Maison de Retraite Debrou
JOUE LES TOURS (37)

Rapport d'Evaluation externe

Evaluation externe
selon la méthodologie EVA-CNEH

10, 11 et 12 avril 2013

SOMMAIRE

Eléments de cadrage 4
I. Présentation de l'établissement et du contexte 4
II. Caractérisation de la population accueillie 6
III. Remerciements 8
Descriptif de la procédure d'évaluation externe 9
I. Présentation générale de la méthodologie d'évaluation externe EVA du CNEH 9
II. Présentation du référentiel EVA 2 11
III. Composition de l'équipe d'évaluateurs 13
IV. Déroulé de l'évaluation externe 14
1. La pré visite 14
2. La visite d'évaluation externe 14
Développements informatifs et résultats de l'analyse détaillée 16
I. CHAPITRE 1 : LE CADRE DE VIE 16
1. Item 1 : L'implantation de l'EHPAD dans son environnement 17
2. Item 2 : L'accessibilité de l'EHPAD et les circulations internes et externes 18
3. Item 3 : L'architecture, la qualité et la cohérence des espaces 19
4. Diagramme Cadre de vie 21
II. CHAPITRE 2 : LE CONFORT DE VIE 22
1. Item 4 : Le confort, les aménagements, l'esthétique et les équipements des espaces collectifs 22
2. Item 5 : Le confort, les aménagements, l'esthétique, les équipements de l'espace personnel (= la chambre) 23
3. Item 6 : Le service restauration 24
4. Item 6.1 : La production alimentaire 24
5. Item 6.2 : Le service hôtelier 26
6. Item 7 : Le service blanchisserie et le fonctionnement de la lingerie 27
7. Item 7.1 : La blanchisserie 27
8. Item 7.2 : La prestation lingerie 29
9. Item 8 : La propreté et l'hygiène des locaux 30
10. Item 9 : L'entretien et la maintenance, le fonctionnement des services techniques 31
11. Diagramme Confort de vie 32
III. CHAPITRE 3 : PERSONNALISATION DE L'ACCUEIL ET DE L'ACCOMPAGNEMENT 33
1. Item 10 : Organisation et personnalisation de l'admission et de l'accueil 33
2. Item 11 : Construction, mise en œuvre et évaluation du projet personnalisé 35
3. Item 12 : Respect des rythmes de vie et participation aux actes de la vie courante 36
4. Diagramme Personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement 37
IV. CHAPITRE 4 : VIE SOCIALE ET CITOYENNETE 38
1. Item 13 : Libertés, droits et exercice de la citoyenneté 39

2. Item 14 : Ethique et bientraitance en pratique....40
3. Item 15 : Organisation de l'animation et Projet d'animation....41
4. Item 16 : Activités collectives et individuelles et maintien du lien social....43
5. Item 17 : Place et participation des familles, des bénévoles et de l'entourage....44
6. Diagramme Vie sociale et citoyenneté....45
V. CHAPITRE 5 : ORGANISATION MEDICALE ET SOIGNANTE....46
1. Item 18 : Droit des malades et consentement aux soins....46
2. Item 19 : Les soins médicaux et le fonctionnement médical....47
3. Item 20 : L'urgence et la continuité des soins....48
4. Item 21 : Les soins paramédicaux et l'organisation soignante....49
5. Item 22 : Le Dossier Résident....50
6. Item 23 : Circuit du médicament (et fonctionnement de la pharmacie)....51
7. Diagramme Organisation médicale et soignante....53
VI. CHAPITRE 6 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES RISQUES DE SANTE SPECIFIQUES....54
1. Item 24 : Incontinence, élimination, constipation....55
2. Item 25 : Escarres....56
3. Item 26 : Contentions....57
4. Item 27 : Chutes....58
5. Item 28 : Dénutrition/déshydratation....59
6. Item 29 : Infections....59
7. Item 30 : Troubles du comportement....61
8. Item 31 : Douleur physique et souffrance morale....62
9. Item 32 : Soins palliatifs/fin de vie/décès....64
10. Diagramme Prévention et prise en charge des risques de santé spécifiques....65
VII. CHAPITRE 7 : MANAGEMENT/GESTION ET SUIVI DES ACTIVITES....66
1. Item 33 : Gestion économique, comptable et financière....66
2. Item 34 : Gestion administrative et management des ressources humaines....68
3. Item 35 : Formation continue, formation professionnelle....70
4. Item 36 : La coopération et l'action en réseaux, l'inscription dans le territoire de santé et la filière gériatrique....71
5. Item 37 : La communication externe, l'innovation et la recherche....72
6. Item 38 : Démarche qualité et suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne....72
7. Item 39 : La gestion globale des risques et les vigilances....74
8. Item 40 : Adéquation besoins/priorités/missions avec les objectifs du projet d'établissement....76
9. Diagramme Management, gestion et suivi des activités....78
Stratégie de développement : synthèse et préconisations....79
I. NON CONFORMITES REGLEMENTAIRES....80

II. PRECONISATIONS 81
1. RESSOURCES HUMAINES DE LA RESIDENCE 81
2. RESSOURCES FINANCIERES DE LA RESIDENCE 81
3. EQUIPEMENT DE LA RESIDENCE 81
4. COMMUNICATION DE LA RESIDENCE 82
5. MANAGEMENT DE LA RESIDENCE 83
CONCLUSION 84

ELEMENTS DE CADRAGE

I. Présentation de l'établissement et du contexte

La Maison de Retraite Debrou est un établissement public de 237 lits pour l'accueil de personnes de plus de 60 ans, dont une unité de vie protégée de 52 lits accueillant les personnes les plus dépendantes physiquement et/ou psychiquement.
Deux PASA de 14 places ont été pré labellisés en 2011.

L'établissement a été fondé en 1829 par l'abbé Nicolas Debrou, reconnu d'utilité publique en 1955 et transformé en Maison de Retraite en 1983.
L'architecture actuelle date des années 1970, la dernière extension a été réalisée en 1991.
Le bâtiment est en R+3 avec un rez de chaussée et un rez de jardin pour le bâtiment historique (5 niveaux).
La maison de retraite Debrou s'est engagée dans la reconstruction totale de l'établissement sur un nouveau site, d'une capacité de 240 lits dont 56 lits en UVA, 181 lits d'EHPAD en hébergement complet et 3 places en hébergement temporaire.

L'EHPAD « Debrou » est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour l'ensemble de sa capacité autorisée. Il dessert les cantons d'Amboise, Azay-le-Rideau, Langeais, Loches et Montbazon.

L'établissement dispose de 150 ETP, 5 gériatres interviennent au sein de l'établissement ainsi qu'une trentaine de médecins traitants extérieurs.

Le projet institutionnel 2010-2015 a été validé en Conseil d'administration et la convention tripartite a été signée le 25 octobre 2010 pour la période 2010-2014.
La Maison de Retraite Debrou accueille à ce jour 234 personnes âgées en hébergement complet dont 178 femmes et 56 Hommes. La moyenne d'âge est de 87 ans pour les Femmes et de 84 ans pour les Hommes.
Le Gir Moyen Pondéré (GMP) est validé au 31 décembre 2012 à 736.
Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) a été validé le 31 Août 2009 à 139, évalué le 27 décembre 2012 à 187 et à ce jour à 202.

C'est dans ce contexte que la Maison de Retraite Debrou a souhaité mettre en œuvre son évaluation externe sur l'ensemble de la structure.

Les attentes de l'établissement quant à cette évaluation externe telle que définie dans le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 ont été hiérarchisées comme tel :

- Maintenir et renforcer le dynamisme de la démarche qualité et de la gestion des risques afin d'optimiser la satisfaction des résidents ;
- Mettre en valeur les originalités de l'établissement ;
- Bénéficier d'un regard extérieur de professionnels de la gériatrie ;
- Confirmer ou infirmer les résultats de l'auto évaluation.

II. Caractérisation de la population accueillie

La pertinence de la prise en charge globale des résidents implique qu'il y ait adéquation entre les besoins de chaque personne âgée et la réponse aux besoins apportée par l'équipe de professionnels de gérontologie. Il importe donc de définir précisément les caractéristiques des personnes accueillies au sein de la **Maison de Retraite Debrou.**

Qui sont les personnes âgées demeurant à la résidence ?

A ce jour, la **Maison de Retraite Debrou** accueille 234 résidents dont 178 femmes et 56 hommes.

1. Age des résidents	Nombre de Personnes	%
De 60 à 72 ans	18	7.70
De 73 à 84 ans	79	33.76
De 85 ans à 99 ans	129	55.12
100ans et plus	8	3.42

2. Origine géographique de domicile	Nombre de PA([1])	%	% cumulé
Commune	69	29.50	29.50
Canton	66	28.20	57.70
Département	76	32.50	90.20
Hors département	23	9.80	100

3. Dépendance	Nombre de PA	%	% cumulé
GIR([2]) 1 et 2	153	64.56	64.56
GIR 3 et 4	67	28.27	92.83
GIR 5 et 6	17	7.17	100

Le GMP ([3]) validé au 31/12/2012 est de 736 sur un total maximum possible de 1000.

Le PMP ([4]) validé le 31 Août 2009 est de 139, il est évalué au 27 décembre 2012 à 187, à ce jour à 202.

[1] Personnes âgées
[2] Groupe Iso Ressource
[3] GIR moyen pondéré
[4] Pathos Moyen Pondéré

a) Quels sont les besoins des résidents ?

Les évaluateurs se sont référés à la pyramide de Maslow. Ils ont décliné :

- les besoins fondamentaux : boire, manger, éliminer, respirer …
- les besoins de sécurité : être soigné, protégé ...
- les besoins sociaux : estime de soi, estime des autres, aimer et être aimé, être reconnu, avoir un rôle social valorisé, être utile, être respecté, être responsable, apprendre …
- les besoins de dépassement : espérer, créer pour se réaliser, avoir une vie cultuelle et spirituelle …

b) Quelles sont les activités vécues à la résidence ?

Les divers moments d'une journée dans la structure du lever au coucher et à la nuit ont été observés : toilette, petit déjeuner, soins, animation, prise de médicaments, déjeuner, rythmes de vie, appellations, relations humaines, etc.

c) De quelles manières et où ces activités se déroulent-elles ?

Les protocoles, les lieux, la qualité des prestations linge, restauration, hygiène, activités d'animation, etc. ont été observés.

d) Par quels personnels ?

Il s'agit dans cette partie de recenser les compétences des professionnels par rapport aux besoins des personnes et du projet d'établissement. Les évaluateurs ont examiné les qualifications des personnels en se basant sur les diplômes et sur les formations professionnelles continues.

L'analyse des forces et des défis de l'établissement permettront de répondre à ces différents questionnements.

III. Remerciements

Les évaluateurs remercient **Monsieur ESSALHI** et toute l'équipe de professionnels de la **Maison de Retraite Debrou** qui n'ont pas changé leurs habitudes lors de l'observation et qui ont montré en toute sincérité leurs pratiques professionnelles à leurs pairs venus des EHPAD d'autres régions de France. Il faut un courage certain pour accepter un regard extérieur sur son exercice professionnel.

Cette attitude d'ouverture à l'évaluation externe a permis des observations qui devraient être utiles à l'équipe de la **Maison de Retraite Debrou** pour améliorer encore plus le service qu'elle offre.

Nous espérons que le travail des évaluateurs permettra aux professionnels de la **Maison de Retraite Debrou** d'accroître la valeur de la prise en charge des résidents.

DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE

I. Présentation générale de la méthodologie d'évaluation externe EVA du CNEH

Par décision en date du 10 Juin 2009 (parution au Bulletin Officiel Santé-Protection sociale-Solidarités N°2009/6 du 15 Juillet 2009), l'ANESM a habilité le CNEH à procéder à l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux selon le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Le CNEH réalise toutes ses évaluations externes selon la méthodologie et le référentiel EVA.

EVA est une méthode d'évaluation externe des établissements et services pour personnes âgées dépendantes. Elle repose sur les aspects développés dans l'annexe 1 du décret du 26 avril 1999, l'article 15 de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le décret du 15 mai 2007 et l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques validées ou produites sur le champ personnes âgées par l'ANESM, la HAS, la DGS et la DGCS...

Elle permet de porter une appréciation globale de la qualité de l'établissement ou service évalué et de proposer des points d'amélioration (préconisations / recommandations), en lien avec les résultats de l'auto-évaluation, les objectifs du projet d'établissement/service, et la convention tripartite.

La méthode d'évaluation externe EVA se place délibérément du point de vue du résident et repose sur une philosophie humaniste assumée, adossée à un certain nombre de points fondamentaux :

- La place centrale donnée à la dignité de la personne âgée,
- La mise en évidence de l'importance des capacités toujours existantes de chaque être humain
- La lutte contre les stéréotypes et l'image trop souvent dévalorisante des personnes âgées qui circule dans la société
- Le souci de conserver un esprit critique sur les pratiques et les attitudes des professionnels, avec la finalité de mettre en œuvre la bientraitance
- La volonté de répondre, dans la prise en soin de la personne âgée, à l'ensemble des besoins de l'être humain.

L'équipe d'évaluateurs externes du CNEH est toujours pluridisciplinaire.

Les évaluateurs sont des professionnels de terrain, spécifiquement formés aux méthodes d'évaluation, à la démarche qualité et à la méthodologie EVA. Les évaluateurs sont par ailleurs soumis à une clause de confidentialité (signature d'une déclaration sur l'honneur).

II. Présentation du référentiel EVA 2

La méthode d'évaluation externe du CNEH s'appuie sur le référentiel EVA 2 qui comprend 7 chapitres et 40 items. Chaque item correspond à une définition qui figure dans le manuel d'évaluation. La définition du manuel aboutit à fixer 4 niveaux pour chacun des items : A, B, C ou D. A et B étant des « forces », C et D des « défis ».

Les 7 chapitres et 40 items du référentiel EVA 2 sont les suivants :

CHAPITRE 1: CADRE DE VIE

1- L'implantation de l'EHPAD dans son environnement
2- L'accessibilité (interne et externe)
3- L'architecture, la qualité et la cohérence des espaces

CHAPITRE 2: CONFORT DE VIE

4- Le confort, l'aménagement, l'esthétique et les équipements des espaces collectifs (internes et externes)
5- Le confort, l'aménagement, l'esthétique, les équipements et la personnalisation de l'espace privatif (= la chambre)
6- Le service restauration:
    6.1- la production alimentaire
    6.2- le service hôtelier/restauration
7- Le service blanchisserie et le fonctionnement de la lingerie
    7.1- la Blanchisserie
    7.2- la prestation lingerie
8- La propreté et l'hygiène des locaux, l'organisation du ménage
9- L'entretien et la maintenance, le fonctionnement des services techniques

CHAPITRE 3: PERSONNALISATION DE L'ACCUEIL ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

10- Organisation et personnalisation de l'admission et de l'accueil
11- Construction, mise en œuvre et évaluation des projets personnalisés
12- Respect des rythmes de vie et participation aux actes de la vie courante

CHAPITRE 4: VIE SOCIALE ET CITOYENNETE

13- Liberté, droits, exercice de la citoyenneté
14- Ethique et bientraitance en pratique
15- Organisation de l'animation et Projet d'animation
16- Activités collectives et individuelles et maintien des liens sociaux
17- Place et participation des familles, de l'entourage et des bénévoles

CHAPITRE 5: ORGANISATION MEDICALE ET SOIGNANTE

18- Les droits du malade et le consentement aux soins (loi du 4 mars 2002)
19- Les soins médicaux et le fonctionnement médical
20- L'urgence et la continuité des soins
21- Les soins paramédicaux et l'organisation soignante
22- Le Dossier Résident
23- Le circuit du médicament

CHAPITRE 6: PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES RISQUES DE SANTE SPECIFIQUES

24- L'incontinence/l'élimination/la constipation
25- Les escarres

26- La contention
27- Les chutes
28- La dénutrition et la déshydratation
29- Les infections
30- Les troubles du comportement
31- La douleur physique et morale
32- Les soins palliatifs/fin de vie/décès

CHAPITRE 7: MANAGEMENT / GESTION ET SUIVI DES ACTIVITES

33- La gestion économique, comptable et financière
34- La gestion administrative et le management des ressources humaines
35- La formation continue et professionnelle
36- La coopération et l'action en réseaux, l'inscription dans le territoire de santé et la filière gériatrique
37- La communication externe, l'innovation et la recherche
38- La démarche qualité et les suites réservées aux résultats de l'évaluation interne
39- La gestion globale des risques
40- L'adéquation des besoins, priorités et missions avec les objectifs du projet d'établissement

III. Composition de l'équipe d'évaluateurs

Christine BATELI,

Gériatre, CH, Seclin, 59

Françoise BONNICHON,

Cadre supérieur de santé, C H S I, Ainay le château, 03

Yannick CANION,

Cadre de santé, EHPAD MEDULI, Castelnau de Médoc, 33

Dominique DEVISME,

Cadre supérieur de santé, CH Fernand Langlois, Neufchâtel en Bray, 76

Annick FOCQUEUR,

Cadre supérieur de santé, CH de Bigorre, Tarbes, 65

Dominique HINET,

Directeur, EHPAD La roche Libère, Terrasson, 24

Karl KOUKOUI,

Directeur, EHPAD Grange, Taninges, 74

Marie LEGRAND,

Technicienne qualité, CH, Verneuil sur Avre, 27

Annie LELIEVRE

Directrice Adjointe, CH des Quatre Villes, Saint Cloud, 92

Odile MICLET,

Attachée principale d'administration, EHPAD, Vertus, 51

Valérie ZANETTI

Cadre supérieur de santé, EHPAD les Hêtres, Faulx, 54

Brigitte REMMERY, Evaluateur Référent

Directeur Adjoint, C H I, Clermont de l'Oise, 60

IV. Déroulé de l'évaluation externe

L'évaluation externe s'effectue en 2 temps : la pré-visite puis la visite.

1. La pré visite

Quelques jours/semaines avant la visite d'évaluation, l'évaluateur référent (=chef d'équipe) se rend dans l'établissement pour une pré-visite.

Lors de cette pré-visite, l'évaluateur référent rencontre le chef d'établissement et l'équipe d'encadrement. Il effectue une visite accompagnée de la structure.

Il valide avec la direction le cadre évaluatif et le champ physique de l'évaluation. Il organise le déroulé de l'évaluation sur site : préparation des données statistiques permettant de connaître les caractéristiques des personnes accueillies, planification des rendez-vous et entretiens, recueil des principaux documents et préparation des documents que les évaluateurs consulteront sur place…

Lors de cette pré-visite, l'évaluateur référent présente la méthodologie et le référentiel à l'ensemble du personnel lors d'une réunion d'information plénière. Il s'assure de l'adhésion de l'équipe pour une évaluation externe. Cette démarche est importante au plan psychologique pour l'équipe de l'établissement évalué car l'évaluation devient alors une démarche de tous. L'objectif n'est pas de mettre en difficulté une équipe mais d'aider à l'amélioration continue de la qualité. La visée de cette première réunion est surtout pédagogique.

Cette étape est l'occasion d'échanger avec les professionnels autour du référentiel proposé. L'information la plus complète est une des conditions sine qua non de réussite de l'évaluation externe. Un débat est nécessaire avec l'équipe.

Cette pré-visite a été effectuée le **22 mars 2013.**

2. La visite d'évaluation externe

Les évaluateurs sont physiquement présents trois jours consécutifs au sein de l'établissement.

- les premières 24 heures sont dédiées au relevé de faits, à l'étude documentaire, aux entretiens programmés et non programmés,
- l'après-midi du 2ème jour est consacré à l'analyse et la synthèse des informations collectées et la cotation pluri professionnelle des 40 items du référentiel

- la dernière journée est consacrée à la préparation du rapport, la construction de la stratégie de développement (= préconisations) et la restitution orale des résultats aux professionnels de l'EHPAD évalué.

Les évaluateurs se placent du point de vue de la personne âgée qui vit dans l'institution observée. Ils notent les facteurs qui valorisent ou dévalorisent les personnes âgées au sein de l'établissement, comme les images, les noms, l'architecture… Ils observent les activités qui concourent à maintenir l'autonomie et à encourager le développement. Ils notent les écarts sur 40 rubriques (42 cotations) selon 4 niveaux A, B, C et D, de l'optimum à l'inacceptable. Aucune justification apportée par l'établissement n'est prise en considération, seuls les faits sont relevés et cotés.

La cotation sur 4 niveaux par rubrique est réalisée collectivement. Ce travail permet de construire la grille d'analyse factorielle qui fait émerger les forces et les défis qui sont restitués à l'équipe de professionnels de l'EHPAD.

Un diagramme est dessiné à l'aide des forces et défis cotés sur 4 niveaux, diagramme de qualité qui permet une visualisation des forces de l'établissement et des défis qu'il doit encore relever pour améliorer la qualité de ses prestations.

Enfin, une proposition de stratégie de développement est faite à l'établissement en corrélation avec les fluctuations du diagramme de qualité. Cette proposition est organisée selon les 5 piliers d'une organisation : les ressources humaines, les ressources financières, le management, la structure (= l'équipement), la communication.

La visite d'évaluation externe s'est déroulée les **10, 11 et 12 avril 2013.**

Suite à l'évaluation, le pré-rapport d'évaluation externe est envoyé au chef d'établissement dans les délais impartis. Celui-ci dispose alors d'un droit de dénonciation sur des points précis du rapport. Les évaluateurs enregistrent ces remarques et se réservent le droit de modifier ou non le rapport final. Le CNEH adresse le rapport d'évaluation externe définitif au directeur de l'établissement évalué, charge à lui de le transmettre à ses autorités de tarification.

Un autre exemplaire écrit du rapport est conservé par le CNEH, qui en garantit la totale confidentialité.

DEVELOPPEMENTS INFORMATIFS ET RESULTATS DE L'ANALYSE DETAILLEE

I. CHAPITRE 1 : LE CADRE DE VIE

L'intégration d'une personne âgée dans la société peut être facilitée ou contrariée en fonction de la situation géographique de l'EHPAD. L'intégration dans la vie sociale a plus de chances de réussir si la personne habite dans un logement semblable aux autres, s'il est possible d'utiliser tous les services (commerces, lieux publics et privés) mis à la disposition de la population en général et si cette intégration se produit d'une façon habituelle et naturelle. L'intégration n'a de sens que si elle est véritablement sociale, ce qui implique acceptation et interaction avec le milieu de vie et l'environnement de la ville ou du village. L'intégration d'un EHPAD dans une commune, un quartier peut s'apprécier en observant les éléments suivants :

- L'implantation à proximité d'une concentration de population,
- L'accessibilité du service,
- Son architecture.

Ces 3 éléments peuvent être en interaction ou indépendants entre eux. Lors de l'évaluation de la structure, il est important d'examiner sa place dans l'environnement (cartes géographiques, plan de la ville avec les routes d'accès, les moyens de transports publics et leurs horaires, caractéristiques du voisinage etc.….)

1. Item 1 : L'implantation de l'EHPAD dans son environnement

Définition :

L'implantation d'un EHPAD peut affecter l'intégration sociale et constituer un facteur favorisant ou défavorisant le processus d'intégration. Plus la distance de l'implantation de la structure par rapport à la ville ou au village est importante, moins l'identification avec la population est forte, d'où le risque que les résidents soient perçus comme des étrangers ou des personnes déficientes mises à l'écart. Les services, les clubs, bibliothèques, écoles, églises, cafés, restaurants, commerces, etc sont regardés comme supports à l'intégration des résidents dans la ville. Le potentiel intégratif est apprécié dans la relation entre le nombre de résidents de l'EHPAD et la probabilité que ce nombre de personnes âgées soit absorbé, intégré dans la population environnante en prenant en considération la concurrence éventuelle d'autres structures de personnes âgées ou spécialisées du secteur sanitaire ou médico-social.

C'est une **FORCE (A)** car :

- La Maison de Retraite Debrou est implantée au centre ville de Joué les Tours à proximité de l'Hôtel de ville, de la poste, d'agences bancaires, du trésor public, d'écoles et centre de loisirs, de l'église et de nombreux commerces et services ;
- L'établissement est situé au centre de la zone démographique ;
- La commune de Joué les Tours dispose également d'un EHPAD privé à but non lucratif de 100 places, de deux foyers logements et d'un centre « d'habitat intermédiaire sénior » ;
- La commune de Joué les Tours est située en Indre et Loire, à 5 km de la ville de Tours ;
- Le résumé statistique de l'INSSE, mis à jour le 31 janvier 2013, fait apparaitre la population de 2009 : 36000 habitants;
- L'Hôpital de référence, le CHRU de Tours notamment pour les urgences de l'hôpital Trousseau, est situé à 5.5 km à Chambray les Tours.

2. Item 2 : L'accessibilité de l'EHPAD et les circulations internes et externes

Définition :

Pour ce critère, il est tenu compte de la disponibilité et de la commodité des moyens de transport et de stationnement, de l'encombrement des voies d'accès ainsi que de la sécurité et la facilité avec lesquelles les résidents et leurs familles peuvent accéder ou sortir de l'établissement.

La Loi 2005-102 du11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » fixe le principe d'une accessibilité généralisée. L'EHPAD accueille par définition des personnes âgées fragiles pouvant présenter des handicaps physiques ou psychiques. Il doit donc de par sa spécialité gériatrique être particulièrement adapté aux handicaps des personnes âgées.

Bien que,

- L'accès au parking de l'établissement ne soit pas signalé ;
- La clôture à cet endroit soit vétuste, cassée, voire inexistante ;
- La signalétique interne ne soit pas adaptée aux personnes en situation de handicap ;
- L'accès au jardin ne soit pas signalé ;
- La signalétique rez de chaussée bas, rez de jardin ou sous-sol porte à confusion ;
- Il n'existe pas d'accès spécifique aux ambulances ;
- Les circulations soient encombrées de chariots, fauteuils, déambulateurs, lèves malades

C'est une **FORCE (B)** car :

- L'établissement est accessible de la place centrale de Joué les Tours ;
- Il est desservi par de nombreux transports en commun (bus, tramway, gare SNCF…) ;
- Il dispose d'un parking gratuit de 30 places accessible aux personnels, familles et visiteurs ;
- L'accès à ce parking est libre ;
- Les accès jardin et parking sont éclairés la nuit ;
- Plusieurs places à destination des personnes handicapées sont matérialisées ;
- La Résidence bénéficie également de parkings municipaux à proximité ;
- Les trottoirs sont facilement praticables en fauteuil roulant ; ils sont équipés de bateaux ;
- L'établissement dispose d'accès par codes aux différentes unités de vie ; le code est affiché pour permettre l'accès et la sortie aux résidents autonomes et visiteurs ;
- Il existe une signalétique interne pour l'orientation des résidents et visiteurs ;
- De façon générale, les circulations sont larges et éclairées ;

- Les circulations sont équipées de mains courantes ;
- Les salles d'eau individuelles sont accessibles au fauteuil roulant.

3. Item 3 : L'architecture, la qualité et la cohérence des espaces

Définition :

La perception extérieure de l'édifice par le public peut avoir un impact positif ou négatif sur les personnes qui y séjournent. Il est tenu compte de la cohérence du bâti (intérieur et extérieur) avec l'âge, la culture et les pathologies des personnes prises en charge (taille et fonctionnalité des espaces, entretien des façades…). L'architecture et l'agencement des espaces doivent prendre en considération l'âge des personnes hébergées : hauteur des fenêtres pour voir à l'extérieur même assis, salle de bains adaptée…

L'effet cumulatif d'images négatives (nom du service, emplacement mal choisi, regroupement important …) est l'une des façons les plus efficaces de maintenir ou d'aggraver des stéréotypes négatifs de la part du public. A contrario, les interprétations positives liées à un EHPAD peuvent rehausser l'image des résidents dans la population.

Ces images ont un effet direct sur le comportement des personnes âgées qui risquent d'agir en conséquence de ce que les autres attendent d'elles.

Bien que,

- L'architecture de la Maison de Retraite Debrou soit en harmonie avec les immeubles environnants ;
- L'établissement soit intégré dans l'environnement en matière de style et de taille ;
- Le vocabulaire utilisé fasse référence à des logements d'habitation individuelle
- Les services portent des noms d'artistes, poètes, écrivains ;
- Il existe une salle de bains collective par unité de vie ;
- Il existe de nombreux espaces collectifs : petits salons, salles de restauration et un espace ouvert pour l'animation ;

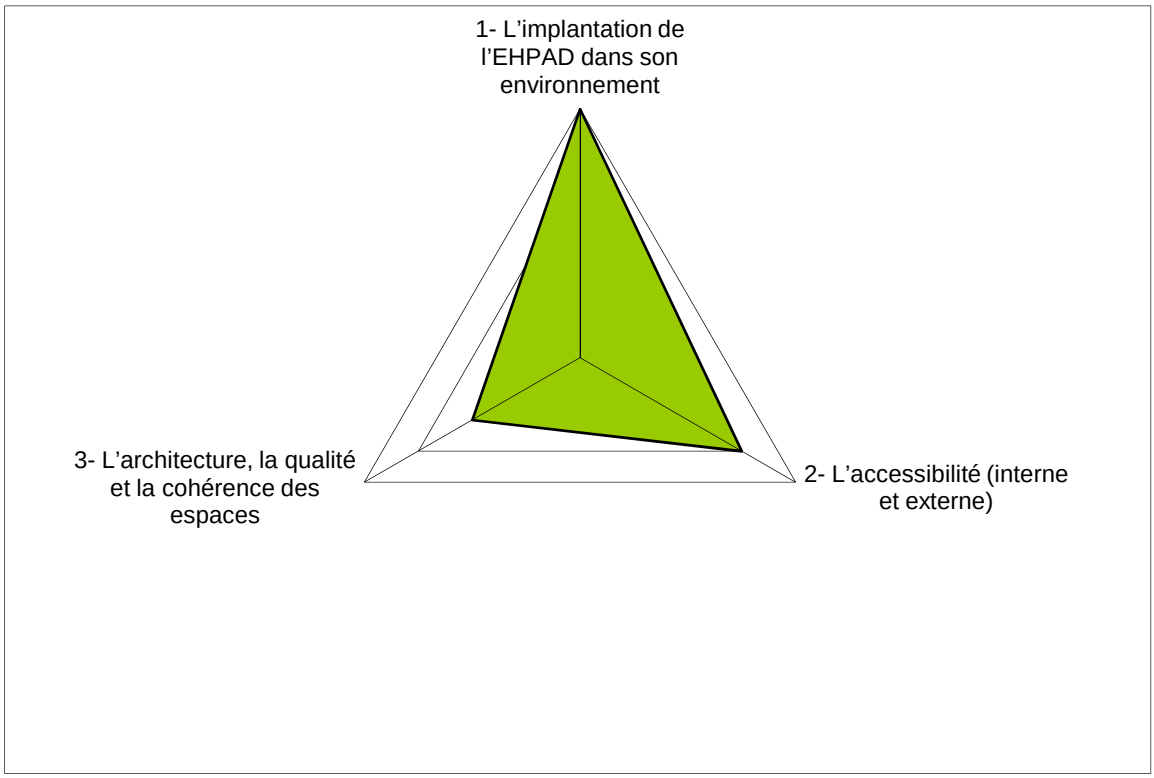
C'est un **DEFI (C)** car :

- Les noms des Unités ne sont pas utilisés au quotidien par les professionnels qui utilisent des lettres pour désigner les unités ;
- L'établissement dispose de 18 % de chambres doubles ; ces chambres ont une superficie entre 20 et 22 m2 ;
- 27 chambres individuelles ont une superficie inférieure à 16 m2 ;
- Il n'existe pas de douche dans les salles de bain des chambres.

4. Diagramme Cadre de vie

Le diagramme polaire de qualité met en évidence les niveaux obtenus sur chaque point d'évaluation. Il fait clairement apparaître les points forts mais également les défis qui restent à travailler.

Le diagramme qualité fait ressortir qu'un EHPAD est un prestataire de services dont le niveau de qualité dépend de la façon dont il est servi par les professionnels. La démarche qualité d'un EHPAD ne peut résulter que de la volonté de la direction et de l'encadrement, bien compris et mis en œuvre par une équipe compétente, formée et volontaire.



II. CHAPITRE 2 : LE CONFORT DE VIE

Le confort de vie ou qualité de vie des habitants d'un EHPAD est multi factorielle et donc fragile. Le confort de vie mérite l'attention permanente de tous les professionnels d'un EHPAD car il dépasse largement le simple confort physique.

Le confort de vie prend en compte l'impact des choix institutionnels des professionnels sur la manière de vivre des personnes âgées de l'EHPAD. Elles les vivent et les ressentent au quotidien. Le confort de vie a pour synonyme le bien être des résidents de l'EHPAD. Ce concept est multidimensionnel, outre l'intégration sociale, l'accueil, l'individualisation, les paramètres physiques de l'environnement de l'établissement conditionnent le confort de vie des personnes qui y vivent.

Ce chapitre apprécie le confort, les aménagements, l'esthétique, l'équipement des espaces collectifs et des espaces privatifs. Il cible l'ensemble de la prestation dite « hôtelière ». Il s'attarde sur la restauration en salle ou en chambre, la qualité de la production alimentaire et l'organisation et le fonctionnement de la cuisine. Il examine l'aspect entretien du linge et des vêtements ainsi que l'hygiène des locaux communs et privés. Enfin, un EHPAD ne peut conserver une haute qualité de prestations sans un service de maintenance préventive et curative.

1. Item 4 : Le confort, les aménagements, l'esthétique et les équipements des espaces collectifs

Définition

Le confort hôtelier des espaces collectifs, internes et externes, doit être apprécié tel que le résident le perçoit. L'esthétique, les aménagements et les équipements doivent prendre en considération l'âge des personnes hébergées.

Les éléments souhaitables comprennent notamment des meubles confortables et adaptés aux attentes et aux besoins des résidents, une chaleur convenable pendant la saison froide, une température appropriée pendant la saison chaude, l'absence d'odeurs désagréables ou de bruits excessifs, la qualité de la luminosité.

La décoration murale agréable s'intègre dans la culture locale. Le fleurissement, les objets décoratifs (peintures, sculptures…) pertinents valorisent par leur qualité les habitants de la résidence. Des espaces de convivialité, de rencontres sont aménagés non seulement dans le hall d'entrée mais dans tous les lieux de vie ou étages. Ces espaces collectifs de détente et de vie sont meublés avec goût. Les aménagements sont accessibles et facilement utilisables par les résidents : interrupteurs à déclanchement automatique…

Le jardin ou le parc est correctement entretenu et fleuri avec goût et recherche. Il est agréable à l'œil et investi par les résidents en période estivale.

Bien que,

- La température des locaux soit agréable ;
- Des thermomètres permettent de la contrôler ;
- Les espaces collectifs, lumineux pour la plupart, soient investis par les résidents ;
- Certains espaces fassent l'objet d'un aménagement spécifique soigné (bibliothèque, hall d'entrée, pièce destinée à la prise de repas en famille…) ;
- Le niveau sonore soit agréable ;
- Les ascenseurs disposent d'un siège amovible ;
- Il existe des terrasses, des balcons et un jardin ;
- Des espaces d'activités soient aménagés avec soin, avec un mobilier adapté et de couleur agréable (salle de relaxation, salon de coiffure, salle d'animation) ;
- A certains croisements de circulation, des miroirs soient installés pour une meilleure visibilité des soignants et pour la sécurité des résidents.

C'est un **DEFI (C)** car :

- Le jardin est peu valorisé ; il ne fait pas l'objet d'un projet spécifique ; il y a peu d'aménagements permettant la déambulation des personnes à mobilité réduite (bancs, barres d'appui …) ;
- Les terrasses et balcons ne sont pas entretenus et ne bénéficient pas d'aménagement (pas de fleurissement, présence de mousse) ;
- Ces terrasses et balcons ne sont pas librement accessibles aux résidents ;
- Certains espaces communs sont délaissés en terme d'aménagement et sont utilisés pour entreposer des mobiliers vétustes ;
- Certains couloirs des unités de vie disposent d'un sol en carrelage (bruit, aspect non hôtelier) ;
- La peinture des murs et plafonds, des couloirs et escaliers est vétuste ; les couloirs et portes de chambres sont par endroit très abimés et sombres ;
- Le siège escamotable de l'ascenseur est en état vétuste ;
- On observe certaines odeurs de tabac et d'urines par endroit et le sol de certaines circulations et chambres est collant.

2. Item 5 : Le confort, les aménagements, l'esthétique, les équipements de l'espace personnel (= la chambre)

Définition

Les chambres des résidents, même à plusieurs, sont des espaces privés. Le résident doit pouvoir s'approprier son espace privé qui est devenu son domicile en le décorant et le meublant selon ses goûts et avec son mobilier (raisonnablement) et sa décoration. En effet, l'aménagement, la décoration d'un logement constituent une projection sur l'environnement de l'image de soi. En outre, les aménagements et les équipements proposés par l'EHPAD doivent prendre en considération l'âge des personnes hébergées.

Bien que,

- Les résidents aient la possibilité de personnaliser leur logement ;
- Certaines chambres disposent de balcons avec accès direct extérieur au rez de jardin ;
- Les portes des chambres soient fermées ;
- Les résidents puissent disposer de leur clef de chambre ;
- La plupart des lits soient adaptés à la prise en soins des résidents ;
- Il existe des lits Alzheimer ;
- La mise en œuvre du projet architectural ait démarré ;

C'est un **DEFI (C)** car :

- Tous les résidents ne disposent pas d'un logement individuel avec douche ;
- Les chambres sont vétustes (peinture, revêtement de sol, tapisserie) ;
- Certaines chambres manquent de luminosité ;
- Les placards destinés aux effets personnels des résidents ne disposent pas de porte mais de rideaux ;
- Toutes les chambres ne disposent pas de voilage ou rideaux aux fenêtres ;
- Excepté le lit, les autres mobiliers de la chambre sont souvent vétustes et non coordonnés ; certaines chaises sont peu confortables pour les résidents.

3. Item 6 : Le service restauration

Ce chapitre concerne deux aspects séparés mais indissociables : la production alimentaire et le service hôtelier. La restauration s'entend de la production à la présentation à l'assiette. Manger doit demeurer un plaisir et un moment de convivialité.

4. Item 6.1 : La production alimentaire

Définition :

En cuisine ou dans l'unité centrale de production, le système d'assurance qualité HACCP est en place, avec ses règles d'hygiène strictes et le principe de la marche en avant.

Bien que,

- La diététicienne soit en arrêt (congé maternité) ;
- Les locaux ne soient pas adaptés ;
- Le lieu de livraison des denrées se situe dans un lieu de passage ;
- Le port de charlottes ne soit pas systématique ;
- L'organisation actuelle de la cuisine ne permette pas la mise en œuvre stricte de la méthode HACCP ;
- L'accès à la cuisine ne soit pas contrôlé ;
- Il n'existe pas de signalétique à l'entrée interdisant l'accès aux cuisines ;
- Pour accéder au bureau du responsable de restauration, il est nécessaire d'entrer dans l'enceinte de la cuisine ; ces allées et venues se faisant sans protection particulière ;
- Le dernier rapport des services vétérinaires date de 2012 ;
- Certains produits (yaourts, …) soient stockés dans la même chambre froide que des denrées prêtes à consommer ;

C'est une FORCE (B) car :

- Les fiches HACCP et procédures existent et sont à la disposition du personnel ;
- Un contrat pour des analyses en hygiène alimentaire existe depuis 2001 avec un laboratoire qui procède à une analyse microbiologique mensuelle ;
- Il existe des fiches de poste détaillées pour chaque agent ;
- Le responsable du service restauration pallie à l'absence temporaire de diététicienne concernant l'application des régimes en suivant les directives que celle-ci a transmises avant son départ en congé de maternité ;
- Il est proposé aux visiteurs un kit de protection pour visiter la cuisine ;
- Les menus sont élaborés en partenariat avec la diététicienne ;
- Les commandes sont réalisées en fonction des saisons et du cours des denrées ;
- Des menus hachés, mixés et diététiques sont possibles en respectant les recommandations médicales et diététiques ;
- Les aversions, les goûts et les souhaits sont recueillis à l'entrée des résidents ;
- Il existe une organisation de plats témoins ;
- Les fiches de production alimentaire sont réalisées et sont à disposition des agents.

5. Item 6.2 : Le service hôtelier

Définition :

Il comprend toutes les activités en lien avec les repas (hors production). Leur confection donne satisfaction aux convives (présentation et goût), répond à leurs besoins (respect de l'équilibre alimentaire et s'il y a lieu des régimes, quantités suffisantes) et elle assure leur sécurité (respect des impératifs législatifs et réglementaires, système d'assurance qualité et traitement des non-conformités).

Bien que,

- La commission des menus soit composée à majorité de professionnels (2/3) ;
- Le taux de participation des résidents à l'enquête de satisfaction soit de 17 % ;
- Le petit déjeuner soit perçu comme peu varié et que la présentation ne fasse pas l'objet d'un effort particulier ;

C'est une **FORCE (B)** car :

- Le service repas est convivial, tous les agents participent au service ;
- Une attention particulière est portée aux résidents, une aide est apportée, en position assise, à la prise des repas pour les résidents qui le nécessitent ;
- De façon générale, l'équipe vérifie que chaque résident prenne son repas, une stimulation est réalisée si nécessaire, un plat de substitution est proposé en cas d'aversion ;
- Le service est réalisé à l'assiette et un deuxième service est systématiquement proposé ;
- Le personnel est attentif à la température des plats ;
- Un choix est proposé pour le fromage, les desserts sont variés ;
- Les condiments sont sur les tables ou proposés au moment du service ;
- Les résidents disposent d'eau plate, d'eau gazeuse, de vin, de sirop ;
- Le niveau sonore des salles à manger est agréable ;
- Chaque table est identifiée avec le nom des résidents, ils sont placés si possible par affinité ;
- Les résidents sont calmes et apprécient le repas ;
- A la fin du repas, les professionnels aident les résidents à s'essuyer la bouche et les mains à l'aide d'une lingette ;
- Une tenue de service est portée par le personnel ;
- Une commission de menus est en place et se réunit deux à trois fois par an, les plaintes y sont recueillies ;
- Une enquête de satisfaction auprès des résidents a été réalisée en 2012 ;
- Le menu est affiché ;

- La durée du repas permet aux résidents de prendre leur repas tranquillement, ils ne sont pas pressés ;
- Le personnel de nuit propose des collations aux résidents qui le souhaitent.

6. Item 7 : Le service blanchisserie et le fonctionnement de la lingerie

Définition :

Sont concernés le linge des résidents et de l'institution. L'évaluation concerne 3 domaines, 1) les moyens humains et matériels mis en oeuvre ainsi que les produits employés, 2) les procédures utilisées et 3) les résultats obtenus.

7. Item 7.1 : La blanchisserie

Définition

Tout ou partie du traitement du linge en EHPAD peut faire l'objet d'une externalisation. Quelle que soit l'option choisie par l'EHPAD, la blanchisserie est un lieu de travail pénible, bruyant, humide et chaud qui doit répondre aux obligations et règlementations en vigueur. La méthode RABC doit être mise en œuvre : procédures, formation, produits, contrôle…

Bien que,

- Les locaux soient vétustes ;
- Le circuit du transport de linge sale passe par l'ascenseur visiteurs ;
- Les professionnels prennent leur repas au sein du service, à proximité des tenues professionnelles propres et sans changer de tenue ;
- L'enquête de satisfaction 2012 montre que les résidents sont moins satisfaits sur le repassage ;

C'est une **FORCE (B)** car :

- L'intégralité du linge plat, des résidents et des professionnels est traité en interne ;
- La méthode RABC est respectée ;
- Le circuit propre / sale est respecté au sein de la blanchisserie ;
- Il existe des procédures d'hygiène et de désinfection regroupées dans un classeur à disposition ;
- L'enquête de satisfaction comprend des items sur l'entretien du linge ;
- Le service offre une satisfaction globale à 75 %.

8. Item 7.2 : La prestation lingerie

Définition

Ce chapitre traite de tous les aspects du traitement du linge (hors blanchisserie) : inventaire, marquage, tri, stockage, circuit, délai de retour, procédures, perte, dégradation…

C'est une **FORCE (A)** car :

- Il existe un trousseau type proposé à l'entrée ;
- Les résidents sont invités à amener leurs serviettes de toilette, gants, serviettes de table ;
- Le marquage du linge est assuré par la famille, si celle-ci ne souhaite pas le faire, l'établissement oriente vers des prestataires adaptés ;
- Les petits travaux de couture sont assurés par le personnel de la lingerie ;
- Une organisation est mise en place pour le retrait du linge usé ainsi que pour les résidents ne disposant pas de linge ;
- Les déclarations de perte ou de dégradation sont traitées et une réponse est apportée ;
- Ces dysfonctionnements sont suivis par la direction ;
- Le service lingerie livre le linge personnel des résidents dans le service et les professionnels des unités assurent le rangement dans les armoires des chambres ;
- Les voilages, rideaux et dessus de lit font l'objet d'un entretien régulier, tracé, formalisé ;
- L'entretien du linge est intégré dans le prix de journée ;
- Les tenues professionnelles sont entretenues par l'établissement ;
- Le personnel dispose de 5 tenues pour permettre le roulement.

9. Item 8 : La propreté et l'hygiène des locaux

Définition

La propreté des locaux dépend de la politique en la matière : organisation et suivi de l'activité, formation des personnels, procédures retenues et produits utilisés.

Bien que,

- Certains couloirs et espaces communs font apparaitre des difficultés d'entretien (sols collants) ;

C'est une **FORCE (B)** car :

- Une organisation d'entretien des locaux a été mise en place, elle distingue l'entretien des espaces collectifs de celui des espaces privatifs et unités de vie ;
- Les agents sont formés au maniement des matériels et à l'utilisation des produits ;
- L'entretien des espaces privatifs est réalisé chaque jour, plusieurs agents sont chargés du nettoyage de fond de 6 chambres tous les jours y compris le weekend, les chambres sont donc nettoyées à fond une à deux fois par mois ;
- Une infirmière hygiéniste est en cours de formation : 2ème année de DU d'hygiène hospitalière
- Les agents d'entretien ont bénéficié de la formation humanitude ;
- Le document d'analyse des risques infectieux a été réalisé en avril 2013, le résultat obtenu est de 87 % d'objectifs atteints, l'aspect général de propreté de la résidence est correct ;
- Des référents hygiène sont désignés ;
- Le stockage des chariots et produits est réalisé dans un local non accessible aux résidents.

10. Item 9 : L'entretien et la maintenance, le fonctionnement des services techniques

Définition

L'évaluation concerne 3 domaines, 1) les moyens humains et matériels mis en œuvre, 2) les procédures utilisées et 3) les résultats obtenus.

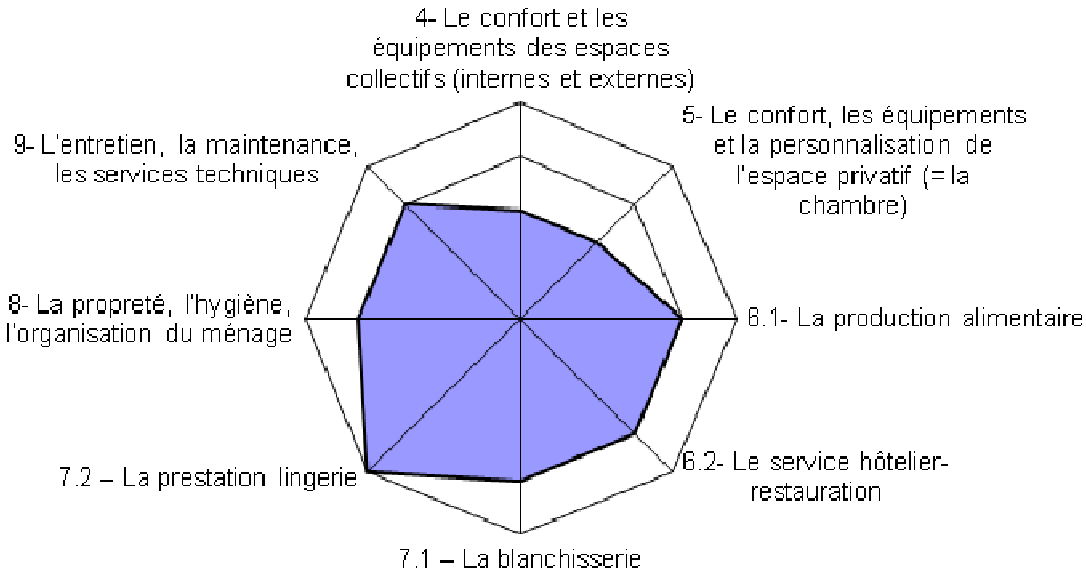
Bien que,

- Le responsable soit en arrêt longue durée ;
- Le circuit et la traçabilité des demandes soient partiellement informatisés ;
- Il n'existe pas de retour écrit des demandes de travaux ;

C'est une **FORCE (B)** car :

- Les agents de l'équipe technique disposent de compétences différentes et font preuve de polyvalence
- Un recrutement est en cours pour compléter l'équipe
- Il existe des contrats de maintenance pour toutes les installations techniques
- Il existe une astreinte technique externalisée, gérée par EIFFAGE ENERGIE ;
- Il existe une formalisation des demandes de réparations
- Les résidents et les familles peuvent utiliser les FEI pour demander des petites réparations
- Le traitement des demandes de réparations est hiérarchisé,
- La priorité de traitement est la sécurité des résidents, des visiteurs et des personnels
- Un agent est formé à la sécurité incendie et est en cours de formation complémentaire afin d'assurer lui-même en interne la formation des agents

11. Diagramme Confort de vie



III. CHAPITRE 3 : PERSONNALISATION DE L'ACCUEIL ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

Lors de son entrée en institution, la personne âgée subit une rupture avec tout ce qui constituait sa vie : son logement, ses meubles, ses relations, ses habitudes de vie ….C'est pour elle un bouleversement qui crée un déséquilibre, une angoisse et une perte de repères. Pour une personne âgée, le changement est rarement le bienvenu. Plus grand est l'âge, plus le changement semble malheureusement annoncer la fin de la vie. Dans cet état d'esprit, le moindre détail prend une importance démesurée. C'est pourquoi l'entrée et les premières semaines sont capitales. L'EHPAD respecte les dispositions du guide des bonnes pratiques de l'ANESM sur l'accueil des nouveaux résidents.

1. Item 10 : Organisation et personnalisation de l'admission et de l'accueil

Définition :

Le premier contact avec l'établissement, qu'il soit téléphonique ou physique, va impacter sur l'image de l'établissement. L'admission et l'accueil auront un impact sur la manière dont le résident s'intégrera dans la structure et sur la participation qu'il y prendra. Ils influent également sur le degré d'implication de la famille dans la vie de l'établissement. Ils doivent être préparés et personnalisés.

L'obtention d'un accueil de qualité est fonction de la politique, de l'organisation, des moyens mis en œuvre et de l'investissement de chacun des personnels.

Bien que,

- La visite de pré admission ne soit pas formalisée et pas réalisée ;

C'est une **FORCE (B)** car :

- Le mode opératoire des admissions est formalisé de la demande jusqu'à l'arrivée du résident ;
- Le médecin coordonnateur est destinataire de la demande d'admission et donne son avis par écrit **;**
- Une commission d'admission est constituée ; y participent le directeur, le médecin coordonnateur, le cadre supérieur de santé et le cadre de l'unité ;

- Une visite de l'établissement est proposée avant l'arrivée du résident, elle permet la remise des documents d'information notamment le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, la charte des droits et libertés ;
- Lors de la visite, le consentement est recherché et recueilli ;
- Une assurance responsabilité civile est demandée à l'entrée ;
- Un inventaire contradictoire des vêtements est réalisé en double exemplaires ;
- Les résidents ont la possibilité d'amener des objets personnels et petits mobiliers ;
- Une carte de bienvenue est disposée sur la porte d'entrée du logement du nouveau résident ;
- Le recours à la psychologue est possible si nécessaire ;
- Les demandes en attente sont classées ; chaque demande fait l'objet d'une réponse écrite ;
- Le bureau d'accueil est ouvert de 8 h 30 à 17 h 30 et assure un réel accueil des visiteurs.

2. Item 11 : Construction, mise en œuvre et évaluation du projet personnalisé

Définition

Le projet personnalisé définit les objectifs, actions et moyens à mettre en œuvre auprès de la personne âgée afin de privilégier le maintien de son autonomie, le développement d'une vie sociale. Il est effectué de manière individuelle et personnalisée pour chaque résident à partir de ses goûts et dégoûts, de ses attentes et besoins, dans le respect de ses habitudes ; il fait l'objet de réévaluations régulières. Les objectifs individualisés, identifiés en équipe pluridisciplinaire et négociés avec les intéressés et leur famille, visent à préserver, à maintenir, à développer ou à améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents.

Bien que,

- Les projets personnalisés ne fassent pas l'objet de synthèses régulières ;

C'est une **FORCE (B)** car **:**

- Il existe un mode opératoire intitulé « Accueil et élaboration du projet de vie » ;
- Le document concernant le recueil de l'histoire de vie et habitudes de vie est remis lors de la visite de l'établissement ;
- Le jour de l'admission, l'infirmière débute le recueil de données avec le résident et sa famille pour la réalisation du projet personnalisé ;
- L'équipe soignante dispose de trois semaines pour établir le projet de vie personnel ;
- Une synthèse est effectuée par informatique avec des objectifs individualisés réévalués à trois semaines pour être réajustés ;
- Chaque Projet Personnalisé est cosigné par le directeur et le résident.

3. Item 12 : Respect des rythmes de vie et participation aux actes de la vie courante

Définition

L'EHPAD est au service des résidents et non les résidents au service de l'EHPAD et de ses personnels. Dans les EHPAD, l'heure du lever, du coucher et du repas, etc, devraient être les mêmes que lorsque la personne vivait à domicile, et non pas être déterminées pour simplifier l'organisation du service ou pour accommoder le personnel.

De plus, l'établissement favorise la participation des résidents aux actes de la vie courante : ce sont toutes les activités que chaque personne autonome accomplit seule chaque jour. Les interventions du personnel tiennent compte de ce que le résident peut faire et veut faire par lui-même, et s'adaptent au rythme de la personne âgée. Le rôle des soignants est selon la situation, d'inciter ou d'encourager la personne âgée à participer à ces actes. Dans tous les cas, le personnel valorise la personne âgée.

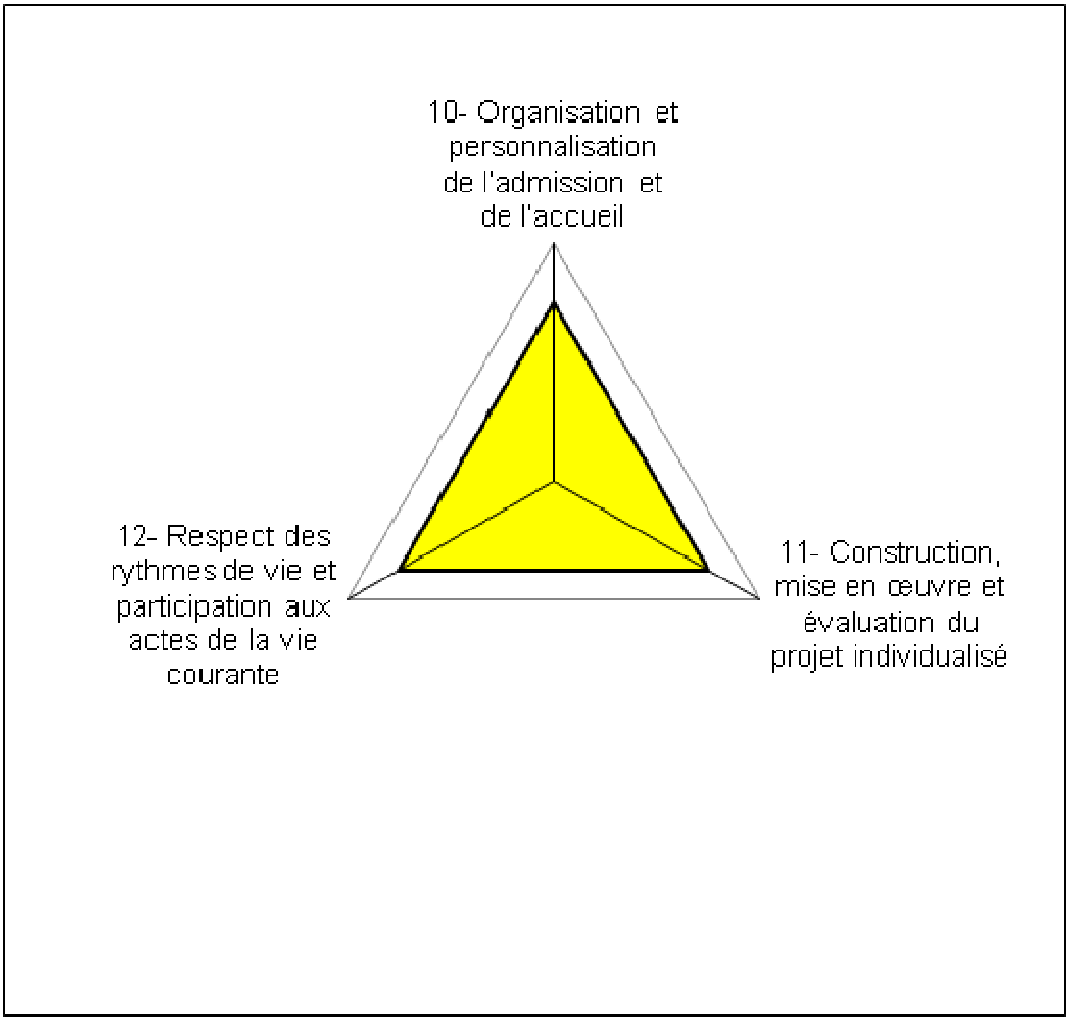
Bien que,

- L'amplitude horaire entre le repas du soir et le petit déjeuner soit supérieure à 12h ;
- Certaines consultations médicales soient réalisées à 8 h 30 ;
- Le repas du soir soit servi à partir de 18 h en fonction des unités ;

C'est une **FORCE(B)** car :

- Le rythme de vie des résidents est respecté, le petit déjeuner est servi entre 7 h 30 et 8 h 30, le repas de midi est servi à 12 h, une collation est proposée à 15 h – 15 h 30, une collation de nuit est proposée et tracée, le coucher respecte le rythme de vie des résidents ;
- Les résidents sont bien vêtus, ils ont le choix de leur vêtement, et le port de bijoux est autorisé ;
- Les femmes sont coquettes et coiffées, les ongles sont soignés ;
- Les résidents sont accompagnés dans les actes de la vie courante afin de maintenir leur autonomie ;
- Un atelier de pliage du linge est proposé.

4. Diagramme Personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement



IV. CHAPITRE 4 : VIE SOCIALE ET CITOYENNETE

Ce chapitre traite de la vie sociale quotidienne des résidents. Il s'agit d'observer comment, comme à domicile, les personnes âgées peuvent jouir de leurs droits et libertés et exercer leurs droits civiques. L'éthique qui guide les personnels qui les entourent permet de promouvoir la bientraitance et des actions sont mises en place pour prévenir la maltraitance.

Par ailleurs, les personnes âgées bénéficient d'activités quotidiennes définies dans un projet d'animation qui leur permettent de conserver des liens sociaux avec leurs familles et leur entourage. Ces activités, individuelles ou collectives, au travers des projets et des résultats observés, témoignent de la qualité du lieu de vie offert par l'institution.

1. Item 13 : Libertés, droits et exercice de la citoyenneté

Définition

Les règlements de l'institution, les formes d'organisation, les activités d'un EHPAD doivent encourager au maximum l'autonomie et les droits des usagers. Cela signifie que les personnes doivent jouir des mêmes droits que si elles vivaient à domicile. Les résidents doivent être maîtres et responsables de leurs actes, prendre des décisions sans être soumis à des contraintes excessives. Avoir des droits implique également d'avoir des devoirs. Il est nécessaire de respecter un minimum de règles de vie en communauté. Les tuteurs sont présents pour défendre les droits et intérêts des personnes.

Bien que,

- Il n'existe pas de régie d'avances et de recettes ;
- Les dépôts de valeurs soient conservés dans un coffre à l'administration avant la remise au trésorier lors de ses venues quotidiennes ;
- Des objets de valeur appartenant aux résidents puissent être déposés dans des coffres situés dans les salles de soins ;

C'est une **FORCE (B)** car :

- Chaque résident peut disposer d'une ligne téléphonique ;
- Les résidents peuvent disposer de leur clef de logement ;
- Les résidents peuvent aller et venir à l'extérieur en informant le personnel ;
- Le courrier est remis tous les jours sauf le samedi par un agent de l'établissement ;
- Les résidents qui le souhaitent sont accompagnés pour aller voter ;
- Les résidents peuvent recevoir leur famille et leurs amis pour déjeuner à condition de prévenir ;
- Les horaires de visite sont souples ;
- Les plaintes et les réclamations sont réalisées par le biais des feuilles d'événements indésirables ; une réponse est apportée lors d'un entretien ou par écrit. Les fiches d'évènements indésirables sont disponibles sur le site internet et à l'accueil ;
- L'usager est informé de ses droits ;
- La charte des droits et libertés est affichée.

2. Item 14 : Ethique et bientraitance en pratique

Définition :

Il est naturel qu'EVA place ce risque de perte de principes éthiques comme premier risque d'un EHPAD. La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. Par ailleurs, l'établissement met en œuvre toutes les actions nécessaires en matière de prévention de la maltraitance.

En EHPAD, les sujets nécessitant une réflexion éthique sont identifiés. Un débat ou une réunion d'équipe à postériori est organisé sur les situations vécues posant un problème d'éthique. Les personnels sont sensibilisés ou mieux formés aux questions d'éthique, des ressources sont disponibles.

C'est une **FORCE (A)** car :

- Une information sur la personne qualifiée est donnée dans le règlement de fonctionnement, elle est affichée dans le hall d'entrée ; la liste est annexée au contrat de séjour ;
- Il existe une charte des professionnels de la maison de retraite ainsi qu'une charte de bientraitance et de citoyenneté. Cette dernière informe sur la conduite à tenir en cas de maltraitance ;
- Le livret d'accueil des agents comporte une information sur la bientraitance et la citoyenneté ;
- Le vouvoiement est de rigueur et les résidents sont appelés par leur nom de famille ;
- Le ton et le comportement des professionnels sont respectueux et adaptés aux personnes âgées ;
- Les tarifs sont affichés et le contrat de séjour mentionne les différents dispositifs ;
- De nombreuses formations à la bientraitance et à la maladie d'Alzheimer sont réalisées et la psychologue prépare un DU d'éthique.

3. Item 15 : Organisation de l'animation et Projet d'animation

Définition :

Suite aux différentes ruptures qui s'établissent lors de l'entrée en institution, il peut apparaître un désintérêt, un désinvestissement du monde extérieur, une sorte d'immobilisme affectif et moteur pouvant évoluer vers un repli sur soi, voire une véritable régression. Figée dans le temps, dans son passé, la personne âgée risque de ne plus penser son avenir. L'aider à se projeter dans l'avenir, quelles que soient ses difficultés, est l'un des objectifs essentiels du projet de vie sociale ou d'animation. Ainsi, l'animation doit se définir comme un véritable projet prenant en compte les ressources physiques, psychiques, intellectuelles et affectives des personnes ainsi que les ressources extérieures accessibles au public.

Bien que,

- Le rapport d'activités annuel d'animation ne soit pas réalisé ;
- Une seule animatrice qualifiée soit présente pour 237 résidents ;
- L'animatrice ne dispose pas de budget d'animation identifié ;

C'est une **FORCE (A)** car :

- L'animatrice est titulaire d'un BPJEPS mention gérontologie, elle dispose d'une fiche de poste et est présente dans l'organigramme ;
- Elle est secondée d'une aide animatrice ;
- L'animatrice est directement placée sous la responsabilité du directeur ;
- Le projet d'animation est écrit, il est décliné en programme d'actions mensuelles dont les activités sont validées en comité d'animation ;
- Chaque jeudi, l'animatrice est invitée en réunion de direction pour la validation des activités ;
- Les résidents bénéficient d'un suivi au regard des activités qui sont évaluées ;
- Les activités sont accessibles aux résidents, aux familles et aux intervenants extérieurs ;
- L'information est réalisée par affichage et des rappels sont réalisés lors des transmissions ;
- Les soignants sont sollicités pour participer à certaines animations en fonction du type d'animation et du nombre de résidents concernés ;
- De nombreux bénévoles interviennent dans l'établissement de façon régulière et ont une place reconnue institutionnellement ;
- L'association des blouses roses et celle du conseil des ainés mettent en œuvre des activités de loisirs ;
- Une association apporte son concours à la promotion de l'animation dans l'établissement, un rapport annuel est transmis au directeur, une synthèse des activités est réalisée ;

- Des abonnements aux journaux et magazines sont mis à la disposition des résidents ;
- Toutes les demandes au profit de l'animation sont financées par l'établissement ;
- Plusieurs locaux sont mis à disposition pour la réalisation des activités ;
- Les résidents ont connaissance des animations grâce aux affiches positionnées dans toutes les circulations et lieux de vie ;
- Des « galeries » photos sont mises à disposition des résidents et des familles ;
- Le journal interne, « la gazette » retrace la vie de l'établissement ;
- Certaines animations sont filmées et diffusées sur écran ;
- Le droit à l'image est respecté, il a fait l'objet de protocoles ;
- Les ressources de la commune sont utilisées par les résidents : bus, conseil des enfants, le cinéma des ainés – salle Malraux, le salon du bien vieillir, les fêtes de fin d'année ;
- L'animatrice participe aux réunions de transmission.

4. Item 16 : Activités collectives et individuelles et maintien du lien social

Définition :

De multiples supports et différentes techniques permettent de construire et consolider le lien social. Les animations, activités et rencontres proposées par l'établissement sont variées, adaptées et sources d'intérêts communs. Elles touchent tous les résidents quelle que soit leur situation et impliquent une ouverture sur l'extérieur et la mobilisation physique.

D'autre part, le personnel s'efforce d'encourager et de développer des relations souples et appropriées entre les résidents. Une attention particulière est également apportée à la vie affective et sexuelle des personnes âgées.

C'est une **FORCE (A)** car :

- Les activités proposées répondent aux besoins et attentes des résidents ;
- Les activités peuvent être individuelles (exemple : ateliers informatique, visites des bénévoles dans les chambres) et collectives ;
- L'animatrice est attentive à la participation des résidents ;
- Une variété d'activités est proposée :
  - Activités manuelles (activité bois, plexi, verre, carton, peinture, papier, …) ;
  - Activités cognitives (jeux de société, lecture de journal…) ;
  - Echanges intergénérationnels : rencontres avec les enfants de la crèche, rencontres avec les enfants du collège sur des thématiques variées : « droit de l'enfant » pour l'année 2013. Un arbre de vie est en cours de réalisation avec les enfants du centre social Morier ;
  - Echanges inter établissements (sorties, voyages, repas à thème…) ;
  - Activités physiques dont l'un des objectifs est la prévention des chutes et le maintien de la motricité des résidents (aquagym, promenades,…).

5. Item 17 : Place et participation des familles, des bénévoles et de l'entourage

Définition :

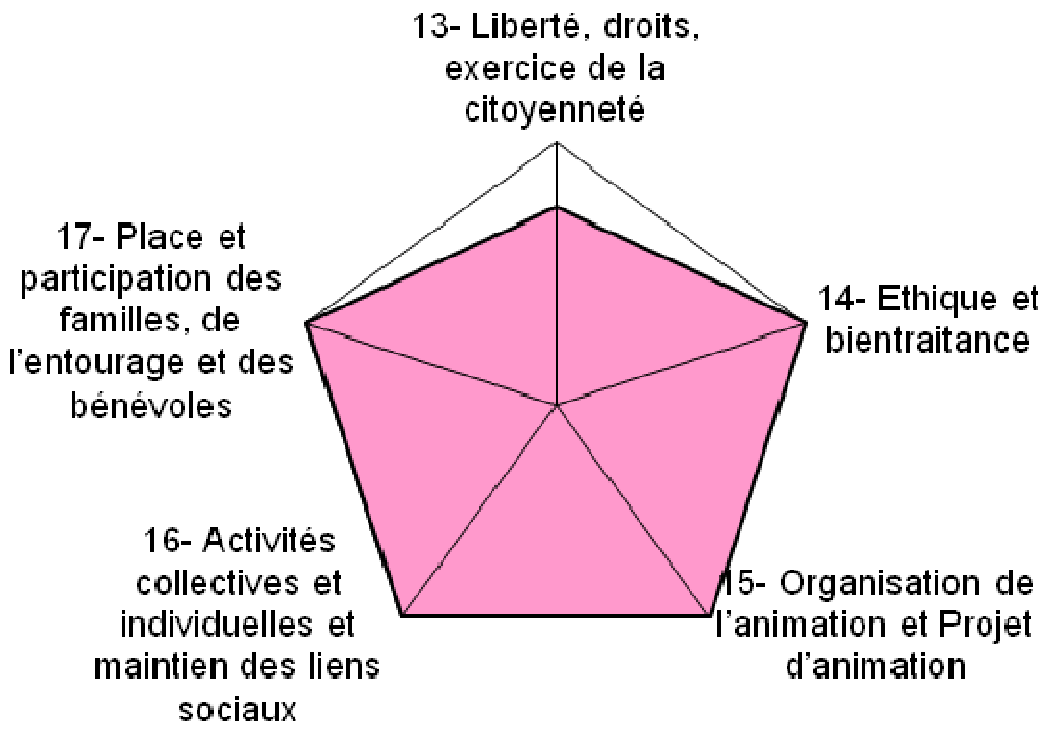
Au quotidien, la participation des familles et des bénévoles à la vie de l'EHPAD sera conditionnée par différents facteurs : les relations établies par le personnel à l'intention des résidents, de leurs familles et des bénévoles ainsi que les conditions matérielles mises en œuvre pour permettre la relation, telles que les horaires de visite, la mise à disposition de locaux de réception ou bien la diffusion d'informations. L'activité des bénévoles est encadrée par une charte.

Bien qu'il n'existe pas de charte des bénévoles ;

C'est une **FORCE (A)** car :

- Des conventions sont passées avec les visiteurs de malades VMEH, blouses roses, l'association diocésaine de l'église catholique de Tours ;
- Le Conseil de la vie sociale s'est réuni 4 fois en 2012, il est présidé par un usager ;
- La composition est affichée dans les couloirs ainsi que les comptes rendus. Ils sont diffusés sur le site internet ;
- Des réunions d'information par unité sont organisées pour les familles et proches : plusieurs réunions ont été réalisées en 2012 ;
- Les horaires de visites sont préconisés entre 10h30 et 20h ;
- Certaines familles sont présentes tard le soir ;
- Les familles participent aux animations, repas et sorties.

6. Diagramme Vie sociale et citoyenneté



V. CHAPITRE 5 : ORGANISATION MEDICALE ET SOIGNANTE

1. Item 18 : Droit des malades et consentement aux soins

Définition :

Comme tout citoyen, outre le droit d'accéder aux soins, le résident jouit de tous les droits spécifiques en rapport direct avec la santé. Une procédure de désignation de la personne de confiance est en place.

Comme toute personne, le résident bénéficie d'informations sur sa maladie et son traitement, en cas de nécessité il reçoit une éducation pour la santé correspondant à ses besoins. Pour recevoir ces soins, son accord est requis.

C'est une **FORCE (A)** car **:**

- Les temps de transmissions des équipes soignantes sont formalisés avec présence des différents intervenants : médecin, infirmier, kiné…;
- Les modalités de transmission des informations sont écrites ;
- Les résidents ou leurs familles ont accès a leur dossier avec accompagnement d'un membre de l'équipe soignante ;
- Une réunion entre résident, personne de confiance et membre de la famille peut être organisée sur demande ;
- Le Droit au refus de soins est respecté, transmis oralement et de façon écrite dans le dossier ;
- Le consentement aux soins est recherché lorsqu'il est possible ;
- Une alarme informatique est activée auprès du médecin traitant si le résident a refusé le soin ou le traitement ;
- Le résident a le choix de son médecin traitant (malgré la présence de médecins salariés), des spécialistes, de son pharmacien et le cas échéant de son établissement d'hospitalisation ;
- La personne de confiance est désignée ;
- Les coordonnées du mandataire judiciaire sont tracées dans le dossier administratif informatisé.

2. Item 19 : Les soins médicaux et le fonctionnement médical

Définition :

En EHPAD, les résidents disposent du libre choix de leur médecin traitant et de tous les droits accordés aux patients, notamment ceux découlant des devoirs des médecins envers les patients. Afin de garantir une meilleure qualité de prise en charge des personnes hébergées et ainsi de faciliter la coordination avec les prestataires de soins externes à l'institution, chaque établissement doit recruter un médecin coordonnateur compétent en gérontologie.

Le médecin utilise les recommandations de bonnes pratiques cliniques adaptées à son domaine d'activité.

C'est une **FORCE (A)** car :

- Les prescriptions médicales sont informatisées, datées et signées ;
- Face à un problème de saisie d'ordonnance, la pharmacienne retranscrit dans le dossier de soins informatisé ;
- Les recommandations de bonnes pratiques cliniques en gériatrie sont écrites ;
- Les médecins sont formés à la gériatrie, ils sont titulaires de la capacité en gériatrie et disposent de DU spécifiques à la prise en charge des personnes âgées : nutrition, soins palliatifs, plaies escarres, iatrogénie médicale, douleur ;
- Il y a une présence médicale 5 jours sur 7 assurée par un médecin salarié selon un planning affiché dans les salles de soins et connu ;
- Les transmissions avec les équipes soignantes sont effectives ;
- Le Projet Médical est écrit. Un rapport d'activité annuel est réalisé ;
- Des actions de formation continue en interne sont réalisées ;
- Le médecin coordonnateur participe au staff de direction ;
- La commission de coordination gériatrique est mise en place ;
- Le médecin coordonnateur enseigne à la faculté et assure des formations à destination des médecins libéraux.

3. Item 20 : L'urgence et la continuité des soins

Définition :

L'établissement dispose d'une permanence formalisée de soins médicaux internes ou externes incluant les urgences. Le personnel soignant est informé sans délai des prescriptions d'examens et de traitement urgent.

Bien que,

- La continuité des soins médicaux soit assurée la semaine par 5 gériatres ;
- Le tableau de présence des médecins salariés soit affiché dans toutes les salles de soins et connu des soignants ;
- Le mode opératoire pour la continuité des soins soit écrit : présence de plannings de soins, de tableaux de service et de procédures de remplacement en cas d'urgence. Hors présence médicale, les professionnels recourent au 15 la nuit et le weekend si nécessaire, lequel régule la demande et propose une ressource d'urgence comme le SAMU, les pompiers ou SOS médecin ;
- Des protocoles pour certains gestes d'urgence soient affichés dans les salles de soins : arrêt cardio respiratoire et conduite à tenir en cas de fausse route ;
- Deux sacs d'urgence soient présents au 1er étage avec procédure expliquant le contenu et le mode d'utilisation ; leur vérification est réalisée par la pharmacienne et une infirmière référente ;
- La formation aux gestes et soins d'urgence soit inscrite au plan de formation ;
- Une armoire tampon de médicaments d'urgence soit mise à disposition et que la pharmacienne soit contactée si nécessaire ;
- Une procédure soit écrite pour les hospitalisations en urgence et programmées ;

C'est un **DEFI (C)** car :

- En cas de panne informatique, les protocoles de soins ne sont pas rapidement accessibles ; Il existe un classeur regroupant tous les originaux des modes opératoires en format papier à disposition du personnel à l'administration. Le week-end, l'administrateur de garde se déplace pour les remettre ;
- Tous les professionnels n'ont pas encore été formés aux gestes d'urgence, néanmoins la formation aux gestes d'urgence intègre toutes les catégories de personnel soignant. Une

formation spécifique aux gestes d'urgence est réalisée en direction du personnel non soignant ;

- Tous les professionnels ne sont pas formés aux gestes d'urgence (notamment les agents des services hospitaliers qualifiés) et certains agents n'ont pas bénéficié des remises à jour ;
- Les professionnels expriment des difficultés pour avoir accès à un médecin le week end et la nuit (SOS médecin ou SAMU) ;
- Les plannings de nuit font apparaitre 4 agents présents dont une seule aide-soignante, répartis sur 5 niveaux. Les agents travaillent en binômes. La présence de l'équipe de soins n'est pas continue sur chacun des niveaux. Les reports d'alarme se font par secteur. Les téléphones sans fil ne permettent pas les appels vers l'extérieur.
- - 2 IDE travaillent à plein temps de nuit, un système d'astreinte est mis en place lors de leurs congés.

4. Item 21 : Les soins paramédicaux et l'organisation soignante

Définition :

Ils sont dispensés par les professionnels diplômés sur prescriptions médicales ou pour les infirmières, en fonction du rôle propre qui leur est dévolu. Les pratiques des intervenants libéraux et salariés sont conformes aux règles et à l'éthique de leur profession.

Les soins sont préventifs, curatifs ou palliatifs, ils sont techniques, relationnels et éducatifs. La prise en charge des résidents est établie en fonction d'une évaluation initiale de leur état de sante et de leurs besoins. A périodicité définie, la prise en charge est réexaminée et elle fait l'objet de réajustements chaque fois que nécessaire. Les professionnels connaissent les objectifs individualisés poursuivis pour chacun des résidents.

L'équipe soignante élabore des protocoles de soins relevant de son initiative en réponse aux besoins des résidents Elle évalue ses pratiques professionnelles.

Bien que,

- Les fiches de poste des agents des services hospitaliers qualifiés et des aide soignants soient quasiment identiques ;
- L'équipe soignante soit composée à plus de 50% de professionnels non diplômés ;
- La fiche de poste de l'ergothérapeute fasse apparaitre certaines tâches en dehors de son champ de compétence ;
- Tous les professionnels paramédicaux n'ont pas encore bénéficié des formations douleur/soins palliatifs, démence ;
- Il n'existe pas de salle de kinésithérapie ;

C'est une **FORCE (B)** car :

- Un recueil de données est réalisé à l'entrée, il sert à l'élaboration du projet de soins, il est réajusté en fonction de l'évolution et des problèmes posés ;
- Un comité de pilotage « Humanitude » composé par les cadres et la psychologue maintient la prise en soins Humanitude ;
- Les toilettes évaluatives sont mises en pratique ;
- Les infirmières élaborent des protocoles : installation pour les petits déjeuners, les soins du matin, le coucher d'après midi ;
- Les précautions standards font l'objet d'un mode opératoire avec formation de 4 IDE en charge de former l'ensemble des professionnels ;
- Les plans de soins sont présents dans les dossiers de soins informatisés ainsi que les grilles iso ressources (GIR), ils sont remis à jour lors de synthèses ou des transmissions si nécessaire ;
- La démarche de soins est formalisée ;
- Un kinésithérapeute salarié est présent 3 demi-journées par semaine, des libéraux peuvent intervenir sur prescription médicale ;
- L'équipe soignante bénéficie également de la présence d'une ergothérapeute salariée, d'une diététicienne, et de 2 psychologues ;
- La majorité des professionnels paramédicaux salariés ou libéraux tracent leurs actes dans le dossier de soins informatisé.

5. Item 22 : Le Dossier Résident

Définition :

Le « DOSSIER RESIDENT » est le document unique, individualisé qui regroupe l'ensemble des informations médicales, soignantes et sociales concernant la personne accueillie en EHPAD. Créé dans le but d'améliorer la qualité, l'efficacité, la continuité et la sécurité des soins, le dossier participe à une meilleure organisation des soins.

Chaque établissement organise le dossier de soins selon ses besoins, il doit être un outil fonctionnel utilisé par l'ensemble des professionnels qui assurent la prise en charge du résident, il est disponible en permanence.

Le dossier comporte la date et l'heure, le nom et la fonction ainsi que la signature (ou identification électronique) des auteurs des informations. La réflexion bénéfice risque est tracé dans le dossier résident.

C'est une **FORCE (A)** car :

- Le dossier de soins est informatisé, seulement quelques documents papiers rangés nominativement dans un dossier suspendu subsistent ;
- Les différents bilans para-cliniques sont scannés par l'infirmière et intégrés dans le dossier informatisé ;
- Chaque professionnel renseigne le dossier de soin informatisé.

6. Item 23 : Circuit du médicament (et fonctionnement de la pharmacie)

Définition :

La délivrance des médicaments en EHPAD doit assurer au résident l'administration effective du bon médicament à la posologie et selon la voie d'administration prescrites. La surveillance de l'efficacité et le dépistage des effets secondaires sont indissociables de l'administration. Le circuit du médicament, le bon fonctionnement de la pharmacie, l'ouverture du dossier pharmaceutique et le développement d'un système d'amélioration de la qualité du circuit du médicament contribuent à la sécurité des résidents.

Bien que,

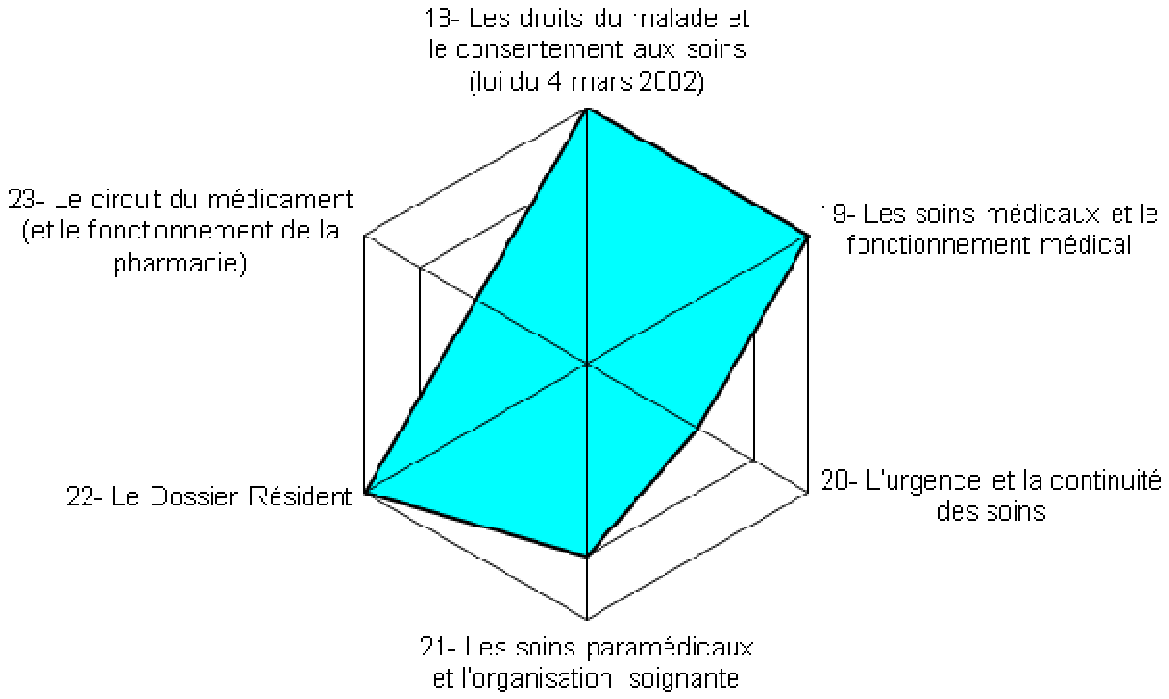
- La gestion pharmaceutique soit réalisée par convention avec la pharmacie de ville ;
- Les dispositifs médicaux fassent l'objet de marchés ;
- Le livret thérapeutique soit mis en place et à disposition des médecins libéraux ;
- La dispensation soit réalisée nominativement par la pharmacienne de ville, avec suivi de gestion des stocks et des péremptions ;
- La préparation soit réalisée par des préparateurs en pharmacie avec un double contrôle sur site ;
- Le local pharmacie soit sécurisé par un digicode ;
- La pharmacienne dispose du droit de substitution et qu'elle participe à la lutte contre la iatrogénie ;
- Les procédures placébos soient utilisées ;
- Les stupéfiants soient délivrés sur prescriptions médicales et rangés dans un coffre accessible uniquement aux infirmières ;
- Un mode opératoire soit mis en place pour l'oxygénothérapie et l'aérosolthérapie.

C'est un **DEFI (C)** car **:**

- Les dispositifs médicaux et les médicaments sont stockés dans des pièces pas totalement sécurisées ;
- Les traitements sont déblistérisés lors de la préparation ;

- Il n'y a pas un véritable contrôle de la prise effective du médicament ;
- Les chariots de médicaments ne ferment pas à clef ;
- Des produits hors toxiques sont présents dans le coffre à stupéfiants ;
- Les hypnotiques sont délivrés au moment du couché et la délivrance fluctue en fonction de l'heure du couché.

7. Diagramme Organisation médicale et soignante



VI. CHAPITRE 6 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES RISQUES DE SANTE SPECIFIQUES

Les personnes accueillies en EHPAD, compte tenu de l'âge moyen supérieur à 80 ans, présentent dans l'ensemble plusieurs maladies. La prévalence de certains risques et symptômes augmente : tels les troubles de l'élimination, les escarres, les chutes et fractures, la dénutrition, les infections et les troubles du comportement. Ces problématiques s'accompagnent de douleurs et de souffrance qu'il faut soulager. En fin de vie, lorsque la médecine est impuissante à traiter la maladie, recourir aux soins palliatifs demeure la seule possibilité et un droit du malade.

Certaines situations où la sécurité des résidents est en jeu conduisent les professionnels à adopter des pratiques qui interrogent. Naturellement, chacun pense à la contention, mais d'autres situations ou il y a conflit d'intérêt entre le droit (le respect de la dignité, liberté…) et les actes posés qui demandent une réflexion éthique.

Ces items nécessitent une approche globale, avec ses composantes médico-soignantes, psycho-socio-culturelles, fonctionnelles et organisationnelles… Approche où l'accompagnement et la qualité des relations humaines sont essentiels. L'approche est globale pour cerner tous les facteurs qui interfèrent dans la situation singulière de la personne accueillie, afin de permettre de lui proposer une réponse adaptée et personnalisée.

1. Item 24 : Incontinence, élimination, constipation

Définition :

L'incontinence est à tort souvent considérée comme une fatalité par les personnes âgées et leur entourage. Elle peut être également créée par un comportement systématique des membres des équipes soignantes en EHPAD ou au cours d'une hospitalisation. Un calendrier mictionnel prenant en compte le rythme individuel est établi.

La constipation retentit sur la qualité de vie des personnes. Elle est favorisée par une diminution de l'activité et de la musculature abdominale, par une prise insuffisante de boisson et de substances de lest, par l'effet secondaire de certains traitements (les neuroleptiques en particulier). Le plus souvent, la prise répétée de laxatifs aggrave la situation. En cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques, le médecin prescrit un traitement adapté.

Bien que,

- Une Surveillance régulière du transit et un calendrier mictionnel soient mis en place avec une traçabilité dans le dossier de soins informatisé ;
- Des informations soient données lors des transmissions orales ;
- La planification des protections adaptées soit réalisée ;
- Des référents « incontinence » soient désignés ;
- Des formations et évaluations soient réalisées par les prestataires ;
- Des compléments alimentaires soient proposés ;
- Une fiche de suivi des selles soit renseignée chaque matin par les équipes de nursing ;

C'est un **DEFI (C)** car :

- Il n'y a pas de protocole de lutte contre la constipation, ni de protocole de prévention et de prise en charge de l'incontinence ;
- Les locaux de stockage sont insuffisants pour le rangement des produits d'incontinence ;
- Le suivi médical des résidents est irrégulier sur ces sujets (le suivi des constipations se fait cependant en transmission en présence des médecins induisant une réponse thérapeutique de leur part en temps réel)

2. Item 25 : Escarres

Définition :

La prévention repose sur des mesures générales : maintenir les capacités de mobilisation ; bannir les contentions ; limiter la prescription de neuroleptiques ; traiter au tout début la dénutrition et la déshydratation; dépister les sujets à risque en utilisant une échelle spécifique pour ces personnes ; installer un dispositif anti-escarre (matelas, coussin, ...) ; alterner à périodicité définie les points d'appui ; garder la peau propre, sèche ; effectuer à périodicité définie un effleurage des zones à risque ; si nécessaire, administrer des compléments nutritionnels et hydrater ; asseoir et/ou verticaliser dès que possible, et aussi souvent que possible.

Un protocole écrit et actualisé de soins d'escarres est diffusé, son application est évaluée. Des enquêtes de prévalence des escarres sont effectuées à périodicité définie.

Bien qu'il n'existe pas d'évaluation régulière, ni d'éléments statistiques sur le nombre d'escarres dans l'établissement et que les échelles d'évaluation ne soient pas toujours utilisées ;

C'est une **FORCE (B)** car :

- Un protocole de prévention et de prise en charge est écrit ;
- Un médecin est formé à la prise en charge des plaies et à la cicatrisation ;
- Après évaluation, l'ergothérapeute propose la prescription de matelas anti-escarres ;
- Des compléments nutritionnels sont prescrits en prévention de la dénutrition ;
- Des fiches de suivis hydriques et alimentaires sont utilisées ;
- Une Infirmière référente est identifiée pour la prévention et la prise en charge des escarres ;
- Une formation « plaies et cicatrisations » est en projet.

3. Item 26 : Contentions

Définition :

La restriction de liberté de circulation comprend toute forme de contention : physique (attaches, barrières de lit, linge…) médicamenteuses ou dispositifs de déambulation autorisé (bracelet anti fugue…). S'il reste incontestable que la contention est, dans certains cas, une nécessité pour protéger le résident, son recours doit rester limité car elle porte atteinte à la liberté d'aller et venir et expose à de nombreux risques tout en ayant une efficacité souvent aléatoire.

Le résident est informé dans le but de recueillir son consentement. Les proches sont informés des raisons de la contention. Les raisons de la contention, le rapport bénéfice / risque, le degré d'urgence, les alternatives possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus sont envisagées et s'appliquent également aux indications temporaires de contention. Ces informations, l'information au résident et le cas échéant à ses proches sont notés dans le dossier résident. Toute contention même une barrière de lit ou un bracelet électronique doit faire l'objet d'une prescription médicale.

Bien que,

- Dans l'unité protégée, la liberté de déambulation soit respectée dans un environnement sécurisé ;
- Le mode opératoire relatif au recours à la contention soit en cours de réécriture par le médecin ;
- Une liste des résidents sous contention puisse être éditée à tout moment (registre des contentions) ;
- Lors des transmissions, les médecins abordent les problématiques de contentions avec les équipes : analyse bénéfice/risque ;
- Pour toute prescription de contention, un échéancier puisse être prévu. Le dossier de soins informatisé permet de faire apparaitre les fins de prescriptions qui génèrent une alerte pour les IDE ;

C'est un **DEFI (C)** car :

- Tous les soignants ne disposent pas et n'ont pas connaissance du mode opératoire relatif aux contentions ;
- Tous les professionnels ne sont pas sensibilisés ou formés.
- Certaines contentions prescrites ne sont pas évaluées de façon régulière.
- Il a été constaté quelques barrières de lits posées sans prescription.
- Certains endroits ne permettent pas la déambulation en toute sécurité (portes ouvertes sur des locaux contenant des produits d'usage ménager toxiques).

4. Item 27 : Chutes

Définition :

L'établissement a instauré une politique formalisée de prévention des chutes : elle repose sur le signalement écrit et systématique de chaque chute ainsi que sur l'analyse des causes, et des moyens mis en œuvre pour y remédier.

Les médecins et l'équipe soignante dépistent les facteurs de risques de chutes sur lesquels il est possible d'agir ; ils les préviennent et/ou ils les traitent.

Bien que,

- Il n'existe pas de protocole de prévention et de prise en charge des chutes ;
- Il n'y ait pas de groupe de réflexion pour la prévention des chutes ;

C'est une **FORCE (B)** car :

- Pour les agents, les déclarations de chutes sont réalisées par le biais des Fiches d'Evènements Indésirables (FEI) ;
- Pour les résidents, les déclarations de chute sont réalisées par l'intermédiaire d'une fiche de chute et scannées dans le dossier de soins ;
- L'ergothérapeute analyse les conditions de survenue des chutes lorsqu'elles sont récurrentes et met en place des actions correctives ;
- Une signalétique « sol humide » est présente lors de l'entretien des locaux ;
- Les chutes sont tracées dans le dossier informatisé ;
- Elles font l'objet d'échanges lors des transmissions ;
- La kinésithérapeute peut être sollicitée sur prescription médicale pour des prises en charge individuelles.

5. Item 28 : Dénutrition/déshydratation

Définition :

La dénutrition s'observe à la suite d'une diminution des apports alimentaires ou d'une augmentation des dépenses de l'organisme. La composante psychique influence grandement les conduites alimentaires. En institution, les examens biologiques précisent son importance et orientent le pronostic. Les médecins et l'équipe soignante recherchent les facteurs favorisant la dénutrition. Ils dépistent les causes d'augmentation des dépenses : agitation, déambulation, infection, plaies importantes…

La déshydratation est consécutive à une insuffisance de prise de boisson ou à une augmentation des pertes hydriques. Chez beaucoup de personnes âgées, on observe une diminution de la sensation de soif qui, associée à des températures élevées (le climat, les locaux ou la fièvre) conduit à la déshydratation. Gardons à l'esprit que de nombreux facteurs influencent nos conduites en matière de prise d'aliments et de boissons tels les facteurs climatiques, culturels, psycho-sociaux, relationnels, comportementaux, iatrogènes, etc.

C'est une **FORCE (A)** car :

- Les protocoles de prévention et de prise en charge de la déshydratation et de la dénutrition sont écrits ;
- Les infirmières sont autorisées à poser la première perfusion de réhydratation sous cutanée si nécessaire ;
- Des tours de boissons réguliers sont réalisés par les équipes soignantes ;
- Des eaux gélifiées sont proposées ;
- Des fiches de suivis hydriques et alimentaires sont utilisées ;
- Le plan canicule est rédigé ;
- Une pièce climatisée est à disposition, deux agents canicule sont désignés ;
- Un bilan biologique, nutritionnel et rénal est réalisé lors du bilan d'admission ;
- Les compléments hyper-protidiques sont dispensés, après évaluation de l'état nutritionnel, sur prescription médicale en collaboration avec la diététicienne ;
- Les textures alimentaires sont adaptées aux besoins des résidents et les goûts sont pris en compte ;
- Une pesée mensuelle est réalisée par l'ergothérapeute.

6. Item 29 : Infections

Définition :

La prévention des infections repose sur un ensemble de mesures apparemment simples à mettre en œuvre. Elles concernent l'hygiène de l'environnement, les pratiques de soins, l'état général de chaque résident et la formation du personnel. La propreté de l'environnement, des locaux, du matériel de soins et du linge ainsi que l'utilisation de produits adaptés y contribuent.

Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel. Pour la prévention des infections à bactéries multi-résistantes, le médecin veille au bon usage des antibiotiques.

Bien qu'il ait été observé l'utilisation de gants de manière inappropriée durant la première partie de nuit ;

C'est une **FORCE (A)** car :

- Le document d'analyse du risque infectieux est réalisé ;
- Les solutions hydro alcooliques sont utilisées et les flacons sont datés ;
- Une formation hygiène est en cours ;
- Le protocole de lavage des mains est affiché à chaque point d'eau ;
- Les recommandations de bonnes pratiques en antibiothérapie sont diffusées aux différents médecins intervenants ;
- La procédure d'isolement est mise en place en cas de BMR ;
- L'élimination des déchets à risques est organisée ;
- L'Etablissement est adhérent au CCLIN ouest ;
- De façon générale, toutes les procédures relatives au risque infectieux sont réalisées.

7. Item 30 : Troubles du comportement

Définition :

Cet item fait l'objet d'une recommandation de l'ANESM dans le but de permettre à ces personnes une vie de qualité, en termes de bien être et d'état de santé, jusqu'en fin de vie. Les objectifs de prise en charge se concrétisent à la fois dans le projet personnalisé co-construit avec chaque personne accueillie et dans le projet d'établissement.

En l'absence de projet spécifique, les résidents présentant des détériorations intellectuelles et des troubles du comportement (agitation, déambulation, agressivité, apathie…) peuvent perturber, déranger ou mettre en danger si on n'y prend garde, les autres résidents. L'établissement se doit de concilier liberté et sécurité.

L'établissement propose un accompagnement adapté (procédure qui concilie l'approche psychologique, le traitement médical et l'organisation d'une vie sociale autour des activités de la vie quotidienne ; il encourage la participation des familles et de bénévoles formés).

Bien que,

- Il n'existe pas de protocole de prévention et de prise en charge des troubles du comportement ;

C'est une **FORCE (A)** car :

- Il existe une évaluation statistique des prescriptions de psychotropes (données 2012) : neuroleptiques (57% des résidents), anxiolytiques (39% des résidents), hypnotiques (20% des résidents), antidépresseurs (35% des résidents), anti démentiels (22% des résidents) ;
- Deux pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) sont présents au sein de l'établissement, deux tiers des résidents présentent une atteinte des fonctions supérieures ;
- Les grilles d'évaluation sont présentes dans le dossier de soin informatisé ;
- La procédure d'accès aux unités spécifiques est écrite ;
- Les professionnels sont formés aux prises en charge non médicamenteuses des troubles du comportement ;
- Des formations internes sont régulièrement organisées ;
- Le plan de formation comporte des actions de formation relatives aux troubles du comportement ;
- Un partenariat avec une clinique de géronto-psychiatrie est mis en place pour l'organisation d'éventuels séjours de rupture ; Au besoin, un psychiatre peut intervenir au sein de l'établissement ;

- Une AMP intervient dans les soins de nursing pour les situations difficiles, la traçabilité de ses interventions est réalisée dans le dossier de soins informatisé ;
- Le projet architectural prévoit des unités de vie « Alzheimer » et deux PASA ;
- Un repérage des troubles cognitifs et/ou du comportement est réalisé par la psychologue, lors du bilan d'entrée, avec utilisation de grilles spécifiques ;
- Les résidents peuvent avoir accès à une consultation de la mémoire au CMRR du CHRU de Tours ou à une consultation neurologique de ville ;
- 3 soignants ont reçu la formation d'assistant de soins en gérontologie ;
- Les cadres réalisent régulièrement des évaluations pluridisciplinaires ;
- Une fiche de recensement des besoins d'accompagnement psychologique permet au psychologue de recenser les besoins des résidents et des familles ;
- Les PASA offrent une réelle qualité de vie aux résidents avec des professionnels très impliqués dans l'accompagnement ;
- Un travail est réalisé sur le maintien du lien entre les résidents présentant des troubles du comportement et leur famille.

8. Item 31 : Douleur physique et souffrance morale

Définition :

Depuis la loi du 4 mars 2002, le soulagement de la douleur est un droit fondamental de toute personne. Les axes du programme national de lutte contre la douleur applicables en EHPAD sont : 1) améliorer la prise en charge de la douleur des personnes les plus vulnérables, 2) améliorer la formation continue des professionnels de santé et 3) améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.

La formation doit permettre au professionnel de faire face au quotidien à la douleur des résidents, de repérer les résidents présentant des douleurs physiques ou morales.

L'élaboration de protocoles et de procédures, la mise à disposition d'outils d'évaluation n'a d'autre intérêt que d'être effectivement utilisé.

Au quotidien, si nécessaire une consultation de la douleur est proposée, un accompagnement psychologique de la souffrance est assuré. Le résident est lui-même impliqué et/ou ses proches, (en cas de trouble du comportement, troubles de la conscience, fin de vie) et participe(nt) à la prise en charge de sa douleur. Tout résident qui en est capable, gère lui-même son traitement antalgique.

Bien que,

- Le protocole de prise en charge de la douleur ne soit pas écrit ;

C'est une **FORCE (B)** car :

- Un médecin référent et une AMP ont reçu une formation diplômante à la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs ; Ils interviennent de manière transversale sur tous les étages ;
- Une étudiante cadre travaille sur l'évaluation de la douleur à l'admission ;
- La majorité des professionnels a bénéficié d'une formation, plusieurs sessions sont organisées par an ;
- Les échelles d'évaluation de la douleur sont utilisées (doloplus, eva) et les résultats sont tracés dans le dossier de soins informatisé ;
- Les équipes font preuve d'une forte réactivité face à la douleur ;
- La psychologue est sollicitée pour participer à la prise en charge ;
- Les différents paliers d'antalgiques sont utilisés.

9. Item 32 : Soins palliatifs/fin de vie/décès

Définition :

Dans le respect de la loi, les professionnels de santé répondent aux besoins spécifiques des personnes en fin de vie, ils effectuent les soins de confort nécessaires.

Les professionnels de santé adhèrent à la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement formulée par l'association des soins palliatifs. La charte est connue de l'ensemble des professionnels. Elle est communiquée aux résidents et à leurs proches.

Les volontés du résident et / ou de la famille sont respectées. Le résident reçoit selon ses souhaits le soutien d'un ministre du culte ou de toute autre personne qu'il demande.

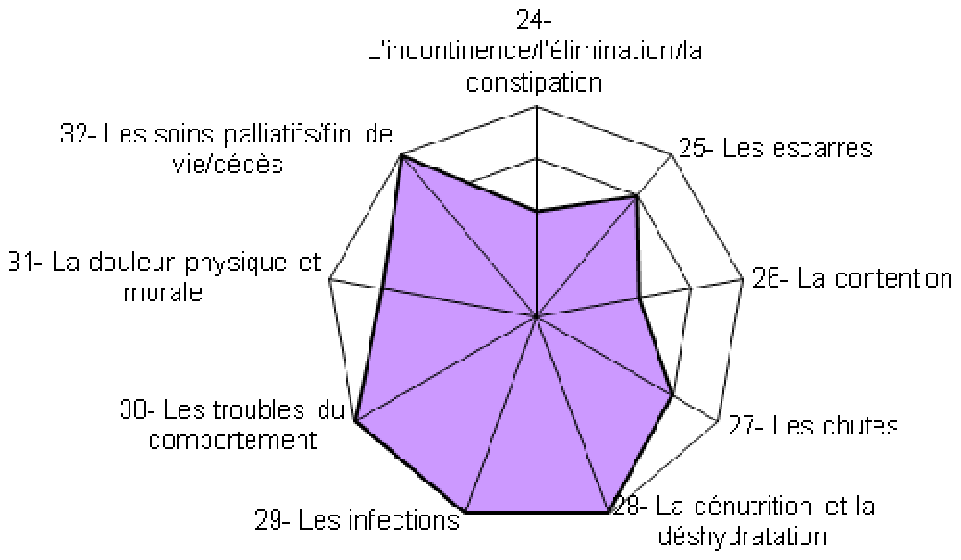
Un ou des proches peuvent demeurer auprès du résident, de jour comme de nuit, notamment lors de cette dernière période de la vie. Les soins de confort sont effectués aussi souvent que nécessaire (changement de position, prévention d'escarre, soins de bouche...). Selon les volontés du défunt ou de ses proches, le personnel soignant assure la toilette et l'habillage du corps. L'établissement informe les proches des formalités à remplir après le décès et des délais pour les accomplir. Un soutien est apporté aux proches.

C'est une **FORCE (A)** car :

- Un résident bénéficie actuellement d'une prise en charge en soins palliatifs
- Il existe une convention avec l'Unité mobile de soins palliatifs (l'UMSP)
- Une chambre de répit est à disposition au PASA, elle est utilisée pour les prises en soins des personnes en fin de vie logées en chambre double ;
- Les chambres sont équipées de rideaux de séparation et le transfert en chambre individuelle peut être réalisé si possible ;
- Les résidents les plus proches sont informés du décès par le cadre soignant ou la psychologue ainsi que ceux qui le demandent ;
- La famille peut être prévenue de nuit ou de jour, son souhait est recueilli ;
- La famille peut rester la nuit, un lit d'appoint est mis à disposition ;
- L'animatrice accompagne les résidents qui souhaitent se rendre aux funérailles ;
- Une convention est passée avec plusieurs sociétés de pompes funèbres ;
- Les directives anticipées sont demandées lors de l'admission et la plupart sont notées dans le dossier de soins informatisé ;
- Il n'existe pas de chambre mortuaire mais une table réfrigérée est mise à disposition ;
- Un guide cultuel a été élaboré récemment ainsi qu'une charte de la laïcité ;

  Un accompagnement psychologique est apporté aux familles ainsi qu'aux équipes.

10. Diagramme Prévention et prise en charge des risques de santé spécifiques



VII. CHAPITRE 7 : MANAGEMENT/GESTION ET SUIVI DES ACTIVITES

Force est de constater que le dynamisme des structures, leur capacité à s'adapter aux besoins des résidents rejaillit directement sur la qualité de vie des personnes hébergées.

Il faut donc étudier la politique de management afin d'essayer de comprendre quels sont les objectifs poursuivis par l'EHPAD, d'analyser si les moyens mis en œuvre sont adaptés aux besoins des personnes accueillies et employés à bon escient.

De même, les politiques financière et d'investissement ne doivent pas oublier que les institutions ont pour objectif de valoriser le rôle social des personnes. Enfin, chaque EHPAD a l'obligation de se situer dans son environnement politique constitué par les textes réglementaires, les plans gérontologiques, l'environnement géographique, la démographie, les réseaux et le système économique concurrentiel du secteur. Les observations porteront sur l'orientation stratégique, la mobilisation des personnes et le management des situations.

1. Item 33 : Gestion économique, comptable et financière

Définition :

Dans cette rubrique, les évaluateurs examinent les documents budgétaires et financiers : le budget, le compte administratif, le compte de gestion, le bilan, les tableaux prévisionnels d'investissement, l'activité réalisée, le suivi des dépenses engagées …

Ils cherchent à connaître les prix de revient des services rendus, repas, linge, incontinence, pharmacie, etc.…Ils analysent les politiques d'achats. Ils s'attachent à connaître la politique des investissements à long et à moyen termes, les capacités d'autofinancement, le plan pluri annuel d'investissement, les plans de financement prévisionnels et le calcul de l'impact sur les prix de journée. Ils comparent ces données financières avec les objectifs affichés du projet institutionnel.

Ils vérifient la trésorerie, les délais de paiement des fournisseurs, le délai de recouvrement, les créances restant à recouvrer sur les exercices antérieurs. Ils s'assurent de la séparation de l'ordonnateur et du comptable dans les établissements publics. Les EHPAD doivent proposer des prestations de qualité aux meilleurs coûts.

Bien que le prix de revient de certaines prestations (linge, repas, …) ne soit pas calculé faute de comptabilité analytique ;.

C'est une **FORCE (A)** car :

- Le suivi de la trésorerie est réalisé grâce à l'application HELIOS ;
- Le trésorier transmet annuellement les indicateurs de gestion ;
- Le suivi du recouvrement est réalisé avec l'établissement qui reçoit chaque mois un état des restes à recouvrer ;
- Le mandatement respecte les délais réglementaires ;
- L'affectation des résultats est proposée par l'établissement dans les délais réglementaires ;
- Le taux d'occupation avoisine les 100% ;
- De véritables relations de travail sont établies entre la trésorerie et l'établissement. Le trésorier participe à tous les conseils d'administration ;
- Un plan pluriannuel d'investissement est réalisé, il tient compte du plan de financement de la reconstruction de l'EHPAD. Des subventions ont été obtenues de la CNSA et du Conseil Général, l'emprunt PLS contracté permettra à tous les résidents de bénéficier de l'APL ;
- L'établissement dispose d'une capacité d'auto financement (CAF) qui lui permet de faire face à ses besoins ;
- Les données financières mises à disposition sont cohérentes avec les objectifs affichés du projet architectural ;
- La dette antérieure à la reconstruction est quasiment nulle ;
- Un tableau des amortissements est suivi ;
- Il existe dans l'établissement un suivi des dépenses engagées ;
- Les comptes de l'ordonnateur sont conformes avec les comptes de gestion de trésorier ;
- Les délais des transmissions des documents budgétaires sont respectés ;
- Le rapport annuel du trésor public est établi et transmis au président du Conseil d'Administration ;
- Actuellement, le prix de l'hébergement est inférieur à la moyenne du département ;
- Après réflexion, l'établissement a opté pour gérer directement les services restauration, informatique, blanchisserie, entretien et hygiène des locaux.

2. Item 34 : Gestion administrative et management des ressources humaines

Définition :

Le bien-être des résidents accueillis peut être apprécié indirectement au moyen des actions qui sont menées dans la structure en matière de gestion des ressources humaines. Cependant il convient de vérifier si celles-ci sont réalisées dans le respect de la légalité et en cohérence avec les politiques sanitaires et sociales locales et nationales. Cet item évaluera notamment : les relations sociales, la circulation de l'information et la communication, la politique et le gestion des ressources humaines, l'organisation du travail, la Gestion Prévisionnelle des métiers et des compétences.

Bien que,

- Les pièces administratives du dossier administratif des agents (contrat, décision, …) ne soient pas numérotées.
- On retrouve des arrêts maladie classés avec le volet n°1.
- Le dernier questionnaire de satisfaction à destination des personnels ait été réalisé en 2003 ;

C'est une **FORCE (A)**.car :

- Les instances réglementaires se réunissent 4 fois par an, les commissions administratives paritaires (CAPL) deux fois par an ;
- Les dossiers préparatoires aux instances sont transmis dans les délais réglementaires ;
- Les Procès verbaux sont rédigés et adressés avec les convocations des réunions suivantes ;
- Le bilan social est rédigé annuellement. Un registre des délibérations existe ;
- L'organigramme est affiché à l'entrée de l'établissement (délivrance également d'un livret d'accueil aux contractuels, contrats aidés). Il est remis à jour régulièrement ;
- Des fiches de poste existent et sont remises à chaque agent recruté ;
- Des notes de service permettent la diffusion des informations ;
- Le directeur organise une fois par mois une réunion avec le personnel des services de soins. Il apporte des informations sur l'actualité de l'établissement. A cette occasion, sont abordées diverses questions d'ordre général ayant trait à la satisfaction des personnels ;
- Il existe des registres des présents, des décès, de la réception et envoi du courrier ;
- Chaque résident dispose d'un dossier administratif classé dans une armoire fermée à clef ;
- Les diplômes, attestation de formation, fiche de notation et pièces administratives sont classés dans les dossiers administratifs du personnel ;

- Les plannings sont réalisés par les cadres de santé, 8 agents sont sous contrat aidé, un pool de remplacement (contractuels ASH, équipe mobile en partie constituée d'étudiants) permet de pallier aux absences ;
- Les titularisations sont réalisées suite à la réussite d'un concours ;
- Le climat social est serein. Le directeur rencontre régulièrement les organisations syndicales ;
- L'évaluation annuelle des agents est réalisée par le cadre de proximité. Le directeur reçoit chaque agent afin d'évoquer notamment les projets individuels de formation ;
- L'accueil des nouveaux agents est réalisé par les cadres de santé ou le responsable de service pour les personnels techniques ;
- Un agent des Ressources Humaines assistent deux fois par semaine aux réunions de direction ;
- Le taux d'absentéisme en 2012 est impacté par des arrêts maladie de longue durée et des congés maternités. Un travail est réalisé sur cet absentéisme afin d'en réduire l'impact. Un rapport mensuel est établi spécifiant les causes d'absentéisme par service et par grade. Une priorité est donnée aux formations sur « la manutention des malades et manutention des charges ».

3. Item 35 : Formation continue, formation professionnelle

Définition :

La formation continue des équipes est un formidable outil de changement et de management. La formation permanente doit contribuer à améliorer la performance des agents et la qualité des prestations rendues aux personnes âgées.

Le plan annuel de formation doit correspondre au projet d'établissement ainsi qu'à toutes ses composantes.

Bien que,

- Les agents chargés de l'encadrement des stagiaires ne bénéficient pas de formation au tutorat ;
- Les personnels sous contrat aidé, ne soient pas inscrits dans un dispositif de qualification,

C'est une **FORCE (A)** car :

- Le plan de formation est construit après sollicitation par écrit des agents en début d'année. Il est ensuite présenté aux instances puis validé en tenant compte des priorités de l'établissement et des budgets disponibles ;
- En fonction des obligations réglementaires, des formations collectives sont priorisées pour tous les services en intra (humanitude, gestion du stress, bientraitance, gestion des conflits avec les familles) et en inter établissement (incendie). En 2012, 48 personnes ont bénéficié de la formation incendie ;
- Un effort particulier est observé en matière de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) pour l'obtention du diplôme d'état d'Aide soignant ;
- Les agents s'inscrivent dans une démarche de formation qualifiante ;
- Au compte administratif 2012, nous relevons 229 participants aux diverses formations organisées au sein de l'établissement ;
- Par ailleurs, l'établissement accueille de nombreux stagiaires provenant des écoles de formation professionnelle (IFSI, IFAS, EHESP, cadres, Psychologues, cuisine, personnel administratif…) ;
- Une évaluation est réalisée à la fin de chaque formation ;
- Les agents bénéficient du DIF, ils sont informés du dispositif par le biais du livret d'accueil ;
- On note un réel effort de l'établissement au profit de la formation continue et des formations diplômantes. Ainsi, en 2012, 10 salariés ont bénéficié d'une formation diplômante dans divers domaines.

4. Item 36 : La coopération et l'action en réseaux, l'inscription dans le territoire de santé et la filière gériatrique

Définition :

Les besoins des personnes âgées résidant en EHPAD supposent que l'établissement travaille en complémentarité avec d'autres structures (établissement de santé, HAD, psychiatrie, autres établissements médico-sociaux…) sur son territoire.

Les évaluateurs s'assurent que pour ce faire il a signé des conventions de coopération (plan bleu, douleur, soins palliatifs…) et s'inscrit dans une filière gériatrique et/ou un réseau gérontologique et/ou une coordination gérontologique. Les évaluateurs recherchent également les effets concrets de ces conventions qui peuvent ne pas être mises en œuvre.

Les évaluateurs regarderont également si l'établissement participe à un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou à un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) et entretient des liens avec un CLIC.

C'est une **FORCE (A)** car :

- L'établissement est intégré dans un réseau gérontologique et a noué divers liens avec une formalisation par convention pour permettre l'hospitalisation à domicile, prendre en charge les soins palliatifs, s'inscrire dans la filière gériatrique et organiser les hospitalisations de résidents ;
- L'établissement est pilote dans la mise en place de la télémédecine : le matériel est commandé ;
- Il existe un partenariat informel avec une clinique de géronto-psychiatrie ;
- Le Dossier de Liaison d'Urgence est transmis lors du transfert d'un résident dans un centre hospitalier.

5. Item 37 : La communication externe, l'innovation et la recherche

Définition :

Les personnels de l'EHPAD font des efforts suivis et systématiques afin de faire connaître par des actions de communication externe (articles dans la presse locale ou la presse spécialisée, reportages, journées portes ouvertes, recherches) la richesse de vie et d'expérience des personnes âgées hébergées et de contribuer ainsi à leur redonner leur place dans la société.

De plus, il n'existe pas d'EHPAD qui ne puisse pas créer un climat favorable à la recherche, aux études cliniques ou à l'innovation. Un projet novateur n'a pas besoin d'être nouveau, mais d'être différent et viable. Il faut également s'informer et intégrer les nouveautés afin que les résidents profitent pleinement des avancées technologiques et architecturales, et des dernières évolutions en gérontologie. Pour ce faire, il est indispensable d'avoir à disposition la presse professionnelle, de visiter d'autres structures, de se rendre dans les salons professionnels et d'assister aux colloques de gérontologie.

C'est une **FORCE (A)** car :

- Des actions de communication externe sont réalisées à travers des articles de presse qui donnent un écho aux activités et manifestations réalisées ;
- Les projets importants sont aussi portés à la connaissance du public par le biais de reportages et d'articles de presse.
- Les livrets d'accueil diffusés aux divers intervenants et partenaires contribuent à situer le champ d'intervention de la maison de retraite et les acteurs qui y œuvrent ;
- Le site internet convivial crée un véritable lien avec l'extérieur. De nombreuses informations et de nombreux documents de l'établissement y apparaissent notamment les fiches d'évènements indésirables ;
- Des travaux de recherche et de mémoire sont réalisés par certains professionnels de l'établissement ;
- Des revues sont mises à disposition du personnel selon leur champ d'intervention ;
- L'établissement participe à la valorisation des métiers du grand âge en tenant un stand lors de la semaine bleue organisée par la mairie ;
- Les professionnels de l'établissement interviennent dans les écoles (maison familiale rurale, IFSI, collège,…) pour faire connaitre les métiers de la gérontologie.

6. Item 38 : Démarche qualité et suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

Définition :

Une démarche d'amélioration de la qualité vise à améliorer le service rendu aux résidents et à leurs familles. Elle définit clairement les valeurs communes adoptées et les orientations retenues dans l'établissement à travers son projet institutionnel. Cette démarche se fait en continue et de manière pluri professionnelle.

Il ne peut y avoir d'amélioration durable de la qualité sans évaluation, autrement dit sans mesure, de l'existant d'abord, puis des résultats obtenus ensuite.

L'évaluation permet d'analyser les pratiques professionnelles et l'organisation collective afin de les améliorer. L'évaluation est importante par la capacité d'évolution des EHPAD qu'elle met en lumière. L'évaluation est participative.

L'évaluation doit permettre l'appréciation systématique de :

- La pertinence (les finalités de l'action sont-elles en cohérence avec les objectifs prioritaires définis par les pouvoirs publics, avec les besoins de l'usager ?),
- La cohérence (l'action constitue-t-elle une réponse adaptée aux besoins ou problèmes identifiés ?),
- L'impact (quels sont les effets de l'action, souhaités ou non ?),
- L'efficacité (les résultats obtenus sont-ils conformes aux objectifs retenus, aux besoins identifiés ?),
- L'efficience (les résultats sont-ils à la mesure de l'ensemble des moyens mobilisés ?) des actions conduites.

L'évaluation est le moyen d'identifier et de porter une appréciation sur des procédures, références et pratiques existant au sein d'un établissement. Elle constitue une aide à la décision. Elle doit permettre à l'établissement de développer une vision prospective, par l'adaptation et l'anticipation des besoins des personnes accueillies.

Concernant les suites données à l'évaluation interne, une évaluation périodique de l'atteinte des objectifs du plan d'amélioration de la qualité (planification des projets d'actions correctives) est réalisée. Des responsables de ce suivi et des fiches projets sont identifiés. Les recommandations sont mises en œuvre.

Bien que,

- Les bonnes pratiques de l'ANESM ne soient pas connues de l'ensemble des équipes ;
- Les enquêtes de satisfaction soient renseignées par 40 résidents sur 237 ;
- Il n'y ait pas d'enquête de satisfaction auprès du personnel et des familles.

C'est une **FORCE (B)** car :

- Un responsable qualité est désigné (0.5 ETP) ;
- Un audit organisationnel a été réalisé en 2008 ;
- L'évaluation interne a été réalisée en 2009 de manière participative au travers d'interview d'agents et de réunions de groupes, elle a été coordonnée par le directeur et l'assistante de direction, elle est remise à jour annuellement ;
- La démarche qualité est pilotée en réunion de direction, des axes d'amélioration ont été identifiés à 5 ans ;
- L'enquête de satisfaction et le bilan des Fiches d'Evènements Indésirables (FEI) ont fait l'objet d'une présentation en conseil de vie sociale (CVS), l'enquête de satisfaction a fait l'objet d'une analyse et a donné lieu à des recommandations ;
- Le directeur réalise des informations toutes les 6 à 8 semaines sur la démarche qualité auprès des équipes ainsi que lors des réunions de familles.

7. Item 39 : La gestion globale des risques et les vigilances

Définition :

L'activité de l'EHPAD est génératrice de risques. Ces risques peuvent être liés à divers facteurs : à l'activité médicale, de soins et d'hôtellerie, à l'environnement naturel, juridique et technologique et technique et aux risques sociaux et professionnels.

Afin de limiter ces risques, l'établissement met en œuvre une démarche de gestion des risques transversale, coordonnée et pluridisciplinaire.

Bien que,

- Nous ne retrouvons pas de registre des plaintes et réclamations renseigné par les résidents ou leur famille ;
- La veille réglementaire ne soit pas formalisée ;
- Les modalités de déclaration des évènements indésirables liés aux vigilances sanitaires ne soient pas formalisées ;
- Nous retrouvons des FEI relatant des faits d'intrusion;

C'est une **FORCE (B)** car :

- Les dysfonctionnements déclarés par le biais des fiches d'évènements indésirables sont recensés et traités lors des réunions de direction ;
- Les FEI sont enregistrées et stockées informatiquement en vue de l'élaboration de statistiques (répartition par classes) ;
- Le DARI a été finalisé en décembre 2012 et réévalué en 2013 ;
- Le manuel RABC est présent depuis mars 2011. Le Manuel HACCP est également en place ;
- L'établissement a reçu un avis favorable de la commission de sécurité en juin 2010 ;
- Tous les contrats de maintenance sont présents (chaufferie, sécurité incendie, désenfumage, ascenseurs…..) ainsi que les rapports des organismes de contrôle réalisés en janvier 2013 (installations électriques, installations de chauffage, groupe électrogène, climatisation, extincteurs) ;
- Le diagnostic de performance énergétique est affiché à l'entrée de l'établissement ;
- Une information est présente dans le livret d'accueil du personnel concernant le risque incendie, des consignes sont écrites et les formations sont réalisées ;
- Les contrats d'assurance sont à jour (responsabilité civile et statutaire, dommages aux biens).
- L'ensemble du personnel a reçu une formation à la bientraitance, un livret « bientraitance et citoyenneté » est remis à chaque professionnel et le livret d'accueil en fait état ;
- Le plan canicule est écrit, le plan de gestion de crise et de continuité d'activité est réalisé et présent dans la valise de garde ;
- L'astreinte administrative est organisée ; Un document relatif aux « Conduites à tenir en cas de problèmes divers » existe et mentionne le cas des intrusions ;
- Un groupe électrogène est installé ;
- Le carnet sanitaire est à disposition ;
- Les modes opératoires relatifs au risque infectieux (locaux, précautions standard et complémentaires, GEA, IRA avec toux), sont écrits.

- Une information concernant les vigilances sanitaires est retrouvée dans le règlement de fonctionnement ;
- Une société extérieure (PAREDES) assure des visites de suivi de la qualité ;
- Le document de prévention des risques professionnels a été réalisé en février 2012. Il est également alimenté par les informations recueillies dans les FEI. Les actions de préventions sont précisées. Il a fait l'objet d'une présentation aux instances ;
- Le bilan social et le projet social sont réalisés ;
- Un Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) a été réalisé (achat de matériel ergonomique et formations aux risques liés à la manutention) ;
- Le Médecin du travail intervient tous les 15 jours. Il participe à l'aménagement des postes de travail ainsi qu'au CHSCT ;
- Le CHSCT s'est réuni 4 fois en 2012.

8. Item 40 : Adéquation besoins/priorités/missions avec les objectifs du projet d'établissement

Définition :

Au regard des besoins et attentes des personnes âgées accueillies, l'établissement définit son projet d'établissement, c'est-à-dire ses orientations stratégiques et ses missions pour les 5 ans à venir. Le projet d'établissement s'élabore dans le cadre d'une démarche participative.

Basé sur les besoins des personnes accueillies, leurs souhaits et ceux des familles, il fait l'objet d'un document écrit validé par les différentes instances de l'établissement. Le projet d'établissement comporte plusieurs volets : projet de vie et d'animation, projet médical et de soins, projet social, projet architectural le cas échéant.

Le projet d'établissement existe et est connu des professionnels. Il correspond bien aux besoins des résidents qui vivent dans la structure (personnes âgées dépendantes, personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées atteintes de pathologies psychiatriques par exemple) et aux missions confiées à l'établissement.

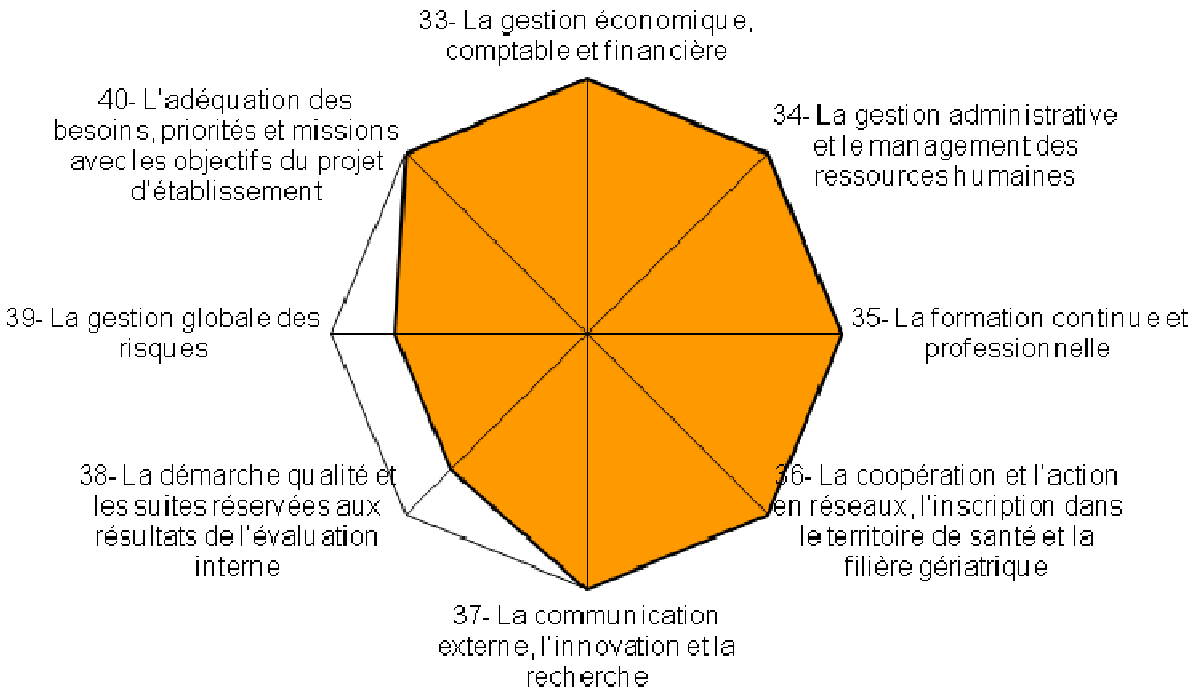
La structure s'est fixée des priorités pour s'adapter aux besoins des personnes qu'elle accueille et répondre aux missions qui lui sont confiées. Des moyens sont identifiés pour atteindre les objectifs fixés dans le projet d'établissement et la convention tripartite. Les objectifs et actions sont réellement mis en œuvre ou planifiés. La démarche fait l'objet d'un suivi régulier et d'une réévaluation si besoin.

L'évaluation permet d'apprécier la qualité et la pertinence du projet d'établissement par rapport à la mission d'un EHPAD.

C'est une **FORCE (A)** car :

- Le projet d'établissement 2010-2014 est écrit et validé par les instances, des groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués en vue de son élaboration ;
- L'ensemble des volets (projet de vie, de soins, médical, architectural, social, accueil, logistique, qualité) sont présents et fixent des objectifs en adéquation avec les besoins des résidents accueillis ;
- Le projet architectural prend en compte les besoins des résidents souffrant d'altération des fonctions supérieures ;
- Les objectifs font l'objet d'un plan d'actions, il intègre l'évaluation des pratiques professionnelles. Un suivi de mise en œuvre est réalisé annuellement ;
- Le Projet d'Etablissement est mis à disposition sur le site internet. Il est diffusé mais certains professionnels ne se le sont pas encore appropriés ;
- La convention tripartite 2 ème génération a été signée le 25 octobre 2010 en adéquation avec le projet d'établissement ;
- Les plans d'actions sont mis en œuvre dans leur majorité et font l'objet d'une évaluation régulière dans l'intérêt des résidents.

9. Diagramme Management, gestion et suivi des activités



STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT : SYNTHESE ET PRECONISATIONS

Cette stratégie de développement regroupe :

- L'ensemble des « Non-conformités réglementaires ». Cette liste, de part son degré d'urgence et de prégnance, est classée à part des autres recommandations.
- Les préconisations classées en « Actions prioritaires » et « Actions à programmer » en fonction de leur degré d'importance et d'urgence. Les points classifiés « Actions prioritaires » devraient être redressés très rapidement car ils peuvent présenter un risque pour la structure elle-même, pour les résidents ou pour le personnel.

I. NON CONFORMITES REGLEMENTAIRES

1) **Utilisation non réglementaire du coffre à stupéfiants.**

2) **Vérification et Traçabilité de l'administration des médicaments.**

II. PRECONISATIONS

1. RESSOURCES HUMAINES DE LA RESIDENCE

Actions prioritaires

Actions à programmer :

1) Mener une réflexion sur l'organisation du travail de nuit afin d'assurer la sécurité des soins.

2. RESSOURCES FINANCIERES DE LA RESIDENCE

Actions prioritaires :

Actions à programmer :

1) **Optimiser l'organisation du circuit établissement/trésorerie concernant l'argent de poche des résidents, les dépôts de valeurs ;**
2) **Calculer le coût des différentes prestations aux résidents.**

3. EQUIPEMENT DE LA RESIDENCE

Actions prioritaires :

Actions à programmer :

1) **Valoriser les espaces extérieurs pour le confort et l'accessibilité des résidents (jardin, terrasses, balcons …) ;**
2) **Améliorer l'esthétique et l'accessibilité des circulations internes ;**
3) **Améliorer et valoriser l'esthétique de l'accès à l'établissement coté jardin/parking ;**
4) **Poursuivre l'aménagement mobilier des chambres pour le confort de vie des résidents.**

4. COMMUNICATION DE LA RESIDENCE

Actions prioritaires :

Actions à programmer :

1) **Clarifier la dénomination des espaces pour faciliter l'orientation des résidents et visiteurs.**

5. MANAGEMENT DE LA RESIDENCE

Actions prioritaires :

Actions à programmer :

1) **Mener une réflexion sur la délégation de soins aux agents « faisant fonction » ;**
2) **Poursuivre la réflexion sur la réponse médicale à l'urgence de nuit, les week-end et jours fériés ;**
3) **Poursuivre la formation des agents aux formations obligatoires, notamment AFGSU ;**
4) **Sensibiliser l'ensemble des équipes pluridisciplinaires au circuit du médicament ;**
5) **Mettre en place une politique de prévention et de prise en charge de la constipation et de l'incontinence ;**
6) **Poursuivre la diffusion de la politique d'évaluation des contentions auprès de l'ensemble du personnel.**

CONCLUSION

Les évaluateurs tiennent tout particulièrement à remercier les personnels **de la Maison de Retraite Debrou** pour la qualité de leur accueil durant cette évaluation.

Nous avons rencontré une équipe de professionnels disponible, ouverte à nos questionnements. Nous avons pu ressentir une atmosphère conviviale, appréciée par les résidents.

L'équipe de la **Maison de Retraite Debrou** obtient une évaluation qui atteste d'un très bon niveau de qualité.

Cette évaluation externe fait apparaitre :

- **35 FORCES (dont 19 cotations A et 16 cotations B)**
- **7 DEFIS (dont 7 cotations C et aucune cotation D)**

Nous espérons que cette évaluation externe selon la méthodologie EVA 2 permettra de poursuivre cette démarche qualité et d'atteindre encore une meilleure prise en charge des personnes âgées accueillies.