraitance.	X	
Engagements sur une politique de sécurité (médicamenteuse, hygiène, gestion des risques)		X
Dispositifs et engagements (label diversité, alerte discrimination, charte diversité)		X

Observations	Degré d'urgence
Les noms des résidents et numéros de chambres sont affichés avec leur accord.	Haut.
La liste des personnes qualifiées, le document de lutte contre la maltraitance, l'information sur la démarche qualité sont dans un registre présenté à l'accueil. Ces informations sont mises à disposition des agents dans la cafétéria.	Haut.

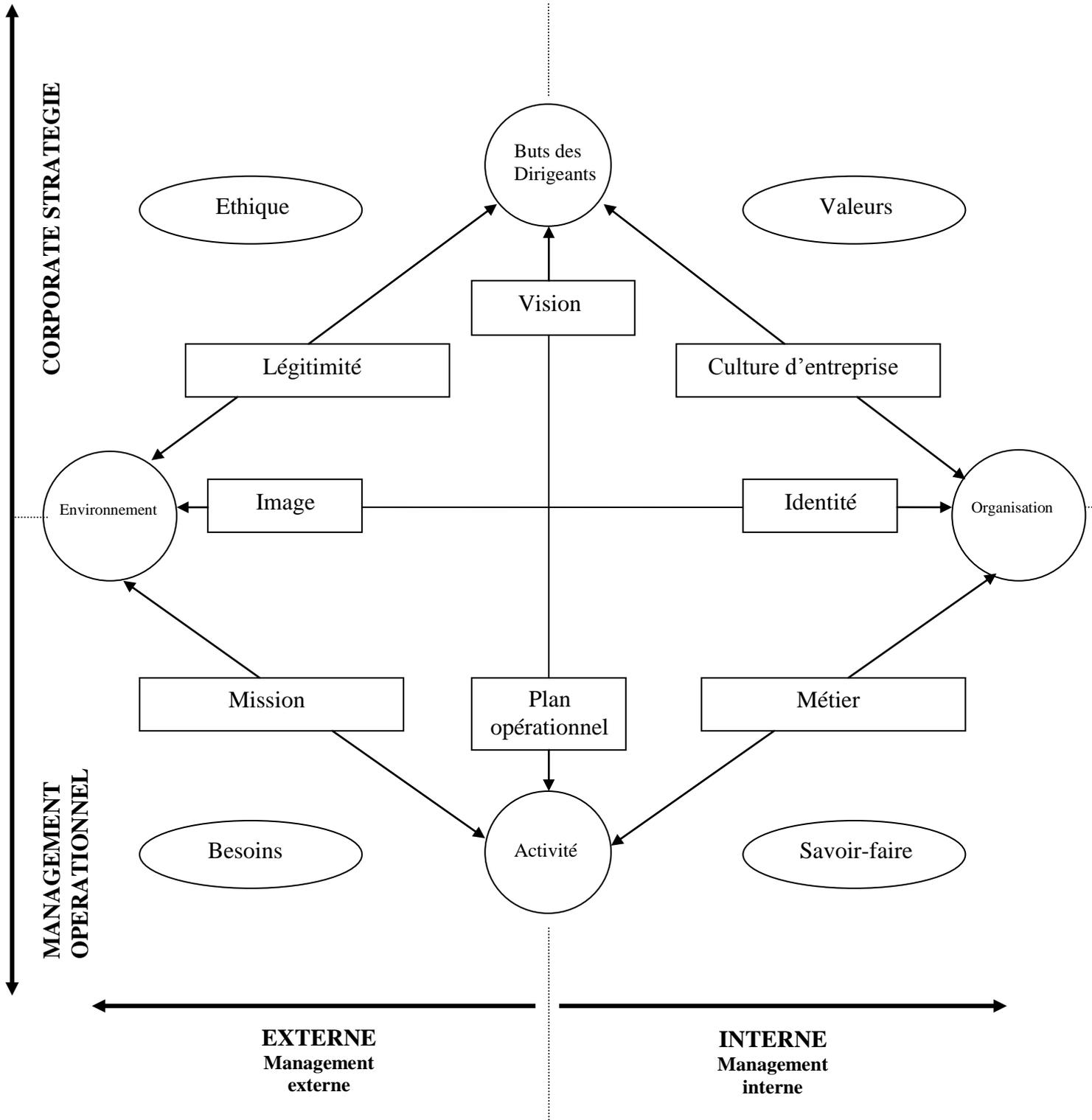
Propositions	Degré d'urgence
Se mettre en conformité avec les affichages obligatoires.	Moyen.
Mettre à disposition dans une panier les comptes-rendus de CVS, pour en améliorer l'accessibilité.	Moyen.
Revoir les notes d'information et les notes de service pour respecter la réglementation.	Haut.

## **PARTIE N°3**

### **« LES DEVELOPPEMENTS INFORMATIFS »**

- 3.1 Analyse stratégique à partir du modèle de Marchesnay
- 3.2 Appréciation globale en 7 points (décret 2007-975)
- 3.3 Cotation de l'appréciation globale en 7 points

### 3.1 ANALYSE STRATEGIQUE A PARTIR DU MODELE DE MARCHESNAY



## But des dirigeants (valeur – vision – culture)

Points forts	Axes d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"><li>• La direction mobilise les équipes autour d'une valeur principale « le respect du résident ». L'objectif est de trouver un équilibre entre cette exigence et le respect du personnel. Le président du CA confirme cette volonté de rechercher une harmonie autour du « vivre ensemble » résident, famille, personnel.</li><li>• La volonté de l'établissement de s'engager dans une démarche de qualité ne fait aucun doute (réfèrent qualité).</li><li>• Le management est participatif et la qualité du dialogue social est reconnue par tous les acteurs</li><li>• Depuis sa création en 1972, le village de Porhoët a constamment évolué. La capacité est passée de 65 lits à 105 lits.</li><li>• Hébergement temporaire, unité de gérontopsychiatrie PASA, réhabilitation/reconstruction de l'établissement.</li><li>• Une formation autour de la philosophie du soin en humanité est engagée.</li><li>• Le médecin coordonnateur a une action d'information et de formation des équipes autour de la prise en soin des résidents.</li></ul>	

## Organisation (métiers – savoir-faire)

Points forts	Axes d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les résidents et les familles sont satisfaits de la façon dont ils sont accompagnés.</li><li>• Le personnel est sensibilisé et évoque cette notion de respect des rythmes de chacun.</li><li>• Les métiers sont totalement en adéquation avec les missions de l'EHPAD et les besoins des usagers.</li><li>• L'intégration de nouveaux métiers donne une plus-value (éducateur sportif, AMP, psychologue, ergothérapeute).</li><li>• Le choix de maintenir une cuisine en place en liaison chaude permet une proximité des personnels de cuisine et hôtelier et une réactivité.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'organisation du travail nécessite d'être questionnée afin de mieux repérer les personnes ressources et d'améliorer la cohérence et la continuité des actions.</li><li>• Les outils professionnels (logiciel, procédures, protocoles, réunions) sont en places mais pourraient être optimisés.</li><li>• Les AS, ASH et AMP font le même travail, une réflexion sur les missions pourrait être engagée.</li></ul>

## Activités / Prestations

Points forts	Axes d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les activités proposées sont totalement conformes aux attentes et besoins des usagers et de leurs familles.</li><li>• Les prestations hôtelières sont d'excellente qualité (restauration, lingerie, entretien des locaux, hygiène des locaux).</li><li>• Les animations et les activités de vie sociale sont remarquables, portées par un animateur et une équipe de bénévoles accompagnée et très engagée.</li><li>• L'établissement dispose d'équipements qui facilitent les compensations des désavantages des personnes (pictogrammes, grand écran....).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Repositionner l'animateur dans son rôle de coordinateur des animations afin de mieux organiser les activités et les prises en charge individuelles effectuées par le personnel soignant.</li><li>• Valoriser le rôle des AMP/AS dans ce dispositif.</li></ul>

## Environnement (image / légitimité)

Points forts	Axes d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"><li>• L'établissement est connu et reconnu par son engagement dans une amélioration constante depuis sa réouverture.</li><li>• Les résidents et familles rencontrés ont choisi cet établissement pour sa réputation.</li><li>• La Direction est investie dans les instances territoriales et départementales. Elle fait partie de réseaux coordonnés.</li><li>• De nombreuses actions ouvrent cet établissement sur l'extérieur (réseaux d'EHPAD, voyages).</li><li>• L'établissement est très ouvert.</li><li>• Des partenariats et conventions avec les établissements et les services sanitaires (HAD, soins palliatifs, hôpitaux) permettent de compléter les accompagnements en soin des usagers.</li></ul>	

## 3.2 APPRECIATION GLOBALE EN 7 POINTS

### 3.2.1 L'adéquation des objectifs du projet par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Le projet est en adéquation avec la mission d'un EHPAD.	A	Projet 2010-2015. Convention tripartite 2008-2012.
Le projet présente les caractéristiques de la population et son évolution.	A	Projet 2010-2015. Convention tripartite 2008-2012.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet d'établissement a été réalisé en 2010.</li> <li>Il répond au cahier des charges des EHPAD et aux missions imparties.</li> <li>Le public et son environnement sont caractérisés.</li> <li>La convention tripartite a évalué la charge en soin via l'outil Pathos.</li> </ul>		

### 3.2.2 Cohérence des différents objectifs entre eux

Eléments recherchés	Ecarts A-B-C-D	Eléments de preuve
Les objectifs des projets (projet de vie, projet de soin, projet d'animation et de vie sociale) sont cohérents et complémentaires.	C	Etude documentaire.
La cohérence de ces objectifs est assurée par des ressources humaines et organisationnelles.	C	Déploiement sur site.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le projet d'établissement présente essentiellement des orientations concernant la politique managériale, la politique d'accompagnement des usagers et la mise en adéquation des moyens.</li> <li>• Notre déploiement sur site nous permet de constater que des objectifs ont été atteints : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diversité de l'offre de soin.</li> <li>○ Ouverture vers l'extérieur.</li> <li>○ Qualité des espaces intérieurs et extérieurs.</li> <li>○ Prise en charge individualisée.</li> <li>○ Ouverture du PASA.</li> <li>○ Politique d'amélioration de la qualité.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les ressources humaines et organisationnelles doivent être repensées afin de les optimiser.</li> <li>• Il est nécessaire d'assurer aux professionnels un cadre auquel ils puissent se référer et améliorer la cohérence et la continuité des prises en charges et des projets personnalisés (travail de jour et de nuit, animations).</li> <li>• Revoir les procédures et les protocoles pour les simplifier et permettre au personnel de se les approprier.</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mise en place du projet personnalisé.</li> <li>○ Amélioration de la restauration.</li> <li>○ Amélioration du circuit du médicament.</li> <li>○ Respect des droits et de la dignité de la personne accueillie.</li> <li>○ Amélioration des prestations hôtelières.</li> </ul>		
---	--	--

<b>Préconisations</b>	<b>Degré d'urgence</b>
Mettre en place des groupes de travail pour repenser l'organisation et envisager de mieux structurer la chaîne des responsabilités (cadre de santé, référents, qualitatif...).	Haut.
Retravailler le manuel de procédures pour les simplifier et faire référence aux RBPP.	Haut.

### 3.2.3 Adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
L'organigramme est connu et diffusé.	A	Projet d'établissement. Affichage.
Des dispositifs de management sont mis en place.	B	Entretien avec l'équipe d'encadrement.
L'équipe d'encadrement a des lieux d'élaboration et de réflexion.	B	Entretien avec l'équipe d'encadrement.
L'équipe d'encadrement est présente sur le terrain pour traiter les divergences et les dysfonctionnements.	B	Entretien avec les agents.
Le personnel bénéficie d'un entretien individuel d'évaluation et de formation.	B	Entretien avec la direction, la RH, le personnel.
La procédure de recrutement permet de prendre en compte toutes les compétences requises.	A	Entretien avec la direction, la RH, l'IDE-CO.
Les moyens humains, financiers et matériels sont adaptés aux objectifs du projet.	A	Déploiement sur site. Entretien avec les agents et les usagers.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'organigramme est connu et diffusé.</li> <li>• Le personnel connaît les personnes ressources auxquelles il peut s'adresser et estime que la direction et le cadre de santé sont disponibles et à leur écoute.</li> <li>• L'organisation en secteur assure une dynamique positive. Le système de rotation engagé depuis peu, va permettre de mieux assurer une lutte contre l'usure et la chronicisation.</li> <li>• Les qualifications sont en adéquation avec les besoins des usagers. De nouveaux métiers (ASG, ergothérapeute, psychologue....) permettent de mieux répondre aux problématiques des résidents.</li> <li>• Les moyens matériels déployés lors de la restructuration sont de très haute qualité (confort, esthétique ....).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est indispensable de retravailler la fiche de poste de la cadre de santé afin qu'elle soit clairement positionnée et identifiée dans son rôle.</li> <li>• Le style de management participatif ne doit pas être remis en question car il est efficace et apprécié. Mais le cadre doit en assurer l'équilibre afin que chacun se sente soutenu.....</li> <li>• L'équipe de direction gagnerait à envisager des passerelles entre leur mission (direction, cadre de santé, médecin co, qualitatif, psychologue) afin de construire des outils (procédures, protocoles, tableau de bord) et envisager de mettre en place des relais sur le terrain.</li> </ul>	

Préconisations	Degré d'urgence
Revoir les missions du cadre de santé et la répartition des tâches entre elle et la direction.	Haut
Travailler des outils en commun : qualitatif, médecin co, cadre de santé, afin d'améliorer la traçabilité et valoriser les actions engagées.	Haut

### 3.2.4 L'existence et la pertinence de dispositifs de gestion et de suivi

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
L'établissement dispose d'outil permettant la conduite et l'évaluation des pratiques.	B	Etude documentaire.
L'établissement a mis en place des carnets de bord.	C	Etude documentaire.
Les documents de référence de l'établissement (projet, évaluation interne font l'objet de dispositif de suivi.	B	Etude documentaire.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'évaluation interne comporte un plan d'action avec des fiches actions, un échéancier, l'état d'avancement, le bilan et les indicateurs.</li> <li>La gestion financière est réalisée conformément aux règles de la fonction publique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lors de la réactualisation du projet d'établissement, envisager des indicateurs de réalisation.</li> <li>Compléter le rapport d'activité médicale par des indicateurs et des tableaux de bord permettant d'évaluer le suivi de l'état de santé et des actions de formation (EPP).</li> </ul>	

Préconisations	Degré d'urgence
Compléter les documents projet d'établissement et rapport d'activité médicale par un tableau identique à celui de l'évaluation interne.	Moyen

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

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Des dispositifs permettent de mesurer les effets des pratiques professionnelles.	B	Déploiement. Entretien avec les agents.
Des évaluations régulières permettent d'identifier les dysfonctionnements et d'engager des améliorations.	B	Déploiement. Entretien avec les agents.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation externe a permis de constater que les pratiques professionnelles sont conformes aux recommandations de bonnes pratiques.</li> <li>• Elles sont adaptées et bienveillantes et reposent sur une autorégulation et des valeurs très clairement incarnées.</li> <li>• Des formations entretiennent ces bonnes pratiques auprès des professionnels.</li> <li>• Des outils permettent une traçabilité de l'information et de la communication.</li> <li>• Les projets personnalisés sont mis en place.</li> <li>• Les fiches d'événements indésirables sont mises en place et fonctionnent comme des outils d'amélioration de la qualité.</li> <li>• Des réunions structurées (réunion d'organisation, réunion interdisciplinaire, groupe « thème », actualisation des connaissances) sont mises en place.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire évoluer ces réunions vers des EPP.</li> </ul>	

Préconisations	Degré d'urgence
Envisager régulièrement des évaluations de pratique professionnelle et d'analyse de la pratique.	Moyen.

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

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Les usagers expriment une satisfaction concernant les accompagnements et les prestations proposées.	A	Entretien avec les usagers.
Des documents permettent d'assurer la traçabilité, la communication et la cohérence et la continuité des accompagnements	B	Etude documentaire. Participation aux transmissions.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les usagers sont très satisfaits des prestations proposées (accueil, restauration, sentiment de sécurité, activités, animations, soins).</li> <li>• Ils apprécient le respect de leur rythme, le sentiment de liberté et d'un lieu à vivre ensemble.</li> <li>• Ils qualifient de manière élogieuse le personnel respectueux, aimable.</li> <li>• Les familles confirment ces appréciations, elles se sentent entendues et soutenues et apprécient particulièrement la disponibilité et le fait que l'établissement soit totalement ouvert.</li> <li>• Les travaux de restructuration ont permis une réalisation tout à fait remarquable et adaptée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les documents qui permettent d'assurer la traçabilité, la communication et la continuité de l'accompagnement doivent être revus dans une vue d'ensemble afin de mieux les structurer et d'optimiser leur efficacité :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ P S I.</li> <li>○ Traçabilité des actions.</li> <li>○ Carnet d'entretien de la maintenance.</li> <li>○ Disposition en salle à manger pour bien repérer les régimes, les risques de fausse route.</li> </ul> </li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bien-être, esthétique, confort, qualité du mobilier, de la décoration.</li> <li>• Les espaces extérieurs sont également de très grandes qualités, accessibles et entretenus.</li> <li>• La restauration est appréciée, elle est soignée et adaptée aux besoins et aux goûts.</li> <li>• La lingerie sur place entretient le linge des résidents, il est trié, lavé, séché, repassé, si besoin réparé, et livré 2 fois par semaine par le personnel qui a ainsi un contact direct avec les résidents.</li> <li>• L'animation est très appréciée et de grande qualité, complétée par l'action des soignants, des bénévoles et une prestation d'activité physique adaptée.</li> <li>• Des outils PSI, manuel qualité, projet personnalisé sont mis en place.</li> <li>• Une toilette évaluative est réalisée à l'entrée du résident.</li> </ul>		
---	--	--

Propositions	Degré d'urgence
Etudier, lors de la mise en place des tablettes, les traçabilités.	Moyen.
Revoir et simplifier les procédures.	Moyen.
Mettre en place un dispositif pour tracer les travaux d'entretien.	Moyen.

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

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
L'établissement questionne régulièrement son organisation pour l'adapter à l'évolution des besoins des usagers et à la réglementation.	A	Etude documentaire. Déploiement sur site.
Le déploiement sur site permet d'évaluer les effets attendus et non attendus de cette réorganisation.	A	Déploiement sur site.
Les dispositifs mis en place permettent aux professionnels de comprendre et d'adhérer à la réorganisation (réunions, documents de référence, travail participatif).	A	Déploiement sur site. Etude documentaire.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'établissement depuis son origine questionne son organisation pour l'adapter aux besoins des usagers et à la réglementation.</li> <li>• Cette volonté mérite d'être soulignée car elle a permis des projets ambitieux et innovants.</li> <li>• Toutes les personnes rencontrées (personnels, usagers, familles, conseil d'administration), nous ont indiqué les constatations faites autour du changement et à l'adaptation de cet établissement.</li> <li>• Les événements indésirables sont tracés et ce dispositif est investi par les agents.</li> </ul>		

### 3.3 COTATION DE L'APPRECIATION GLOBALE EN 7 POINTS

La méthode ABCD permet de coter les pratiques, process, procédures et protocoles.

Les niveaux de cotation sont les suivants :

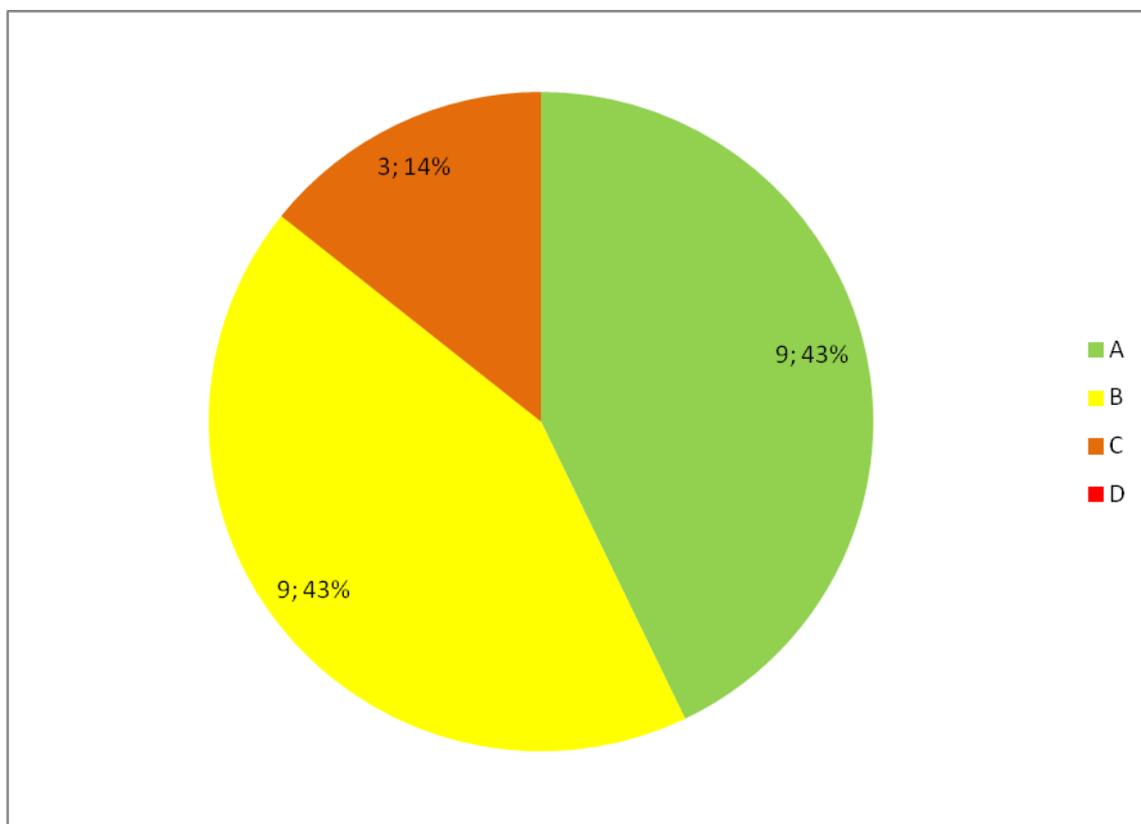
**Niveau A** : l'établissement ou le service délivre des prestations à un niveau suggérant qu'il satisfait parfaitement aux exigences qui découlent des exigences réglementaires et législatives et des références de bonnes pratiques professionnelles au regard des indicateurs retenus.

**Niveau B** : l'établissement ou le service délivre des prestations à un niveau suggérant qu'il satisfait globalement aux exigences qui découlent des exigences réglementaires et législatives.  
Le niveau d'intégration des recommandations de bonnes pratiques est satisfaisant.

**Niveau C** : l'établissement ou le service délivre des prestations à un niveau suggérant qu'il ne satisfait que partiellement aux exigences qui découlent des exigences réglementaires et législatives et des références de bonnes pratiques professionnelles au regard des indicateurs retenus.

**Niveau D** : l'établissement ou le service délivre des prestations à un niveau suggérant qu'il est loin d'avoir pris en compte les exigences réglementaires et législatives et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles au regard des indicateurs retenus.

## Cotation de l'appréciation globale en 7 points



**A : 9 soit 43 %**

**B : 9 soit 43 %**

**C : 3 soit 14 %**

**D : 0**

## **PARTIE N°4**

### **« LES RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE »**

- 4.1 Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne
  
- 4.2 Examen thématique et registres spécifiques (décret 2007-975)

## 4.1 EXAMEN DES SUITES RESERVEES AUX RESULTATS DE L'EVALUATION INTERNE

### 4.1.1 Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
L'évaluation interne a été réalisée conformément aux recommandations de l'ANESM et au cahier des charges de la circulaire 2011.	A	Etude documentaire.
L'évaluation a été réalisée de façon participative.	A	Etude documentaire. Entretien avec les usagers et les agents.

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

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
La méthode d'évaluation a permis d'établir un diagnostic.	A	Déploiement sur site. Entretien avec le référent qualité.
Les résultats de l'évaluation interne et le plan d'amélioration ont été communiqués au personnel et aux usagers.	A	Déploiement sur site. Entretien avec le référent qualité.

### **4.1.3 Analyser la mise en œuvre, des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu**

<b>Eléments recherchés</b>	<b>Ecart A-B-C-D</b>	<b>Eléments de preuve</b>
Le plan d'amélioration est réalisé.	A	Etude documentaire.
Les actions d'amélioration sont priorisées.	A	Etude documentaire.
Durant l'évaluation externe des améliorations ont été constatées.	A	Déploiement sur site.

### **4.1.4 Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique**

<b>Eléments recherchés</b>	<b>Ecart A-B-C-D</b>	<b>Eléments de preuve</b>
Le plan d'amélioration continu de la qualité indique une effectivité de la démarche.	A	Etude documentaire.

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

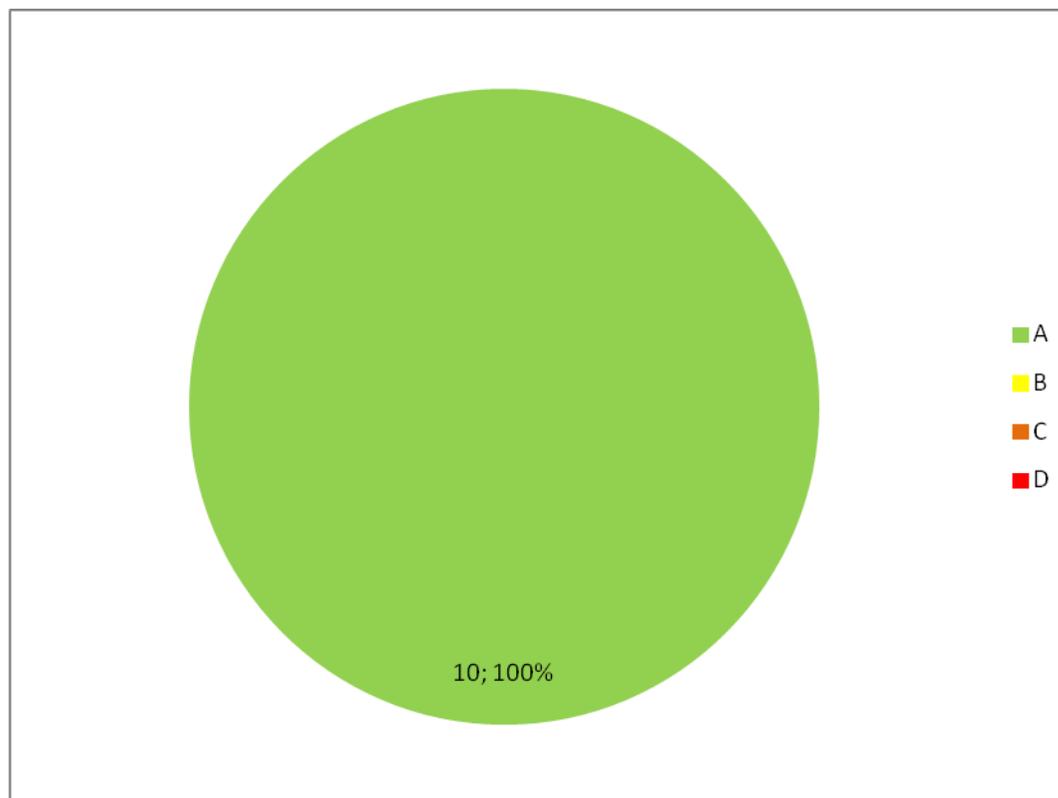
<b>Eléments recherchés</b>	<b>Ecart A-B-C-D</b>	<b>Eléments de preuve</b>
L'établissement a nommé des référents qualité.	A	Entretien avec la direction.
Une veille réglementaire et législative, l'étude des recommandations permettent de faire évoluer le plan d'amélioration en impulsant une démarche continue d'amélioration de la qualité.	A	Entretien avec la qualitiennne. Etude des documents qualité.

#### 4.1.6 Examen des suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne (4.1.1 à 4.1.5)

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"><li>• L'évaluation a été réalisée dans les délais et en conformité avec le calendrier et les axes de la RBPP, évaluation interne en EHPAD :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Garantie des droits et participation des usagers.</li><li>○ Personnalisation de l'accompagnement.</li><li>○ La promotion de l'autonomie et le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance.</li><li>○ La prévention des risques inhérents à la vulnérabilité.</li><li>○ L'accompagnement de fin de vie.</li></ul></li><li>• La méthode évaluative a permis un diagnostic des axes d'amélioration, un plan d'action avec suivi et indicateurs.</li><li>• L'évaluation a été réalisée de façon participative.</li><li>• Les professionnels et les usagers connaissent la démarche et ses résultats.</li><li>• Le déploiement sur site nous a permis de considérer la méthode engagée.</li></ul>		

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• La direction s'est adjointe une qualicienne chargée de l'étude documentaire et de la mise en place du dispositif qualité.</li></ul> |  |  |
|---|--|--|

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



**A : 10 soit 100 %**

**B : 0**

**C : 0**

**D : 0**

## 4.2 EXAMEN THEMATIQUE ET REGISTRES SPECIFIQUES

### Les objectifs propres à l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux

#### 4.2.1 Porter une appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers ainsi que les conditions de réalisation du projet personnalisé

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Les professionnels partagent des pratiques respectueuses des droits fondamentaux des usagers.	A	Déploiement sur site. Entretien avec les usagers et les familles.
Les pratiques professionnelles sont bienveillantes.	A	Déploiement sur site. Entretien avec les usagers et les familles.
Des dispositifs (procédures, consignes, signalétiques) permettent d'assurer la sécurité des usagers.	B	Etude documentaire. Déploiement sur site.
Les professionnels ont mis en place des dispositifs pour s'interroger et prendre des décisions concernant des situations paradoxales.	B	Entretien avec les agents. La direction, les cadres.
Le contrat de séjour ou le DIPC mentionne l'avenant projet personnalisé et son délai de réalisation.	A	Etude documentaire.

La méthodologie de projet permet de prendre en compte les attentes et besoins des usagers ainsi que les observations des professionnels.	B	Etude documentaire. Entretien avec les agents.
Le projet est co-établi avec l'usager, son accord est recherché.	A	Etude documentaire.
La méthodologie de projet intègre un suivi et une réévaluation.	A	Etude documentaire.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'observation des pratiques, les entretiens avec les usagers, les familles, les bénévoles, les professionnels nous permettent d'assurer que les résidents sont totalement respectés dans leurs droits fondamentaux.</li> <li>• Ils sont accompagnés selon leurs attentes et leur rythme de vie.</li> <li>• Une formation à la philosophie de soin en humanité est engagée et va se poursuivre.</li> <li>• Les dispositifs de sécurité (registre de sécurité, contrat d'entretien, DARI) sont conformes et particulièrement bien suivis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre la formation en humanité et l'intégrer dans les références (projet d'établissement, procédures).</li> <li>• Faire attention aux produits d'entretien laissés sans surveillance dans les chariots de ménage.</li> <li>• Annualiser les exercices d'évacuation.</li> <li>• Mieux utiliser les observations de certains professionnels (agent de nuit, animateurs).</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les orientations de la commission de sécurité, qui a émis un avis défavorable, ont été immédiatement suivies d'effet.</li> <li>• Le projet personnalisé est réalisé, il est conforme aux RBPP, le résident est invité à la réunion d'élaboration de son projet.</li> <li>• La méthodologie de projet prend en compte les observations des professionnels.</li> <li>• Des référents sont nommés pour individualiser l'accompagnement, ce rôle est bien investi par les agents.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir la fiche de poste du référent pour mieux encadrer son rôle et être attentif aux termes employés afin d'éviter les risques d'interprétation et de dérive.</li> </ul>	
---	---	--

Préconisations	Degré d'urgence
Ne laisser aucun produit dangereux sans surveillance.	Haut.
Envisager au moins 1 exercice d'évacuation dans l'année suivant les préconisations des pompiers.	Haut.
Revoir comment enregistrer et utiliser les observations du personnel de nuit et de l'animateur dans le projet personnalisé.	Haut.
Retravailler la fiche de poste du référent.	Haut.

#### 4.2.2 Donner des éléments d'appréciations sur les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement sur son environnement et des interactions

Eléments recherchés	Ecarts A-B-C-D	Eléments de preuve
La dimension vie sociale est prise en compte dans le projet d'établissement et les projets personnalisés.	A	Déploiement sur site. Entretien avec les usagers, les agents.
L'établissement fait partie de réseaux coordonnés et a mis en place des partenariats.	A	Entretien avec la direction, l'animateur.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'autonomie de la vie sociale est recherchée, encouragée et facilitée.</li> <li>• L'établissement est très ouvert sur son environnement, beaucoup d'activités et d'animations avec une dimension sociale.</li> <li>• L'équipe de direction est engagée dans de nombreux partenariats et réseaux : PSR, HAD, hôpital de Vannes, CLIC de Pontivy.</li> <li>• La direction fait partie d'un groupe de travail sur l'autonomie séniors et participe au schéma gérontologique.</li> <li>• L'établissement fait partie d'un groupement d'établissement (GIR7).</li> </ul>		

## Les particularités liées à l'établissement

### 4.2.3 Analyser la capacité à prendre en compte les besoins et attentes des usagers et les interactions avec l'environnement social et familial

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
L'établissement a mis en place des modalités d'écoute et des procédures permettant dès l'accueil et tout au long du séjour de prendre en compte les besoins et attentes des usagers.	B	Etude documentaire. Entretien avec les usagers.
L'établissement favorise la relation de l'utilisateur avec ses proches en étant attentif à respecter ses choix.	B	Entretien avec les usagers, les familles, les agents.
L'établissement a mis en place des modalités d'accueil des familles et des proches.	A	Entretien avec les familles. Etude du règlement de fonctionnement.
L'établissement s'appuie sur la compétence et la connaissance de la famille et des proches dans les modalités d'accompagnement de l'utilisateur.	A	Entretien avec les familles, les agents.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les procédures de pré admission et d'accueil sont globalement conformes aux réglementations et aux recommandations de l'ANESM.</li> <li>• La rencontre avec les familles nous a permis de nous assurer de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement durant le séjour de leurs parents.</li> <li>• Les familles sont accueillies, entendues et soutenues.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remettre systématiquement le livret d'accueil lors de la demande de renseignement ou utiliser les dispositifs informatiques.</li> <li>• Etre attentif à la rencontre du résident et à son consentement éclairé.</li> <li>• S'assurer du respect de la réglementation concernant le contrat de séjour.</li> <li>• Etre attentif à l'équilibre à trouver entre le respect de l'option du résident qui reste prioritaire et le poids des familles sur les professionnels.</li> </ul>	

Préconisations	Degré d'urgence
S'assurer du consentement du résident avant son entrée (rencontre systématique).	Haut.
S'assurer de la signature du contrat de séjour par la direction, le résident et/ou son représentant légal (cf. CASF).	Haut.
Aider et soutenir les professionnels dans les situations où ils doivent faire face à des familles qui imposent de façon inappropriée leurs options à leur parent.	Haut.

#### 4.2.4 Analyser les enjeux de la personnalisation et de l'écoute y compris dans le traitement des situations d'urgence

Éléments recherchés	Écarts A-B-C-D	Éléments de preuve
L'établissement a mis en place des dispositifs permettant de personnaliser la prise en charge.	A	Déploiement sur site. Entretien avec les usagers et les professionnels.
L'établissement a prévu des modalités d'écoute individuelle.	A	Organisation du travail.
Les usagers expriment un sentiment positif quant à l'écoute et au sentiment d'isolement.	A	Entretiens avec les usagers et les familles.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La méthodologie de projet personnalisé permet une co-élaboration, une écoute et un respect des besoins des usagers.</li> <li>• Le personnel adapte, si besoin, son accompagnement.</li> <li>• Les usagers s'expriment durant des temps collectifs (réunion, animation, enquête, CVS) et individuels (référent, psychologue).</li> <li>• Les résidents rencontrés nous ont dit avoir un sentiment très positif concernant les professionnels à leur égard.</li> <li>• Les familles sont très satisfaites et témoignent de la disponibilité et de l'amabilité du personnel.</li> <li>• Les agents de lingerie, d'entretien, le prestataire cuisine vont vers les résidents pour recueillir leurs avis et leurs observations.</li> <li>• Les résidents participent aux commissions de menus.</li> </ul>		

#### 4.2.5 L'effectivité du projet d'établissement sur l'accès et le recours au droit

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Les grandes orientations du projet d'établissement ainsi que les références, sont connues et intégrées par les professionnels.	A	Entretien avec les professionnels.
Le respect des droits fondamentaux des usagers constitue un axe fort du projet d'établissement.	B	Etude documentaire.
L'établissement a prévu de mettre à disposition des usagers et de leur famille des moyens pour faire valoir leurs droits.	A	Déploiement sur site. Entretien avec les usagers et les familles.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le respect des résidents et de leurs droits sont des axes et des valeurs portés par le projet d'établissement et totalement intégrés par les professionnels.</li> <li>• La formation de soin en humanité vient en appui de ces valeurs.</li> <li>• Les usagers et leurs familles peuvent s'exprimer sans barrières et sans contraintes auprès de tous et dans le cadre de réunions plus formalisées (commission menu, CVS) ainsi que par le biais d'enquêtes de satisfaction (enquêtes auprès des résidents, auprès des familles).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser les RBPP dans les procédures, protocoles, l'analyse et l'évaluation des pratiques professionnelles.</li> </ul>	

Proposition	Degré d'urgence
Faire apparaître l'engagement de l'établissement autour des droits fondamentaux dans le projet d'établissement.	Moyen.

#### 4.2.6 Capacité de l'établissement à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Les conditions de mise en place et de fonctionnement du Conseil de Vie Social sont conformes à la réglementation.	A	Etude documentaire (règlement intérieur et compte rendu du CVS).
Les représentants du CVS sont accompagnés et soutenus dans l'exercice de leur mandat.	A	Déploiement sur site. Entretien avec le président du CVS.
Des espaces d'expression collectifs et individuels sont proposés.	A	Déploiement sur site.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le CVS est mis en place, il est conforme à la réglementation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Présidé par un résident.</li> <li>○ Réuni 3 fois par an.</li> <li>○ Consulté sur les thèmes obligatoires et sur l'organisation.</li> <li>○ Les questions posées font l'objet de réponse.</li> </ul> </li> <li>• Les usagers rencontrent leur référent, la psychologue, s'ils le souhaitent.</li> <li>• L'expression est très favorisée par la présence et la disponibilité de tous les professionnels et des cadres.</li> </ul>		

#### 4.2.7 Analyser la capacité à observer les changements et adapter l'organisation

Éléments recherchés	Écarts A-B-C-D	Éléments de preuve
L'histoire de l'établissement permet d'apprécier les évolutions et la vision du gestionnaire.	A	Projet d'établissement. Entretien avec le CA, la direction. Evaluation interne
Les modalités d'organisation du travail permettent de faire face aux changements.	A	Entretien avec les agents, la direction, l'équipe cadre.
Les professionnels sont dans une démarche de résolution de problème.	B	Entretien avec les agents.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'histoire de l'établissement indique la volonté des dirigeants de toujours s'adapter de façon innovante et adaptée aux besoins et évolutions du secteur.</li> <li>• L'organisation du travail a été pensée en fonction des besoins mais aussi d'un équilibre avec ceux des professionnels.</li> <li>• Les professionnels travaillent par secteur et sont satisfaits de l'organisation de leur travail. Nous avons constaté qu'elle était efficace, efficiente et semble atteindre l'objectif d'équilibre recherché.</li> <li>• La solidarité permet de faire face aux imprévus et aux changements.</li> <li>• L'organisation du travail est souple et modulable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les réunions de travail autour de l'organisation du travail (secteur, jour/nuit) pour éviter les phénomènes d'isolement et de difficultés face à des situations complexes.</li> </ul>	

Proposition	Degré d'urgence
Prévoir une réunion trimestrielle organisation jour/nuit.	Moyen.

#### 4.2.8 Analyser la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques dans les modalités de réponses apportées aux usagers

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Elements de preuve
Les documents de référence, les procédures, et les modalités de prise en charge des usagers prennent en compte les RBPP.	C	Etude documentaire. Entretien avec les agents.
L'établissement s'appuie sur des références et a mis en place un référentiel de bonnes pratiques.	C	Etude documentaire (manuel de procédures).

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les pratiques professionnelles sont globalement en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques.</li> <li>L'évaluation interne et le projet d'établissement font référence aux recommandations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les professionnels ne connaissent pas les RBPP.</li> <li>Le manuel de procédure ne fait pas toujours référence et ne s'appuie pas systématiquement sur les RBPP.</li> </ul>	

Préconisations	Degré d'urgence
Revoir le manuel de procédure en référence aux RBPP.	Haut.
Appuyer les procédures, les EPP sur les références de bonne pratique.	Haut.

#### 4.2.9 Analyser la prise en compte des facteurs de risque (prévention de situation de crise, régulation de conflits, hygiène, sécurité) et particulièrement les risques de maltraitance

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Les facteurs de risque ont été évalués. Des mesures de prévention réalisées.	A	Etude des documents de sécurité. Déploiement sur site.
Des procédures ont été établies concernant l'ensemble de ces risques.	B	Etude du manuel de procédure.
Les cadres sont présents sur le terrain pour traiter et réguler les pratiques à risque.	B	Entretien avec le médecin co l'IDE-CO et la Direction.
Des procédures en cas de maltraitance ont été réalisées.	A	Etude du document de référence.
Des procédures de validation interne en cas de contention de restriction sont mises en place.	A	Procédures contention.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les documents de référence concernant la prévention des risques sont conformes, bien tenues et réévaluées :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Registre de sécurité.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un travail sur l'évaluation et la prévention des risques de maltraitance (carnet de bord)</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Contrat de maintenance.</li> <li>○ HACCP cuisine.</li> <li>○ RABC lingerie.</li> <li>○ DARI EHPAD.</li> <li>○ Sécurisation du circuit du médicament.</li> <li>○ Les cuisiniers sont formés HACCP.</li> <li>○ Les lingères sont formées à la méthode RABC.</li> <li>○ Les consignes de sécurité sont affichées.</li> <li>○ Les contentions sont évaluées et présentées.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Une procédure sur la prévention et sur la lutte contre la maltraitance a été réalisée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Former et nommer les référents bienveillance.</li> <li>● Revoir le dispositif de traçabilité des travaux et petites réparations.</li> <li>● Sécuriser les produits de ménage.</li> </ul>	
---	---	--

Préconisations	Degré d'urgence
Se mettre en conformité avec la circulaire du 20 février 2014, le comité national de vigilance contre la maltraitance et la RBPP de l'ANESM en établissant un document type « carnet de route » pour évaluer les risques de maltraitance.	Moyen.
Former, nommer les référents bienveillance.	Moyen.
Fermer les produits d'entretien dangereux.	Haut.
Mettre en place une traçabilité des travaux demandés et réalisés.	Haut.

#### 4.2.10 Analyser la capacité de l'établissement à assurer la cohérence et la continuité des actions, des interventions

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Il existe des dispositifs de liaison, de transmission entre les professionnels qui respectent la confidentialité due aux usagers.	B	Déploiement sur site. Participation aux transmissions.
Des fiches de postes et des fiches de tâches des procédures permettent de s'assurer de la cohérence des actions et prestations.	A	Etude documentaire. Entretien avec les agents.
L'organisation du travail permet de pallier les absences sans porter préjudice à la prise en charge des usagers.	A	Déploiement sur site. Entretien avec la direction, les cadres, les agents.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des transmissions sont réalisées à chaque changement d'équipe.</li> <li>• Les transmissions de l'après-midi sont conformes et répondent à l'objectif.</li> <li>• Le logiciel de soin PSI permet de rentrer de nombreuses informations et communications et est bien utilisé.</li> <li>• La mise en place de tablettes tactiles va permettre d'améliorer le dispositif de validation des soins (en cours).</li> <li>• Le système de dispensation, distribution et administration des traitements est très efficace et assure la sécurité du circuit du médicament (préparation par la pharmacie).</li> <li>• Le personnel infirmier est très réactif (pour réinvestir les changements dans le logiciel PSI sous l'autorité de la cadre de santé).</li> <li>• Le médecin co a réalisé de nombreuses formations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les transmissions du matin sont très narratives et reprennent des observations. Elles pourraient être optimisées pour être plus en rapport avec leur but, qui est de transmettre d'une équipe à une autre équipe.</li> <li>• Le personnel de nuit devrait commencer en transmettant à l'équipe de jour et quitter la réunion pour éviter un temps d'attente long et pénible pour lui.</li> <li>• Le personnel appréhende le passage du logiciel aux tablettes : formation nécessaire.</li> </ul>	

Propositions	Degré d'urgence
Réinterroger les transmissions du matin.	Haut.

**4.2.11 Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques validées par l'ANESM relatifs notamment à la qualité de l'hébergement**

Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
Chaque usager dispose d'un espace privatif qu'il peut aménager avec des objets personnels.	A	Déploiement sur site.
Les espaces collectifs mis à disposition sont conformes aux besoins de vie sociale et présentent une qualité de confort et d'esthétique.	A	Déploiement sur site.
L'entretien des locaux permet des conditions de vie agréable.	A	Entretien avec les agents de ménage.
Le ménage et l'hygiène des locaux sont organisés de façon à répondre à des règles établies et aux besoins individuels des usagers.	A	Entretien avec les agents de ménage.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La qualité de l'hébergement est tout à fait remarquable, aussi bien l'espace privatif que le collectif.</li> <li>• Cet établissement est beau, très bien entretenu, particulièrement bien décoré, clair, aucune odeur.</li> <li>• La qualité est digne d'un hôtel de haute catégorie.</li> <li>• Les espaces extérieurs sont à la hauteur.</li> <li>• Des espaces permettent la convivialité, l'intimité.</li> <li>• Le PASA est très bien pensé et se présente comme un hébergement familial.</li> <li>• L'accompagnement réalisé est conforme aux besoins des usagers de ce service et le personnel très engagé.</li> <li>• L'équipe continue à réfléchir à des améliorations (rendre la salle à manger du second étage plus conviviale).</li> </ul>		

#### **4.2.12 La capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle**

<b>Eléments recherchés</b>	<b>Ecart A-B-C-D</b>	<b>Eléments de preuve</b>
Les signes d'alerte sont évalués par la direction et l'équipe d'encadrement (absentéisme, accident du travail, détérioration du climat social).	A	Entretien avec la direction, membre du CHSCT et CTE.
Le DUERP prend en compte les risques psychosociaux et les risques de fatigue physique.	A	Etude documentaire.
La formation intègre un volet de soutien et d'amélioration des pratiques de soin.	A	Plan de formation.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'équipe d'encadrement a totalement intégré qu'un personnel « bientraitant » est porteur des pratiques bientraitantes.</li> <li>• Le taux d'absentéisme et d'accident du travail est évalué et questionné.</li> <li>• Le CHSCT fonctionne correctement et est attentif aux conditions de travail sans aucune difficultés rencontrées dans l'exercice de son mandat.</li> <li>• Le DUERP est réalisé et est en cours de réactualisation.</li> <li>• Le personnel possède une fiche de poste et bénéficie d'un entretien annuel d'évaluation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir comment associer le cadre de santé à l'entretien annuel d'évaluation pour l'équipe soignante.</li> </ul>	

Propositions	Degré d'urgence
Revoir les modalités de l'entretien annuel d'évaluation.	Haut.

**4.2.13 et 4.2.14 Le rôle de l'établissement au regard des missions confiées par les autorités et l'inscription de l'établissement dans le territoire à partir des réseaux de proximité et l'utilisation des ressources du milieu**

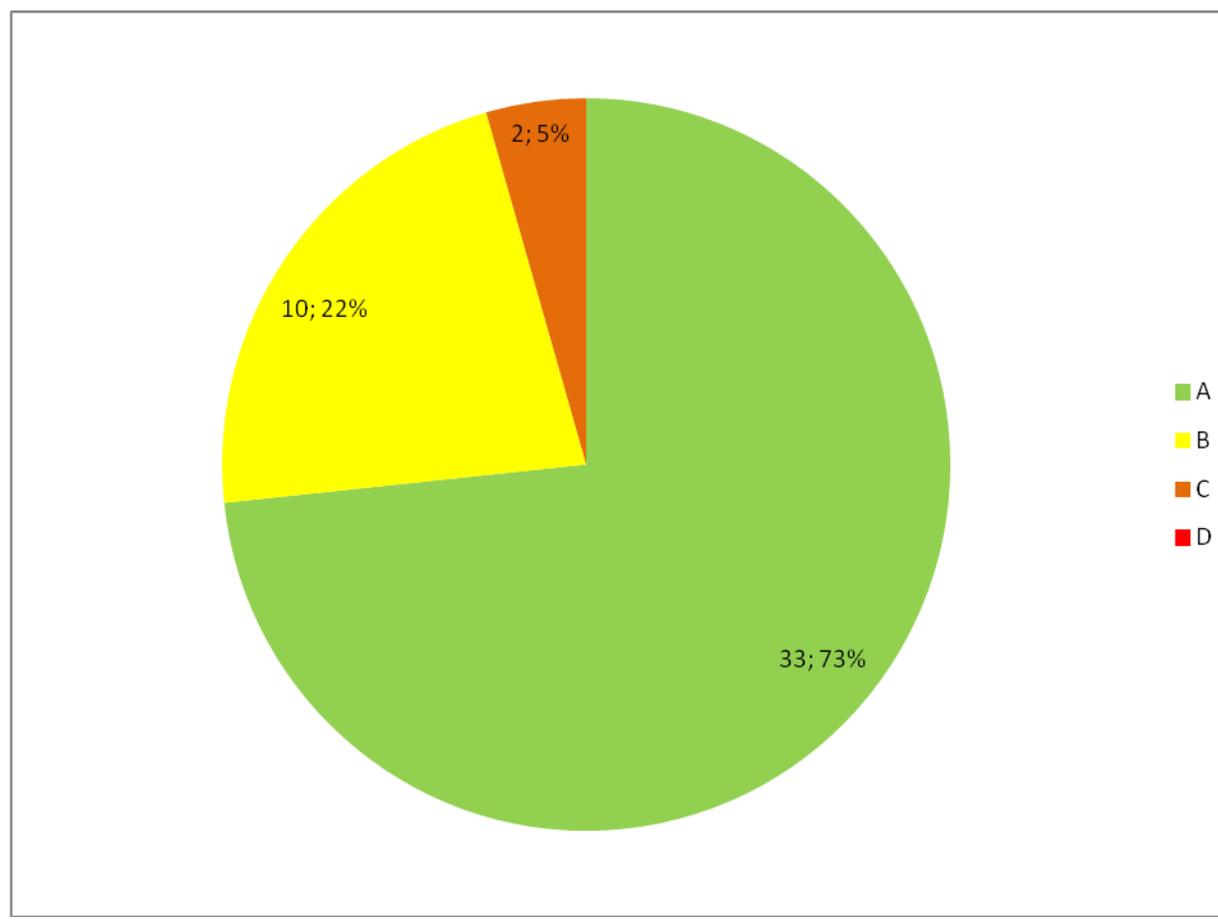
Eléments recherchés	Ecart A-B-C-D	Eléments de preuve
L'établissement répond au besoin du territoire.	A	Etude documentaire. Entretien avec la direction, le CA.
L'établissement est un partenaire reconnu et légitime dans la filière gérontologique.	A	Etude documentaire. Entretien avec la direction, le CA.

Points forts	Axes d'amélioration	Observations contradictoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'établissement est connu, reconnu et repéré par les futurs usagers et professionnels.</li> <li>• La qualité de ses animations et l'implication dans des réseaux participent à cette réputation.</li> <li>• Le PASA dans sa conception et son fonctionnement répond de façon remarquable aux problématiques d'une population de plus en plus nombreuse en EHPAD.</li> <li>• L'association de 20 bénévoles ouvre l'établissement à des regards extérieurs et sont autant de moyens pour que l'établissement soit intégré et légitimé.</li> <li>• Des résidents et des familles nous ont indiqué avoir choisi cet établissement pour sa réputation.</li> <li>• Cet établissement s'intègre dans la filière gériatrique du département et fait partie d'un réseau GIR7.</li> </ul>		

#### **4.2.15 L'analyse des thématiques intégrées dans le plan d'amélioration de la qualité et la synthèse restituant les problématiques abordées**

<b>Points forts</b>	<b>Axes d'amélioration</b>	<b>Observations contradictoires</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• L'établissement est engagé depuis de nombreuses années dans une recherche d'amélioration de la qualité et d'adaptation aux besoins.</li><li>• Les axes d'améliorations de l'évaluation interne sont conformes avec la réglementation</li><li>• Les professionnels, les familles, les membres du CA, les bénévoles, les usagers nous ont indiqué qu'ils peuvent évaluer les améliorations engagées de nombreuses années.</li></ul>		

#### 4.2.16 Examen thématique et registres spécifiques (décret 2007-975)



**A : 33 soit 73 %**  
**C : 2 soit 5 %**

**B : 10 soit 22 %**  
**D : 0**

## **PARTIE N°5**

### **« SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION »**

**A partir du modèle proposé par  
l'ANESM  
(3.5 De la section 3 du chapitre V de  
l'annexe 3- 10 du code de l'action  
sociale et des familles)**

**Et selon l'outil d'analyse SWOT**

## Préambule :

L'analyse SWOT est un outil d'analyse stratégique, il combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation avec celles des opportunités et des menaces de son environnement.

## 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.**

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
L'évaluation interne a été réalisée en 2012, le calendrier est respecté, elle a été réalisée de façon participative. Le référentiel est en adéquation avec la RBPP sur l'évaluation des EHPAD (5 axes). L'évaluation contient un plan d'amélioration, des fiches actions et un dispositif de suivi à l'aide d'indicateurs. L'évaluation est connue des usagers et des professionnels.				
OPPORTUNITES	MENACES			
L'établissement est engagé dans une démarche d'amélioration qui a été intégré par les professionnels et reconnue par les usagers et leurs familles.				

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Les mises en place sont conformes aux exigences des RBPP.</p> <p>Le personnel les fait vivre sans les connaître.</p>	<p>Les RBPP ne sont pas connues et peu utilisées.</p>	<p>Mettre à disposition les principales RBPP dans les procédures et les documents.</p>	<p>Haut.</p>	
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>Les résidents sont satisfaits de la qualité de l'accompagnement.</p>	<p>S'éloigner des références du secteur médico-social.</p>			

**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**

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Le projet d'établissement détermine les valeurs qui sont investies par les professionnels et réellement mises en œuvre.</p> <p>L'établissement adapte ses réponses aux besoins des résidents et de la politique gériatrique.</p>	<p>Le projet d'établissement est essentiellement orienté sur des axes d'amélioration.</p>	<p>Réactualiser le projet cf. aux préconisations de l'ANESM.</p>	<p>Moyen.</p>	
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>Les professionnels sont clairement portés par ces références fondamentales.</p>	<p>Les objectifs professionnels sont flous et laissent la place à des interprétations et un risque de manque de cohérence dans les pratiques.</p>			

**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**

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>L'organisation du travail est centrée sur le respect des résidents et l'adaptation de l'accompagnement à leurs besoins.</p> <p>Cette organisation est portée par des moyens matériels, humains et financiers, des outils professionnels (logiciel PSI).</p> <p>Des partenariats avec le secteur sanitaire permettant d'optimiser les accompagnements.</p>	<p>Le rôle et la mission de la cadre de santé ont besoin d'être redéfinis, pour optimiser son rôle auprès des équipes.</p>	<p>Optimiser la fiche de poste du cadre de santé.</p>	<p>Haut.</p>	
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>Le niveau de qualité de l'ensemble des prestations (soins, hôtelières, vie sociale).</p>	<p>Certaines équipes peuvent se trouver en difficultés face à des situations complexes.</p>			

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Les professionnels sont formés, qualifiés avec des formations initiales en rapport avec les formations attendues en EHPAD mais aussi avec l'intégration de nouveaux professionnels sur ce secteur (ASG, AMP, ergothérapeute, éducateur sportif).</p> <p>De nombreuses formations continues sont réalisées</p>	<p>Les AS, AMP, ASH ont les mêmes fonctions.</p>	<p>Repenser les missions des AS, AMP, ASH.</p>	<p>Moyen.</p>	
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>Les qualifications et compétences, le savoir être des professionnels assurent une qualité de la prise en charge.</p>	<p>Dévaloriser les diplômes et se priver des compétences et complémentarités des métiers...</p>			

**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**

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Les professionnels de cet établissement bénéficient de nombreuses formations.</p> <p>Les nouveaux professionnels sont accompagnés dans leur prise de poste.</p>	<p>Il y a peu de traçabilité pour les pratiques.</p> <p>Beaucoup de transmissions orales.</p> <p>Il n'y a pas de réunions d'élaboration et d'analyse de la pratique.</p>			
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>La formation assure une solidité de l'équipe qui peut s'appuyer sur ces formations.</p>	<p>Les transmissions orales et le manque d'élaboration et de réflexion fragilisent le dispositif.</p>			

**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**

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Les risques psychosociaux sont pris en compte dans le document unique.</p> <p>Le CHSCT fonctionne et est attentif à ce risque particulièrement présent en EHPAD.</p> <p>La période de changement et de construction de documents liés à la loi 2002 et l'évaluation bouscule les professionnels et leur donne une pression qui nous semble bien accompagnée par une équipe de direction ouverte et disponible.</p>				
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>Passer une étape déterminante (restructuration de l'établissement, nouvelle organisation du travail, évaluation) sans trop de heurts et de stress.</p>				

**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**

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>L'établissement a évalué les caractéristiques et besoins des personnes et mis en place des réponses adaptées avec des projets, des aménagements, des améliorations.</p> <p>Les prestations, accompagnements et animations sont très adaptés aux besoins.</p> <p>Elles sont personnalisées et respectent les rythmes.</p>				
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>Les usagers et les familles rencontrés sont totalement satisfaits des activités, prestations et accompagnements.</p>				

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Le résident participe à l'élaboration de son projet personnalisé, qui est établi et proposé en fonction de ses attentes et ses besoins.</p> <p>Les activités, accompagnement des soins, de vie sociale et prestations sont organisées à partir des besoins identifiés, de la population accueillie lors de l'élaboration du projet d'établissement et de l'évaluation interne.</p>				
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>Les dispositifs opérationnels sont en adéquation aux attentes des usagers qui expriment que leurs besoins sont satisfaits.</p>				

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

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>L'établissement développe de nombreux partenariats avec le secteur sanitaire.</p> <p>La direction participe à des instances territoriales et fait partie de réseaux coordonnés.</p> <p>De nombreuses activités et animations ouvrent l'établissement sur son environnement.</p> <p>Une association de bénévoles intervient dans l'établissement.</p>				
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>La vie sociale est réellement portée en interne et externe.</p> <p>L'établissement est ouvert et connu par son environnement.</p>				

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
L'établissement jouit d'une excellente réputation.  Il est reconnu par les partenaires, les usagers et leurs familles qui nous ont confié avoir choisi cet établissement grâce à sa réputation.				
OPPORTUNITES	MENACES			
L'image et la réputation impulsent une dynamique de la qualité et de l'excellence.				

**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**

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>	<b>POINTS D'EFFORTS</b>	<b>DEGRE D'URGENCE</b>	<b>OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES</b>
<p>Les intervenants extérieurs sont très intégrés.</p> <p>Les médecins traitants ont un bureau, accès au logiciel.</p> <p>La commission gériatrique est mise en place.</p> <p>Les documents leur sont communiqués.</p> <p>Les bénévoles sont encadrés par l'animateur.</p>				
<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>			
<p>Les intervenants extérieurs se sentent associés et trouvent des personnes ressources en cas de besoin (médecin co, animateur, cadre de santé, direction).</p>				

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>L'établissement est construit et organisé pour faciliter le lien social (lieu de convivialité, petit salon, parc aménagé).</p> <p>Les résidents ont des lieux d'expression (CVS, commission menu, activités d'expression).</p>				
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>L'établissement est agréable, convivial.</p> <p>Les personnes nous ont dit se sentir « chez elles ».</p>				

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

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Les projets personnalisés sont élaborés avec le résident en tenant compte de ses attentes et besoins.</p> <p>Une toilette évaluative est réalisée à l'arrivée.</p> <p>Chaque résident a un professionnel référent.</p>	<p>La fiche de poste du référent doit être revue et précisée.</p>			
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>La méthode du projet personnalisé est totalement conforme aux RBPP et à la loi 2002.2</p>	<p>Une trop grande interprétation du rôle du résident.</p>			

**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**

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>	<b>POINTS D'EFFORTS</b>	<b>DEGRE D'URGENCE</b>	<b>OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES</b>
L'utilisateur participe à son projet personnalisé.  Ses attentes et besoins sont recherchés dès l'admission et tout au long du séjour.	Les familles interviennent quelques fois de façon inappropriée et mettent en difficultés les professionnels.	Accompagner les professionnels pour trouver un équilibre dans cette relation complexe et quelque fois paradoxale.	Haut.	
<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>			
La participation de l'utilisateur lui permet réellement de s'impliquer et de lui proposer un accompagnement adapté et réactualisé.	Ne pas tenir suffisamment compte des options des usagers et des professionnels en difficultés.			

**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**

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Le projet personnalisé est réactualisé et questionné chaque jour et validé dans le logiciel de soin.</p> <p>Les modalités de communication et d'information permettent d'assurer la continuité et la cohérence.</p>				
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>La souplesse de cette méthode permet d'être réactif et au plus près des évolutions et besoins implicites ou explicites.</p>				

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Les usagers ont accès à toutes les informations les concernant.</p> <p>Ils en connaissent les modalités.</p> <p>Les agents prennent le temps et utilisent des moyens de communication adaptés au niveau de compréhension des usagers.</p> <p>Les familles apprécient d'obtenir des réponses facilement et auprès de tous.</p>				
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>L'établissement est un lieu de vie et de partage qui est évalué par ses utilisateurs comme étant leur « chez eux ».</p>				

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Les partenaires, les familles et les usagers témoignent que cet établissement rempli sa mission avec exigence et qualité.</p> <p>Il est considéré comme un lieu de vie agréable.</p>				
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>L'excellente réputation de l'établissement aux yeux de tous.</p>				

**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**

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Toutes les expressions sont favorisées et entendues.</p> <p>Les résidents ont accès à toutes les informations les concernant.</p> <p>Les modalités de transmission et de communication permettent au personnel d'être réactif.</p>	<p>Les transmissions sont souvent orales.</p>	<p>Revoir les transmissions, envisager les transmissions ciblées.</p>	<p>Haut.</p>	
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>L'expression des usagers n'est pas formalisée ni encadrée.</p> <p>Elle est spontanée et recueillie avec attention.</p> <p>Les familles sont satisfaites de toujours avoir une réponse à leur demande.</p>	<p>La non fiabilité des informations.</p>			

## **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**

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>	<b>POINTS D'EFFORTS</b>	<b>DEGRE D'URGENCE</b>	<b>OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES</b>
Les droits fondamentaux sont totalement respectés par tous les professionnels.				
<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>			
Les familles et les usagers témoignent du respect, de la bienveillance, de l'attention et la disponibilité dont font preuve les professionnels.				

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

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>Tous les documents de référence concernant la sécurité et la prévention des risques sont mis en place, conformes et suivi par des professionnels formés et engagés (agent de maintenance, lingerie, cuisine, IDE).</p> <p>Les fiches d'événement indésirable sont utilisées et investies.</p>	<p>Les documents de prévention de la maltraitance doivent être complétés.</p>	<p>Etablir un document issu de l'évaluation des risques de maltraitances spécifiques à l'établissement.</p> <p>Nommer des référents bientraitance.</p>	<p>Moyen.</p>	
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>Tous ces outils sont considérés comme des moyens de prévention et d'amélioration de la qualité.</p>	<p>Ne pas sensibiliser suffisamment sur les risques de maltraitances spécifiques à l'établissement, de prévention.</p>			

**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**

FORCES	FAIBLESSES	POINTS D'EFFORTS	DEGRE D'URGENCE	OBSERVATIONS CONTRADICTOIRES
<p>La spécificité des usagers a été prise en compte et des réponses apportées (PASA, secteur).</p> <p>Les secteurs sont organisés pour garantir une vie sociale partagée.</p> <p>Le maintien de l'autonomie est un axe fort des projets personnalisés.</p> <p>La liberté d'aller et venir est assurée et accompagnée pour garantir la sécurité.</p>	<p>Absence de réunions de l'analyse de la pratique et insuffisance des EPP.</p>	<p>Mettre en place des réunions d'analyse de la pratique et des EPP.</p> <p>L'objectif étant de permettre aux professionnels de penser leur pratique avant de l'agir et éviter l'isolement.</p>	<p>Moyen.</p>	
OPPORTUNITES	MENACES			
<p>Aucun résident, aucune famille ne parle de cet établissement comme d'un lieu privatif de liberté et restrictif d'autonomie.</p>	<p>Risque d'incohérence, de manque de continuité et sentiment de solitude de certains professionnels face aux situations complexes et paradoxales.</p>			

## **PARTIE N°6**

### **« ANNEXES »**

#### **6.1 Glossaire**

#### **6.2 Questionnaire évaluatif**

#### **6.3 Planning du déploiement sur site**

#### **6.4 Convention de prestation**

#### **6.5 CV des évaluateurs**

## 6.1 GLOSSAIRE

EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
GIR	Groupe Iso Ressource
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finance
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
HAS	Haute Autorité de Santé
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
CASF	Code d'Action Sociale et des Familles
RBPP	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
DIPC	Document Individuel de Prise en Charge
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
DARI	Document d'Analyse des Risques Infectieux
PMS	Plan de Maitrise de Santé
CA	Conseil d'Administration
IRP	Instance Représentative du Personnel
CVS	Conseil de Vie Sociale
GREPHH	Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière
CTE	Comité Technique d'Etablissement
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
AMP	Aide Médico-Psychologique
AS	Aide Soignant(e)
IDE	Infirmier(e) Diplômé d'Etat
IDE-CO	Infirmier(e) Coordonnatrice
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
RH	Ressources Humaines
PAI	Projet d'Accompagnement Individualisé
PSI	Logiciel de projet de soin
HACCP	Hasard Analyse Critical Control Point
RABC	Risk Analyse and Biocontamination Control
AFNOR	Association Française de Normalisation
GMP	GIR Moyen Pondéré
PMP	PATHOS Moyen Pondéré

## 6.2 QUESTIONNAIRE EVALUATIF

Objectifs But des dirigeants	Questions
<b>Administrateurs, Direction, CADRES</b>	
<b>Projet d'établissement</b>  <b>Légitimité</b> <b>Image</b> <b>Connaissance de l'environnement</b>	1. Le projet d'établissement est-il communiqué à chaque agent avant l'embauche ? 2. Chaque agent est-il informé du caractère légal du projet du service ? 3. Le projet du service a-t-il été réalisé de façon participative ? 4. Le projet du service a-t-il été validé par le CA, les autorités tarifcatrices et présenté aux I.R.P. et au C.V.S. ? 5. La direction participe-t-elle aux instances départementales et territoriales ? 6. La direction a-t-elle une bonne connaissance des ressources et projets du territoire ? 7. Le service fait-il vivre des partenariats, des conventions ? 8. Le service est-il connu de son environnement ? 9. Le service mutualise-t-il des moyens avec d'autres services ? 10. Le service a-t-il identifié son réseau relationnel ?
<b>Gestion des ressources humaines</b>	11. La direction a-t-elle mis en place une politique de recrutement connue et respectée ? 12. Le service a-t-il prévu un dispositif d'accueil des nouveaux professionnels et des stagiaires ? 13. Chaque agent dispose-t-il d'une fiche de poste ? 14. La direction communique-t-elle sur les grandes orientations du service ? 15. Chaque agent bénéficie-t-il d'un entretien annuel d'évaluation et d'un entretien professionnel ? 16. Chaque agent signe-t-il un contrat de travail, accompagné d'un règlement intérieur ? 17. La direction a-t-elle mis en place un dispositif pour lutter contre l'usure professionnelle ?
<b>Gestion des ressources humaines</b>	18. L'organisation du travail a-t-elle été mise en place en s'appuyant sur les besoins des usagers et en respectant le cadre réglementaire ? 19. Le recours pour pallier aux absences est-il organisé ? 20. Le service a-t-il mis en place un dispositif pour enregistrer, traiter, et prévenir les événements indésirables ? 21. Le service a-t-il mis en place un dispositif pour enregistrer, traiter, et prévenir les réclamations et plaintes des usagers ?

	22. Les moyens pour assurer : cohérence et continuité sont-ils prévus ? « Réunions », « Transmissions », « Dispositifs de liaisons ».
	23. Des procédures qualité sont-elles élaborées et mises en place ?
	24. La direction et les cadres analysent-ils les signaux d'alerte (absentéisme, dysfonctionnements) ?
	25. Comment le dialogue social est organisé et favorisé par l'équipe de direction ?
<b>Cadres de santé, chefs de service, IDE référentes</b>	
	26. Êtes-vous satisfait de l'organisation du service dont vous avez la responsabilité ?
	27. Les délégations qui vous ont été attribuées sont-elles clairement définies ?
	28. Avez-vous mis en place les démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques soignantes ?
	29. La communication avec les usagers, les médecins, les familles, les aides-soignantes, les et les autres intervenants du domicile est-elle efficace et organisée ?
	30. Avez-vous construit des outils concernant le tutorat à l'attention des étudiants ? "transmission du savoir pratique et théorique" "évaluation du comportement et des compétences durant la période de stage"
<b>Salariés</b>	
<b>Organisation du travail</b>	31. Estimez-vous que l'organisation du travail permette cohérence et continuité ? Avez-vous connaissance du dossier, du projet personnalisé, des informations sur les attentes des résidents ?
	32. Connaissez-vous les documents remis aux usagers et leur but concernant le respect de leurs droits : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, DIPC et contrat d'intervention ?
	33. Avez-vous bénéficié de formation et d'information concernant la bientraitance et la prévention de risque de maltraitance ?
	34. Pensez-vous que les dispositifs permettant d'assurer la qualité de la prise en charge des usagers sont suffisant ? (Réunions, procédures, analyse des pratiques)
	35. Vos cadres sont-ils présents sur le terrain, leur action permet-elle de traiter les divergences et les dysfonctionnements ?
	36. Avez-vous reçu l'information et les procédures à mettre en place en cas d'événements indésirables ?
	37. Avez-vous le sentiment que les risques professionnels sont évalués et pris en compte ?
	38. Pensez-vous que le dialogue social constitue un axe prioritaire par les équipes de direction ?

	39. Avez-vous le sentiment que les risques d'isolement professionnel ont été appréhendés par les équipes de direction ?
	40. Avez-vous des consignes, des procédures pour assurer le respect de l'intimité, la dignité et la vie privée des usagers ?
	41. Ces pratiques sont-elles suivies par l'ensemble des salariés ?
	42. En cas de dérapage pensez-vous que des réactions adaptées sont systématiquement réalisées ?
	43. Pensez-vous que la personnalisation de l'accompagnement est bien organisée et mise en œuvre ? (Réfèrent, projet personnalisé, respect des besoins et des attentes, respect des rythmes)
<b>Organisation du travail</b>	44. Connaissez-vous les valeurs de votre service. Pensez-vous qu'elles sont intègres et partagées ?
	45. Estimez-vous que chaque usager conserve son libre arbitre et que le service veille à ce qu'il n'y ait pas de dérives ?
	46. Pensez-vous que la place de la famille est organisée de façon équilibrée et que le service permet d'assurer le rôle important de l'environnement familial sans que cela nuise aux options des usagers ?
	47. Comment pouvez-vous qualifier votre travail dans votre service ? Très organisé, organisé, peu organisé, pas organisé
	48. Disposez-vous de toutes les informations pour bien prendre en charge les usagers ?
	49. Pensez-vous avoir un comportement professionnel qui répond aux attentes des usagers ? Comportement dans votre activité Relation avec les usagers et les familles Capacité à parler des problèmes en lien avec l'organisation et les équipes
	50. Dans le cadre de votre travail avez-vous une ou plusieurs personnes ressources ? Si oui lesquelles : direction, cadre collègue de même fonction, autres
	51. Disposez-vous d'outils pour observer, évaluer, accompagner les usagers ?
<b>Entretien des locaux et véhicules</b>	52. Le dispositif mis en place pour l'entretien et les petites réparations est-il efficace ? Permet-il le suivi, la réactivité ?
	53. Le dispositif d'entretien des véhicules est-il mis en place et suivi ?
	54. Les dispositifs de suivi sécurité/maintenance sont-ils élaborés ? Les responsabilités établies ? Les suivis mis en place ?
<b>Projet de soin</b>	55. Le dispositif de transmission vous paraît-il efficace ?
	56. Pensez-vous que le circuit du médicament permet traçabilité, sécurité et évaluation ? (prescription, gestion des stocks, efficacité, effets secondaires)

Objectifs But des dirigeants	Questions
<b>Instances Représentatives du Personnel</b>	
	57. Disposez-vous des moyens pour exercer votre activité?
	58. Le dialogue avec la direction permet-il un véritable échange constructif qui permet une amélioration des conditions de travail ?
	59. Participez-vous à des instances départementales, territoriales ?
	60. Avez-vous bénéficié de formation dans le cadre de votre mandat ?
<b>Usagers / familles</b>	
	61. Au moment de votre demande d'accueil, avez-vous été informé sur le fonctionnement du service ?
	62. Les documents remis (livret d'accueil, règlement de fonctionnement) vous ont-ils été expliqués, les avez-vous compris ?
	63. Vous a t'on présentés les agents avant leur prise en fonction ?
	64. Avez-vous signé votre DIPC et contrat d'intervention ? Vous a t-on demandé quelles étaient vos besoins, vos attentes, vos habitudes de vie ?
	65. Pensez-vous que le personnel est respectueux de votre intimité, dignité ?
	66. Avez-vous participé à l'élaboration de votre projet personnalisé ?
	67. Les prestations d'accompagnement sont-elles de bonnes qualités et répondent-elles à vos attentes ?
	68. Avez-vous vous-même été maltraité, avez-vous été témoin de maltraitance ?
	69. Savez-vous comment réagir si des actes de maltraitance sont effectués ?
	70. Avez-vous le sentiment que le personnel respecte la confidentialité qui vous est due ?
	71. Avez-vous la possibilité de vous exprimer, de donner votre avis ?
	72. Êtes-vous suffisamment soutenu quand vous avez des moments de détresse, de dépression ?
	73. L'établissement prend-il en compte votre environnement familial ?

## 6.3 PLANNING DU DEPLOIEMENT SUR SITE

Mardi 6 mai				
	B. CREEL		C. LABRUNE	
Horaires	Qui	Service/instance	Qui	Service
<b>6h45</b>	Transmissions			
<b>7h</b>	M.C. GUIGNARD	Visite de l'établissement Direction		
<b>8h</b>	J. LIQUIER M.P. LE CAM (IDE)	Qualité CHSCT (Bureau qualité)	C. ROBINO (IDE) A LE DOUARIN (AMP) E TREBOSSSEN (ASHQ) Dr CHEVALIER (Med TT)	Soins infirmiers et son organisation Rencontres libres soignants et résidents (N3) Médecin TT
<b>9h</b>	MR LE CALLONEC	Atelier (Bureau animateur)		
<b>10h</b>	B. LEBLANC (AMP)	CTE (Bureau animateur)		
<b>11h</b>	M.F. BUSSON (ASG)	PASA		
<b>12h</b>	Salle de restaurant N2		Salle de restaurant N3	
<b>13h30</b>	S. DUVAL	PVI Psychologue	DR LEPROVOST	Médecin CO
<b>14h</b>			Transmissions sectorisées N2	
<b>14h30</b>	MR BOHELAY Mr HERVO Mme THOMAS	Résident (salon bar)	Md GUILLOU	Kiné
<b>15h30</b>	MD JOUNOT (Rés) MD BAUCHER (fam) MD HENAULT (fam)	CVS (salon bar)	Md VITRY (CDS)	
<b>16H30</b>	M.C. GUIGNARD	Débriefing		
<b>23h</b>	Nuit			

Mercredi 7 mai				
	B. CREEL		C. LABRUNE	
Horaires	Qui	Service/instance	Qui	Service
6h45	Transmissions			
8h	Rencontres libres soignants et résidents (N2)		Rencontres libres soignants et résidents (N1) C ANCEAUX (ASHQ) I LE MOUEL (AS)	
9h	Md RENAULT	Accueil Organisation du travail		
10h	X. HERVO	Animation		
11h	M LE CLAINCHE	Familles de résidents	J. PELTIER C. LANTRAIN	Hygiène des locaux
12h	Salle du PASA			
13h30	M. LECUYER	Lingerie	C. THOMAS	Soins infirmiers et son organisation
14h	Valérie	Restauration	Transmissions sectorisées N3	
14H30	Md GUYOT MR ROBIN (pdt CA)	CA		
15H45	Md CALOHARD Md THEBAULT	Bénévoles	Rencontres libres (N2) : Soignants et résidents : C.ROPERT (AS) J.LEMOINE (ASHQ) Paramédicaux* : Antony, éduc sportif	
17h	M.C. GUIGNARD	Débriefing		

## 6.4 CONVENTION DE PRESTATION

### CONVENTION DE PRESTATION N° 94/2014



#### ENTRE LES SOUSSIGNES

- 1) SAS ADVITAM – 42 Rue Jean Gagnant – 87480 SAINT PRIEST TAURION  
Représentée par M. Régis TRANCHANT – Enregistrée sous le n° 74 87 01210 87 auprès du  
Préfet de la Région Limousin
- 2) EHPAD VILLAGE DU PORHOËT – 2 rue du Porhoët – 56660 SAINT JEAN BREVELAY

Est conclue la convention suivante :

#### ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

En exécution de la présente convention, la structure ADVITAM s'engage à réaliser l'évaluation externe au sein de l'EHPAD Village du Porhoët à Saint Jean Brévelay (56).

#### ARTICLE 2 : NATURE ET CARACTERISTIQUES DE LA PRESTATION

- 1) Intitulé : Evaluation Externe
- 2) Objectifs – contenu – moyens : cf. proposition  
**Phase 1** : Préparation, cadrage de l'évaluation et formalisation du contrat de prestation  
**Phase 2** : Déploiement sur site – Observations et entretiens  
**Phase 3** : Rédaction consensuelle  
**Phase 4** : Rapport final
- 3) Durée : 8 jours (soit 56 heures)
- 4) Dates : 07 avril (3,5h), 06, 07 mai, 1<sup>er</sup> septembre (3,5h) 2014 + 3 jours d'étude
- 5) Lieu : EHPAD Village du Porhoët – 2 rue Porhoët – 56660 Saint Jean Brévelay

#### ARTICLE 3 : DISPOSITIONS FINANCIERES

- |                           |        |
|---------------------------|--------|
| 1) Frais d'intervention : | 7600 € |
| 2) Matériel :             | 0 €    |
| 3) Montant total net :    | 7600 € |

Adresse de facturation : .....  
(Si différente de l'établissement)

#### **ARTICLE 4 : OBLIGATIONS DES COCONTRACTANTS**

La structure SAS ADVITAM précise que l'Evaluation externe est conduite par le responsable d'évaluation et son équipe et atteste que ces consultants répondent aux conditions de compétences et de qualification prévues par le cahier des charges.

En cas de force majeure mettant la personne chargée de l'Evaluation (ou partie de l'équipe d'Evaluation) dans l'impossibilité de poursuivre la mission assignée, **l'EHPAD Village du Porhoët à Saint Jean Brévelay** pourra de sa propre initiative, rompre le contrat sans possibilité de recours de la part du Prestataire.

Le Commanditaire, **l'EHPAD Village du Porhoët à Saint Jean Brévelay** s'engage à laisser toute latitude aux Evaluateurs de la structure SAS ADVITAM pour circuler librement dans l'établissement et rencontrer les membres du personnel y compris les Stagiaires.

Les modalités de rencontre avec les usagers et les proches sont déterminées compte tenu des personnes accompagnées et des éventuelles précautions en fonction de leurs difficultés. Dans ce cas, les Evaluateurs prennent l'avis d'un cadre (ou d'un responsable ou d'un professionnel). En cas de différend, le problème est soumis au Commanditaire.

Le Commanditaire met à disposition, les moyens d'entrer et de sortir de l'établissement, un bureau équipé d'un téléphone et d'un poste informatique (ou d'une possibilité de connexion à un éventuel réseau sous réserve des règles générales qui en régulent l'accès).

Le Commanditaire met à disposition des Evaluateurs, l'ensemble des documents que ce dernier estime nécessaire à la conduite des Evaluations.

Ces documents restent la propriété de l'établissement ou du service et les Evaluateurs s'engagent à ne pas les divulguer ni à faire état à l'extérieur de leur contenu, sauf dans le cadre du rapport final et/ou autorisation du Commanditaire. Les documents à caractère nominatif ou contenant des informations nominatives ne peuvent être communiqués sauf s'ils sont, préalablement et de façon certaines, anonymes.

Le rapport final reste la propriété du Commanditaire. Le Prestataire ne peut les diffuser, en tout ou partie, ou faire état de son contenu, sous quelle que forme que ce soit et quel qu'en soit le support (bulletins, communication orale ou écrite, ...) sous l'accord du Commanditaire.

Par contre, **l'EHPAD Village du Porhoët à Saint Jean Brévelay** et la structure SAS ADVITAM peuvent mentionner la réalisation de l'Evaluation Externe au titre de leurs références.

#### **ARTICLE 5 : LES CONDITIONS D'EXECUTION DU CONTRAT**

En cas de litige survenant avec la structure SAS ADVITAM quant à l'exécution de tout ou partie des dispositions du présent contrat ou de manquements constatés par le responsable de l'Evaluation, une rencontre avec le Commanditaire se tient. Le processus évaluatif peut être interrompu. Si le litige persiste il peut être fait appel à une médiation entre les deux parties.

Le contrat ne peut être rompu par l'une ou l'autre des parties qu'au vu de manquements graves aux dispositions précitées.

Les contentieux sont portés devant la juridiction compétente du lieu du siège du Commanditaire.

Fait en double exemplaire, à Saint Priest Taurion, le 03 avril 2014.

Le commanditaire (signature et cachet)



SAS ADVITAM (signature et cachet)



**ADVITAM**  
42 rue Jean Gagnant  
87480 SAINT PRIEST TAURION  
Tél./Fax 05 55 35 28 96  
advitam-formation@orange.fr  
SAS au capital de 20000 € - Siret : 521 783 904 00013  
RCS Limoges - APE 7022 Z - En exonération TVA art. 261-4-4 du CGI  
N° de déclaration d'activité : 74 87 01210 87

## 6.5 CV DES EVALUATEURS

### 6.5.1 Brigitte CREEL

**Brigitte CREEL : Directrice secteur médico-social  
Formatrice - Consultante**



#### ○ EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

---

**Depuis 2006 :**

**Intervenante en Formation et Conseil auprès d'établissements médico-sociaux et sanitaires**

- Evaluation interne et évaluation externe (EHPAD, ESAT, Foyer d'hébergement, SSIAD, SESSAD, SAVS, Foyer de vie)
- Accompagnement à la méthodologie du Projet d'Etablissement,
- Accompagnement à la méthodologie du Projet Personnalisé,
- Formation référent Bientraitance,
- Formation référent qualité.

**De 1992 à 2004 :**

**Directrice du Foyer Occupationnel et de la Maison d'Accueil Spécialisée de SORNAC (19)**

Siège social : Association des Centres Educatifs du Limousin.

**De 1979 à 1992 :**

**Directrice ESAT et Foyer d'hébergement de SORNAC (19)**

Siège social : Association des Centres Educatifs du Limousin.

**De 1976 à 1979 :**

**Chef de service éducatif à l'IMP de CHATENAY MALABRY (92)**

**De 1969 à 1976 :**

**Educatrice spécialisée à l'IMP de CHATENAY MALABRY (92)**

#### ○ FORMATIONS

---

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>2012</b>           | Référente Bientraitance dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, certifiée AFNOR (13/03/2012) |
| <b>2010-2011</b>      | Evaluatrice Externe Experte des Organisations de l'Economie Sociale certifiée AFNOR (10/02/2011)           |
| <b>De 1996 à 1998</b> | DESS (MASTER 2) Développement Territorial et Gestion des Ressources Humaines, Mention Assez Bien.          |

- 1969** Diplôme d'Educateur Spécialisé
- 1966** Diplôme de Psychagénésiste à la Chaire de Neuropsychiatrie de la Salpêtrière, service du Professeur Duché.
- 1964** Baccalauréat.

## ○ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

---

### Centre d'intérêts:

- Pratique de la course de fond - marathon.

### 6.5.2 Claudine LABRUNE

#### Claudine LABRUNE



#### FORMATIONS

- 2011 : Certification AFNOR d'évaluateur externe des organisations de l'économie sociale (AFNOR France La Plaine Saint Denis 93571)
- 1998 : Diplôme universitaire Qualité des soins (Université de Droit de Montpellier)
- 1992 : Diplôme de Cadre de Santé (IFCS – Croix-Rouge Française - Paris)
- 1990 : Formation Administration du Personnel (KPMG Limoges)
- 1970 : Diplôme d'état d'Infirmière (IFSI CRF Limoges)

#### EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

- 2005 à ce jour : Formatrice consultante indépendante (Evaluatrice interne et externe des établissements sociaux et médico-sociaux – Démarche Qualité –Management et Relations Humaines - Soins Infirmiers)
- 2005 à 2009 : Enseignante IFCS Paris Croix Rouge Française (temps partiel)
- 2007 et 2008 : Missions au titre de Cadre Supérieur de Santé en EHPAD (Eymoutiers – Saint-Léonard-de-Noblat – Bort-les-Orgues)
- 1989 à 2004 : Directrice des Ressources Humaines et des Soins Infirmiers (Clinique Chénieux Limoges)
- 1973 à 1989 : Infirmière puis Cadre Infirmier Chirurgie viscérale et Orthopédie.

- 1972 : Infirmière CHRU de Limoges (87) poste en Réanimation.
- 1971 : Infirmière Hôpital Pellegrin de Bordeaux (33) poste en Déchocage et Réanimation.
- 1970 : Infirmière Hôpital général Arles (13) poste de nuit en Médecine.

### **AUTRES EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES**

- Interventions et accompagnement de travaux de fin d'études et mémoires auprès des étudiants (Instituts de formation en Soins Infirmiers – Instituts de formation de Cadre de santé – étudiants IUP ...).
- Interventions et accompagnement auprès de jeunes sans emploi sur plate-forme d'insertion (Irfolim à Limoges).
- Membre de la commission de délivrance des diplômes étrangers IDE et AS (ARS Limousin).