A.D.Q. CONSEILS
Amélioration & Développement par la Qualité

Rapport d'évaluation externe

HOPITAL SAINT-JACQUES

14 rue du Général de Gaulle
BP32 – Rosheim / 67218 OBERNAI Cedex

Par A.D.Q. Conseils

Habilitation ANESM n° H2010-03-351

1. ÉLEMENTS DE CADRAGE 3

1.1. PRESENTATION DE L'ORGANISME EVALUATEUR 3
1.2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EVALUE 3
1.3. CONTEXTE INSTITUTIONNEL 4
1.4. ORGANISATION 5
1.5. ÉLEMENTS LIES AUX PERSONNES ACCUEILLIES 7
1.6. ENVIRONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT 8

2. DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE 9

2.1. OBJECTIFS DE L'EVALUATION EXTERNE 9
2.2. CADRE LEGAL DE L'EVALUATION 9
2.3. PROCEDURE D'EVALUATION, ORGANISATION ET DIFFICULTES 9

3. CADRE EVALUATIF 12
3.1. CADRE LEGAL DE REFERENCE 12
3.2. RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES APPLICABLES 13
3.3. SOURCES DOCUMENTAIRES 14
3.4. QUESTIONNEMENT EVALUATIF 15

4. ANALYSE ET PRECONISATION 16
4.1. SYNTHESE DU REFERENTIEL D'EVALUATION 16
4.2. APPRECIATION GLOBALE DES ACTIVITES ET DE LA QUALITE DES PRESTATIONS *(DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECTION 2)* 17
4.3. ANALYSE DES ACTIONS REALISEES SUITE A L'EVALUATION INTERNE *(DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECTION 2)* 19
4.4. CONSTATS, ANALYSES ET PRECONISATIONS SELON LE REFERENTIEL D'EVALUATION 20

5. CONCLUSIONS 37

6. ANNEXES 38

6.1. SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE (3.5 DE LA SECTION 3 DU CHAPITRE V DE L'ANNEXE 3- 10 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES) 38
6.2. ABREGE DU RAPPORT 45
6.3. COMPOSITION DE L'EQUIPE D'EVALUATION 53
6.4. ENGAGEMENT DE DEONTOLOGIE 55
6.5. DECLARATION SUR L'HONNEUR DES EVALUATEURS 56
6.6. CALENDRIER DE REALISATION 57
6.7. CONTRAT D'EVALUATION EXTERNE ET QUESTIONNAIRE EVALUATIF 58

1. ÉLEMENTS DE CADRAGE.

1.1. Présentation de l'organisme évaluateur.

Nom de la société :	A.D.Q. Conseils SARL
Gérant :	Marc HOLZHAMMER
Coordonnées :	6, rue des Lilas 57200 Blies Ebersing
Tél :	06.77.52.31.95
Mail :	mh@adq-conseils.fr
N° Anesm :	**H2010-03-351**
Siret :	48019321800017
Code NAF :	7022Z

1.2. Présentation de l'établissement évalué.

Nom de l'établissement :	**HOPITAL SAINT JACQUES**
Responsable de l'établissement :	**Mme Séverine FONGOND**
Coordonnées :	14 , rue du Général de Gaulle BP 32 – Rosheim / 67218 OBERNAI Cedex
Organisme gestionnaire :	Fonction Publique Hospitalière
Responsable de l'organisme :	Mr Michel HERR, Maire de la Ville de Rosheim, Président du Conseil de Surveillance de l'établissement
Forme juridique	Etablissement public autonome
N° Siret	266 700 194 00019
Date d'autorisation	1er janvier 2005 (arrêté portant autorisation de transformation de l'unité de soins de longue durée de 49 lits de l'hôpital de Rosheim en établissement médico-social et de fusion avec la maison de retraite en un établissement EHPAD)
Date prévisionnelle de renouvellement :	03/01/ 2017
Convention tripartite :	2010-2014
Nombre de places/lits :	90 lits

1.3. Contexte institutionnel.

1.3.1. Historique de l'établissement.

L'EHPAD de Rosheim est une structure d'hébergement médico-social de l'hôpital Saint Jacques qui comprend également un service sanitaire (service de Soins de Suite et de Réadaptation). Il est situé à 26 km de Strasbourg et à 5 km d'Obernai.

L'EHPAD est né de la fusion des 41 lits de Maison de retraite et des 49 lits d'Unité de Soins de Longue Durée au 1er janvier 2005. L'Hôpital a été rénové en 1986 puis en 1993.

1.3.2. Contexte actuel.

L'hôpital Saint jacques est un établissement public de santé autonome à caractère sanitaire et social possédant l'autonomie juridique et financière. Une mutualisation des ressources (responsable qualité, assistante sociale) est en place compte tenu du fonctionnement de l'EHPAD et du SSR de l'hôpital.

La gouvernance est assurée par un Conseil de Surveillance de 9 membres, présidé par Monsieur le Maire de la ville de Rosheim.

La stratégie générale est conduite par une directrice nommée par le Ministre de la Santé. L'équipe de direction a été modifiée : arrivée d'une nouvelle directrice en juillet 2012, création d'un poste d'IDEC en octobre 2012, non renouvellement du poste de cadre supérieur de Santé.

Conformément à la mission contenue dans son autorisation, la structure propose une prise en charge globale des personnes âgées de plus de 60 ans n'ayant plus partiellement ou totalement leur autonomie de vie en leur offrant une surveillance médicale et paramédicale constante ainsi que des prestations hôtelières et d'animation.

Son financement est assuré à la fois par le résident pour le forfait hébergement, par l'assurance maladie pour le forfait soins et par le conseil général pour le forfait dépendance.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et/ou de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Il répond aux normes d'attribution de l'allocation logement.

1.4. Organisation.

1.4.1. L'équipe de professionnels.

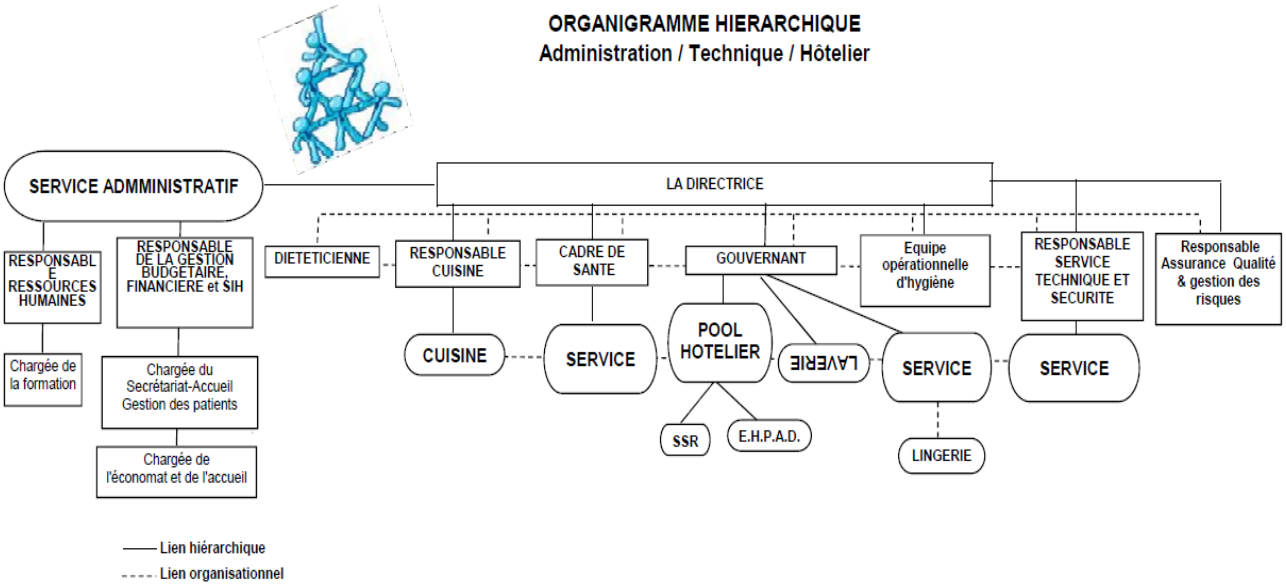
L'hôpital Saint Jacques dispose pour sa capacité d'accueil de 90 lits d'un effectif de 71.69 ETP.

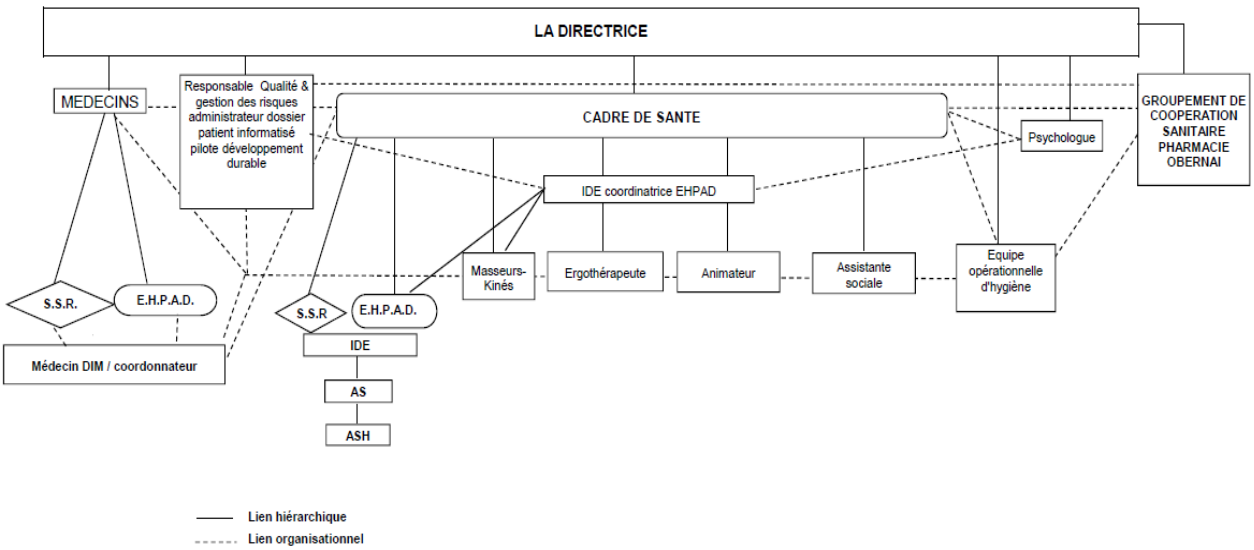
Ses effectifs budgétés sont les suivants :

CATEGORIES	ETP autorisé 2013	ETP réalisé 2013
direction, administration	3,85	3,85
cuisine, services généraux	7,95	7,95
secrétaire médicale	0,30	0,30
animation, service social	1,50	1,50
gouvernant	1,00	1,00
agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	15,30	13,41
psychologue	0,50	0,50
aide-soignant, A.M.P.	20,20	20,88
aide-soignant, A.M.P. nuit	2,80	2,00
infirmier	5,25	4,36
infirmier nuit	2,00	2,00
cadre de santé (surveillante)	0,00	0,00
IDE coordinatrice	1,00	1,00
masseur, kinésithérapeute	0,75	0,75
ergothérapeute	0,50	0,42
préparateur en pharmacie	1,00	0,46
médecin	1,30	1,30
S/total personnel sur emplois permanents	65,20	61,68
Contrats aidés et emploi d'avenir	0,00	2,13
remplacement des absences (maladies, formations, congés annuels) du personnel sur emplois permanents ASH, AS, AMP et IDE	2,38	7,88
TOTAL	**67,58**	**71,69**

L'EHPAD dispose actuellement d'un ratio agent/lit de 0,79.

1.4.2. Organigrammes.





1.5. Éléments liés aux personnes accueillies.

1.5.1. Approche quantitative.[1]

L'Hôpital Saint Jacques accueille des personnes d'au moins 60 ans en hébergement permanent. Son **taux d'occupation** en 2012 est de 97,51%. La **durée moyenne de séjour 2012** atteint 3,5 ans.

La **moyenne d'âge** des résidents accueillis **en 2012** est de 85,31 ans : 80,00 ans pour les hommes et 86.73 pour les femmes.

1.5.2. Approche qualitative.[2]

La finalité de l'Hôpital Saint Jacques est d'accompagner la personne âgée dans son projet de vie en tenant compte du degré de dépendance et des souhaits de chaque personne.
En 2012, le GMP a diminué, ce qui s'explique par une augmentation du nombre de résidents en GIR 4 au détriment du nombre de résidents en GIR 2 (9 résidents en GIR 4 admis en 2012).

-GMP :

ANNEES	GIR MOYEN PONDERE
2010	830.67
2011	834.56
2012	**803.89**

La répartition des résidents par GIR est la suivante :

GIR	Nombre de résidents en 2011	Nombre de résidents en 2012
1	**40**	**40**
2	**26**	**20**
3	**14**	**13**
4	**9**	**16**
5	**1**	**1**
6	**0**	**0**

Le Dernier PMP validé au 10/07/2009 est de 144.

Les principales pathologies rencontrées sont :
- Démences : de type Alzheimer et de type vasculaire
- AVC et suites (hémiplégie)

[1] et [2] Données issues du rapport annuel 2012 de l'hôpital

- Parkinson
- Diabète
- Pathologies cardio-vasculaires

La majorité des personnes accueillies proviennent du canton de Rosheim. Sur les 25 entrées de l'année 2012, 68 % des résidents proviennent du SSR de l'établissement et 16% du domicile.

1.6. Environnement de l'établissement.

1.6.1. Aspects architecturaux.

L'établissement comprend 62 chambres individuelles (~16m2) et 14 chambres doubles (~22m2) réparties sur 4 niveaux, desservis par des escaliers et des ascenseurs. Les unités de vie se nomment : tournesols, magnolias, bleuets, eucalyptus et lys. L'établissement, entouré de verdure, propose des espaces détente aménagés.

1.6.2. Implantation et contexte local et régional.

L'établissement travaille en réseau et est ouvert vers l'extérieur.
Il fait partie d'un réseau Alsace gérontologique, une antenne est localisée à Molsheim. Il adhère également au réseau qualité QUALES.
Il adhère au GCS pharmacie inter-hospitalière d'Obernai.
Des professionnels libéraux (médecins, kinésithérapeutes…) interviennent dans l'établissement. Une présence infirmière ainsi qu'une garde médicale assurent les soins et les urgences 24h/24.
Des liens étroits existent avec le Centre Communal d'Action Sociale de Rosheim, ainsi qu'avec l'association des amis de St Jacques. Des bénévoles interviennent dans la structure, un contrat de bénévolat est signé.
La CSIRMT est organisée conjointement avec 4 établissements, des formations conjointes (externes) sont également organisées (ex : management infirmier, formation FFSA). Des actions sont réalisées avec l'ESPAS du conseil général sur le thème de l'aide aux aidants.

L'établissement dispose de plusieurs conventions avec :

- l'EPSAN pour la prise en charge des troubles du comportement et des problèmes psychiatriques des résidents,
- le réseau RASP « Alsacien de Soins Palliatifs.et le l'EMSP » (Equipe Mobile de Soins Palliatifs) pour la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs
- le CH d'Obernai hôpital public, pour la prise en charge en médecine.
- le Service de l'hôpital de jour gériatrique "consultation mémoire du centre hospitalier de Molsheim " (en cours au moment de l'évaluation interne).
- l'association de bénévoles JALMALV pour l'accompagnement de fin de vie

2. Descriptif de la procédure d'évaluation externe.

2.1. Objectifs de l'évaluation externe.

Les objectifs de l'évaluation externe sont définis par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 relatif au cahier des charges de l'évaluation externe, à savoir :

- Porter une appréciation globale sur l'établissement
- Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne.
- Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques
- Élaborer des propositions et/ou préconisations

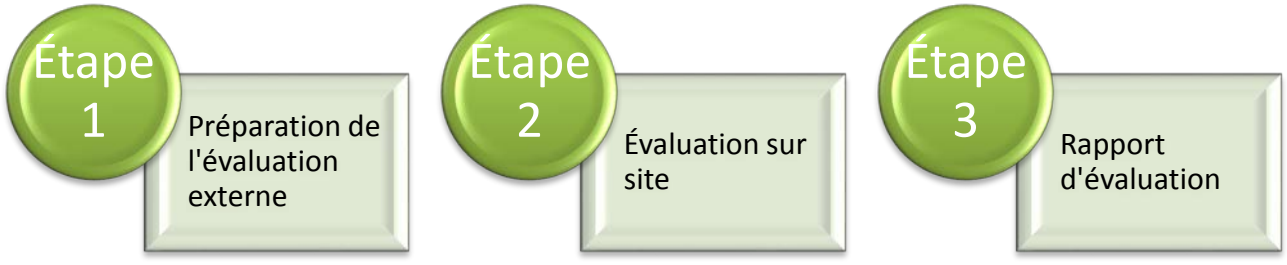
2.2. Cadre légal de l'évaluation.

L'évaluation externe a été réalisée dans le respect le plus strict des textes suivants :

- Le **décret n° 2007-975 du 15 mai 2007** (fixant le contenu du cahier des charges).
- **Décision n° 2012002 du 11 mai 2012** relative à la mise en œuvre des dispositions de suivi des organismes habilités et prestataires inscrits au titre de l'article L.312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).
- **Décret n° 2012-147du 30 janvier 2012** relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- **Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011** relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.
- Le **décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010** relatif aux calendriers des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.

2.3. Procédure d'évaluation, organisation et difficultés.

Les étapes de la procédure d'évaluation sont les suivantes :



2.3.1. Les étapes de l'évaluation.

Etape 1 : Préparation de l'évaluation externe		
Contenu de l'étape	***Réalisé le***	***Difficultés rencontrées***
Transmission de la liste des documents	22/12/2013	Pas de difficulté particulière
Préparation du cadre évaluatif et du planning d'intervention sur site.	08/01/2014	Pas de difficulté particulière
Validation du cadre évaluatif	12/02/2014	Pas de difficulté particulière

Etape 2 : Evaluation sur site (Planning, voir en annexe)		
Contenu de l'étape	***Réalisé le***	***Difficultés rencontrées***
Réalisation de la réunion d'ouverture	12/02/14	Pas de difficulté particulière
Entretiens et recueil des informations	12 et 14/02/14	Pas de difficulté particulière
Présentation des conclusions	14/02/14	Pas de difficulté particulière. Restitution à l'ensemble des professionnels : trente personnes présentes.

Etape 3 : Rapport		
Contenu de l'étape	***Réalisé le***	***Difficultés rencontrées***
Remise du pré-rapport	15/03/2014	Pas de difficulté particulière
Remise du rapport final	15/06/2014	Pas de difficulté particulière

2.3.2. Les sources d'information.

Le personnel	
Interviews individuelles	***Entretiens collectifs***
10 interviews individuelles : Gouvernant Responsable maintenance Directrice Responsable restauration 4 aides-soignantes 1 ASH faisant fonction d'aide-soignant 1 CAE	**9 entretiens collectifs :** Directrice de l'établissement Médecin coordonnateur Pharmacien Préparatrice en pharmacie Cadre de santé Responsable qualité/Gestionnaire des risques Infirmière coordinatrice Infirmière de jour et de nuit Aides soignantes de jour et de nuit Agents de services hospitaliers Lingères Cuisinier Psychologue Gouvernant Coordinatrice en animation Agent administratif et d'accueil

Le public	
Usagers	***Représentants des usagers***
1 rencontre organisée avec deux résidents 3 entretiens individuels auprès de résidents	Représentant des familles du CVS

Les partenaires	
Partenaires locaux	***Partenaires institutionnels***
Maire de la Commune de Rosheim Entretien collectif sur le thème de la vie sociale avec le Président de l'Association « les amis de Saint Jacques »	Président du Conseil de surveillance Membres du CTE, CHSCT, 2 Délégués syndicaux Pharmacien et préparatrice en pharmacie du GCS-pharmacie interhospitalière d'Obernai

Eléments documentaires consultés sur site	
Documents cadres (convention, procédure,…)	***Documents opérationnels (dossiers, enregistrements, courriers,…)***
Projet d'établissement 2008/2012 - projet d'animation (juillet 2010) - relevé de conclusions réunion du projet social 2013/2017 (février à avril 2013) - documents de travail projet établissement 2013/2017 : projet social 2013/2017 (15 mai 2013) projet de soins institutionnel (groupes de travail de mars à octobre 2013) - livret d'accueil de l'usager (MAJ 03/05/13) - livret d'accueil du personnel (MAJ mars 2013) - plaquette de présentation (version 6 MAJ janvier 2014)- contrat de prestation entre la PUI et les Ets du GCS (10/01/13)- document unique (refonte du 04/06/13)– plan de maitrise sanitaire (28/02/13) - plan bleu - protocole d'accès aux informations du dossier patient - procédures relative au circuit du médicament - procédure d'accueil en EHPAD - tableau des effectifs (25/07/13) - chartes de bientraitance (version de mars 2009) - contrat de bénévolat (04/02/14)- Fiche de signalement d'événements indésirables (version septembre 2012)- présentation de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques (mai 2013)- politique qualité et de gestion des risques 2013 /2017 (26/03/13) - manuel qualité (mai 2010)- résultats élections des membres du CVS (05/02/13) - projets « Atelier de réminiscence » (juillet 2011) « L'espace Snoezelen » (non daté) - rapport annuel 2012-plan de formation 2014 - Rapports d'audit AFNOR 2011 et 2013	Dossiers administratifs des usagers (informatique logiciel et dossiers papiers) - liste d'attente au jour de la visite – dossier de demande d'admission - feuillets complétés du recueil de la personne de confiance - dossier de soins informatisé et version « papier » des résidents (logiciel « CARIATIDES ») - trame enquête de satisfaction - référentiel, rapport d'évaluation interne et émargement des professionnels participant aux groupes de travail - projets de vie et d'accompagnement personnalisé – liste des référents des projets de vie (21/03/13)- plan de formation 2013 – registre de sécurité – PV commission de sécurité CASIP du 23/07/13– programme d'activités de la semaine du 10 au 14 février 2014 - bilan annuel des animations - dossier administratif du personnel –menus et CR de la commission des menus (12/2013 et 01/2014) - CR audit SILLIKER du 09/01/14 pour la conformité du service restauration - planning annuel 2014 d'animation - journal interne pour les résidents janvier et février 2014 - rapport contrôle Légionelle de SILLIKER du 2/12/13 - PV de la commission animation du 25/01/13- ordre du jour de la commission animation du 18 février 2014 - menus - comptes-rendus des réunions du groupe éthique (2013) - note information séances « Snoezelen » et « Hypnose » à destination du corps médical (27/06/13) - PACQ 2013- tableau de bord des indicateurs liés à notre engagement qualité (1er octobre 2012) - suivi des indicateurs d'activité et de performance- méthode de suivi (2013)

3. Cadre évaluatif.

3.1. Cadre légal de référence.

3.1.1. Éléments généraux.

- Code civil.
- Code de l'action sociale et des familles.
- Code de la santé publique.
- Code de la sécurité sociale.
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs vulnérables.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Circulaire DGA 5/SD 2 n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.
- Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil et arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.
- Circulaire n° 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et des maltraitances notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables.
- Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée.
- Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement.
- Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge.
- Décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation.
- Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le Code de la santé publique.

3.1.2. Éléments spécifiques aux Ehpad

- Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loi n°2003-289 du 31 mars 2003 portant modification de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Décret n°2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour.
- Décret 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'hébergement temporaire.
- Arrêté du 8 septembre 2003 : Charte des Droits et Libertés de la Personne Agée Dépendante
- Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un Ehpad.

- Arrêté du 17 avril 2013 portant reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification de services constitué de la norme NF X 50-058 et des règles de certification NF 386 pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées de la société par actions simplifiées AFNOR certification et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes prévu à l'annexe 3-10 au code de l'action sociale et des familles.

3.2. Recommandations de bonnes pratiques applicables.

Recommandations « tous secteurs »

- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique
- L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement
- Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre

Recommandations spécifiques

- Qualité de vie en Ehpad (volet1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement.
- Qualité de vie en Ehpad (volet2) – Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne.
- Qualité de vie en Ehpad (volet3) – La vie sociale des résidents en Ehpad.
- Qualité de vie en Ehpad (volet4) – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident.
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement.
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement.
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

3.3. Sources documentaires.

Les informations ont étés recueillies sur la base des documents obligatoires suivants (selon annexe 3-10 CASF, Chap II, Section III 3.1).

Documents obligatoires	Documents transmis
Tout document public permettant d'identifier la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social	La fiche d'enregistrement officielle au répertoire SIRENE.
Une copie de l'autorisation ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis, un organigramme et un document relatif aux personnels : effectifs en poste, répartition par catégorie.	Arrêté préfectoral portant autorisation de transformation de l'unité de soins longue durée de 49 lits de l'hôpital de Rosheim en un établissement médico-social et de fusion avec la maison de retraite en un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes de 90 lits du 30 décembre 2004. Organigramme hiérarchique (Administration / Technique / Hôtelier)- mars 2013. Organigramme hiérarchique (Personnel Médical / Soignant / Educatif)- mars 2013. Tableau des effectifs 2013 par catégories professionnelles, en ETP autorisés et réalisés
Le projet d'établissement et autres documents de référence utilisés : charte, supports de démarche qualité	Projet d'établissement 2008-2012 et documents de travail de rédaction du projet d'établissement 2014-2018. Charte de la personne âgée dépendante Fiche relative à la définition de la politique qualité, sécurité de soins et gestion des risques, validée par la CME en date du 26/03/2013. Certificat AFNOR, norme NF Service « Etablissement d'hébergement pour personnes âgées » du 08/11/2010. Rapport d'audit AFNOR, NF service de novembre 2011 et de novembre 2013.
Le livret d'accueil de l'établissement remis à chaque personne accueillie	Livret d'accueil, version datée du 3 mai 2013
Le règlement de fonctionnement	Règlement de fonctionnement, validé en 2011 par le CVS, version 2013
Les comptes rendus du conseil de la vie sociale ou de toute autre forme de participation conformément à l'article L. 311-6	Arrêté du 05/02/2013 portant sur la composition du CVS. Enquête de satisfaction annuelle des résidents, version 06/2013. Enquêtes de satisfaction des résidents nouvellement arrivés, version octobre 2010. Enquêtes de satisfaction des résidents ayant

	souhaité un départ volontaire, version mai 2013. Comptes-rendus des groupes de parole des 28/06/2013, 26/07/2013 et 27/09/2013. Comptes-rendus de CVS (03/02/14,19/11/13,23/05/13,13/03/13)
Les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité	Document unique d'évaluation des risques (version validée le 25 mars 2013 par le CHSCT) Plan de maitrise sanitaire du service restauration, daté de 2013
Les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation	Référentiel d'évaluation interne 2011 Procédure d'évaluation interne de l'EHPAD, 2011 Planning de l'évaluation interne (2011)
Une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne	Plan d'actions d'amélioration lié à l'évaluation interne en EHPAD, version 2011 et PACQ global de l'établissement 2013 Courriers de réponses de tutelles à l'évaluation interne : Conseil Général (reçu le 04/02/2013) et ARS (daté du 20/12/2012)

Et des documents complémentaires suivants :

- Contrat de séjour et plaquette de présentation de l'établissement
- Manuel lingerie, 2009
- Documents relatifs à la gestion du circuit du médicament.

3.4. Questionnement évaluatif.

Le questionnaire évaluatif a été réalisé sur la base du référentiel d'évaluation interne utilisé par la structure dans le cadre de son évaluation interne.

Il se présente sous la forme d'une grille d'évaluation spécifique qui comprend :

- Les axes et thèmes d'évaluation hiérarchisés.
- Les questions évaluatives.
- Les aspects spécifiques à l'établissement sur la base de son projet d'établissement et de son évaluation interne.

(Voir en annexe : « Questionnaire évaluatif »)

4. ANALYSE ET PRECONISATION.

Dans l'ensemble de l'analyse ci-dessous, l'échelle des graphes est la suivante :

Existence de procédures orales	Fonctionnement stable	Organisation définie planifiée	Organisation suivie et maîtrisée	Amélioration pilotée
« Les choses ne se passent pas si mal »	« Les pratiques sont constantes dans le temps »	« Cela se déroule comme prévu »	« La situation est sous contrôle »	« Les pratiques sont constamment revues et améliorées»
1	2	3	4	5

Le niveau d'analyse – sans mention contraire – reflète une analyse consécutive aux informations collectées. Les analyses utilisant les méthodes d'interprétation des données sont mentionnées spécifiquement.

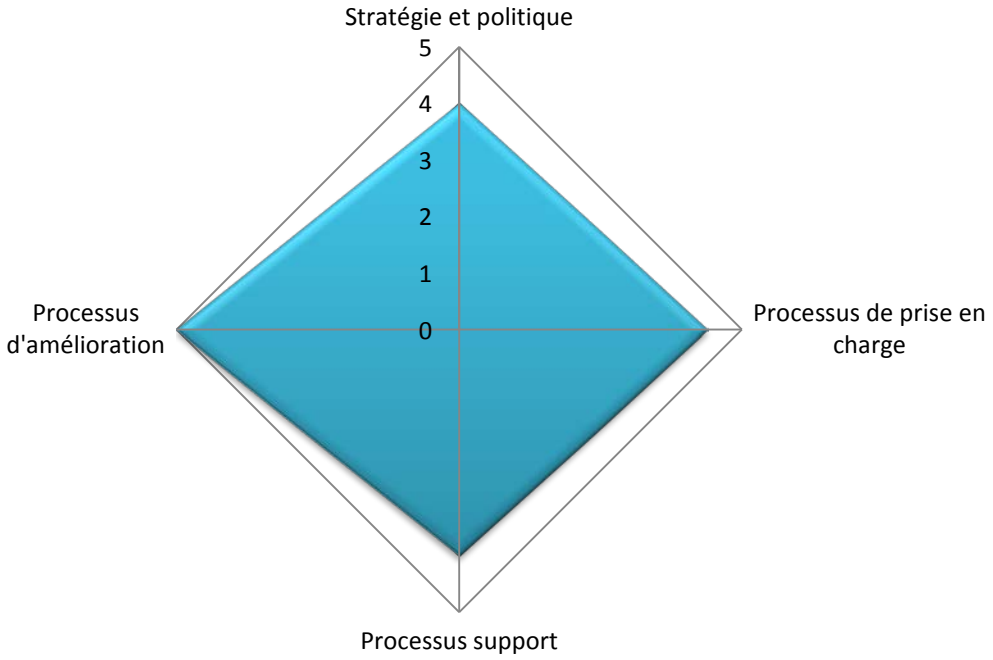
Dans le cadre des préconisations les priorités sont formulées en regard des critères suivants :

Proposition ayant pour objectif une amélioration du fonctionnement

Proposition ayant une incidence sur l'accompagnement.

Préconisation prioritaire ayant une incidence forte liée soit à l'accompagnement, soit sur des facteurs risque pour l'usager ou pour les professionnels, soit à la législation.

4.1. Synthèse du référentiel d'évaluation.



4.2. Appréciation globale des activités et de la qualité des prestations
(décret 2007-975, chapitre II, section 2).

Adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties.
Le Projet d'établissement 2008-2012 de l'Hôpital local Saint Jacques est fondé sur le SROS III Alsace, sur le manuel de certification V2/2007 et sur des audits (étude de la qualité perçue : médical, paramédical, enquête résidents/familles, enquête auprès de la population extérieure). Le projet présente à l'intérieur de ses différentes parties des axes déclinés en objectifs, moyens et actions précises et concrètes (en termes de faisabilité). Pour l'EHPAD, les objectifs définis tiennent compte des éléments contextuels et du cadre juridique posé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Certains objectifs sont communs avec le SSR comme : assurer la lutte contre le risque infectieux, accompagner la fin de vie. L'ensemble des objectifs découle d'un diagnostic stratégique poussé et semble pertinent au regard de la population accueillie et de la vocation de l'établissement Le nouveau projet d'établissement qui couvrira la période 2013/2018 est en cours de finalisation Il est basé sur le bilan de l'ancien projet d'établissement, l'évaluation interne et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Cohérence des différents objectifs entre eux.
Les objectifs déclinés dans le projet d'établissement 2008/2012 sont cohérents entre eux et répondent aux besoins des personnes âgées. Les différents projets sont imbriqués et permettent une cohérence des objectifs adaptés à la spécificité de chaque service. A noter également que l'hôpital s'est doté d'un projet de soins et de vie 2013/2017 ambitieux. Compte tenu de la date de construction du projet d'établissement, il n'est pas fait référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

Adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place.
Les objectifs inscrits au projet d'établissement sont cohérents avec les ressources humaines, financières et techniques dont dispose la structure. Les moyens mis en place permettent un accompagnement de qualité des résidents accueillis : le maintien des bâtiments et du matériel en bon état et en quantité démontre la capacité de l'établissement à s'adapter et à réagir en vue d'assurer son bon fonctionnement. Néanmoins, le dernier PATHOS validé est assez ancien (2009) et atteint 144. Les effectifs ont peu évolué depuis 2011 et le compte financier (rapport annuel 2012) qui nous a été communiqué montre un résultat déficitaire.

Existence et pertinence de dispositifs de gestion et de suivi.
Le projet d'établissement 2008/2012 ne prévoit pas de modalités précises d'évaluation. Néanmoins, la présentation sous la forme de plans d'actions pluriannuels, selon une perspective à court, moyen et long terme facilite le suivi des actions (indicateurs). Le prochain projet d'établissement intègre les modalités d'évaluation à savoir une évaluation annuelle des actions prévues par le biais du Programme d'Amélioration Continue de la Qualité suivi en réunion de Direction une fois par trimestre et une fois par an par le groupe projet.

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

Le pilotage en place dans l'établissement permet une réelle appréciation de l'atteinte des objectifs. L'équipe de direction évalue de manière régulière les actions grâce à des tableaux de bord (activités, financiers, ressources humaines, qualité…).

Les objectifs fixés sont repris dans un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (actions correctives et d'amélioration) assez détaillé qui précise notamment la source de l'action, l'objectif (effet attendu), la mise en œuvre pratique, les échéances, le pilote et le suivi des actions (indicateurs). Le suivi des actions ainsi présenté permet d'évaluer les effets et de réajuster si besoin en fonction des effets positifs ou négatifs.
Les objectifs du projet d'établissement 2008-2012 sont repris et évalués par chaque groupe de travail qui réalise depuis 2013 le prochain projet 2013/2017.

Appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés.

Au quotidien, les professionnels sont attentifs aux souhaits et aux réactions des résidents : l'élaboration du projet de vie et d'accompagnement personnalisé cible des objectifs qui produisent des effets qui sont observés et réévalués. Lors de l'analyse des projets de vie, nous avons pu constater une réelle volonté d'apporter des réponses adaptées aux attentes des résidents dans une réflexion basée sur le besoin mais également sur le bénéfice pour le résident.

De plus, grâce à une volonté de la hiérarchie et une adhésion des équipes, les pratiques professionnelles font l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire autour de problématiques individualisées de prise en charge intégrées dans la politique d'EPP de l'établissement. Les analyses de pratiques régulières permettent de mesurer les évolutions constatées au regard des actions mises en œuvre sur des thématiques comme les chutes, organisation des bains, nutrition, contention…A noter également, un circuit de signalement et de traitement des événements indésirables en place qui permet la mesure et la mise en place d'actions correctives.

Conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation.

Tout comme décrit dans la partie « Appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs » l'organisation est régulièrement évaluée par l'équipe de Direction qui a mis en place un pilotage efficace. Les réunions régulières permettent de suivre les actions et d'en mesurer leur efficience (ex d'indicateurs suivis : délai d'intervention du service technique dans l'espace privatif, taux de personnel formé à l'année, proportion d'actions d'amélioration en lien avec l'analyse des pratiques professionnelles, taux d'évolution de l'activité, des dépenses…).

4.3. Analyse des actions réalisées suite à l'évaluation interne *(décret 2007-975, chapitre II, section 2).*

Appréciation sur les priorités et modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne.
Selon les constats de l'audit AFNOR[3], et selon les investigations des évaluateurs, l'évaluation interne a été conduite en prenant en compte les recommandations de l'ANESM. L'établissement a choisi de créer son propre référentiel basé sur les normes AFNOR NF 386 et NF X50-058, les recommandations de l'ANESM, l'autoévaluation ANGELIQUE et la certification HAS V2010. Il est structuré en quatre chapitres et comprend de nombreuses sous-parties. Une méthodologie précise et formalisée sous la forme d'une procédure a été utilisée. Des outils complémentaires ont été utilisés : évaluation des dossiers patients (1er semestre 2011), évaluation des projets de vie personnalisés (2ème semestre 2011). La démarche mise en place en 2011 a été participative et a constitué un réel temps de réflexion et de questionnement concernant les pratiques professionnelles. Les professionnels rencontrés étaient informés sur le travail réalisé dans le cadre de l'évaluation interne. Les usagers ont été largement intégrés via des réunions du Conseil de la Vie Sociale, des groupes de parole axés sur des thèmes donnés, définis par le groupe de pilotage… Les familles sont également associées à la démarche, à l'étape de recueil des informations fiables et pertinentes sur un mode de consultation, notamment par le biais du Conseil de la Vie Sociale. Un plan d'actions d'amélioration découle de cette démarche. Points à améliorer : Le référentiel d'évaluation interne, est certes très détaillé et complet mais sa structuration aurait pu être améliorée, afin d'éviter quelques redondances et ainsi faciliter sa compréhension. A prendre en compte pour la prochaine évaluation.

Appréciation sur la communication et la diffusion des propositions d'améliorations et l'implication des acteurs.
Selon les constats de l'audit AFNOR[3], et selon les investigations des évaluateurs, l'évaluation interne a été conduite en prenant en compte les recommandations de l'ANESM. Différents modes de communication ont été utilisés à différents moments : **En pré évaluation** : appels à candidature avec explications sur la démarche d'évaluation interne, via les instances puis sous forme de note d'information diffusée à l'ensemble des professionnels. **En cours de démarche** : Des points sur l'évolution de la démarche aux étapes clé ont été faits par le biais : des instances et des groupes d'évaluation, des notes d'information, des courriers joints aux fiches de paie, par voie d'affichage. **En post évaluation** : La communication des résultats mais également du suivi des actions a été réalisée par le biais de notes d'information, de courriers joints aux fiches de paie, par voie d'affichage.

Mise en œuvre des mesures d'amélioration et de l'échéancier de cette mise en œuvre.
Selon les constats de l'audit AFNOR[3], et selon les investigations des évaluateurs, l'évaluation interne a été conduite en prenant en compte les recommandations de l'ANESM. Suite à la réalisation de son évaluation interne, l'EHPAD a formalisé un plan d'actions d'amélioration qui comprenait un nombre important d'actions. Ce plan d'amélioration, structuré selon les axes de l'ANESM ne disposait pas d'indicateurs. Il comprenait le détail de l'action, un délai de réalisation, le pilote de l'action. D'une manière générale, la mise en œuvre des améliorations dans plusieurs domaines a été identifiée et apportée : amélioration sur l'élaboration du PVP et son suivi, mise en place d'activités de stimulation des facultés cognitives (espace Snoezelen)…

[3] Rapport d'audit AFNOR N° 447 347 du 14/15/11/13/ Rapport d'audit AFNOR N° 2011/11 du 02/03/11/13

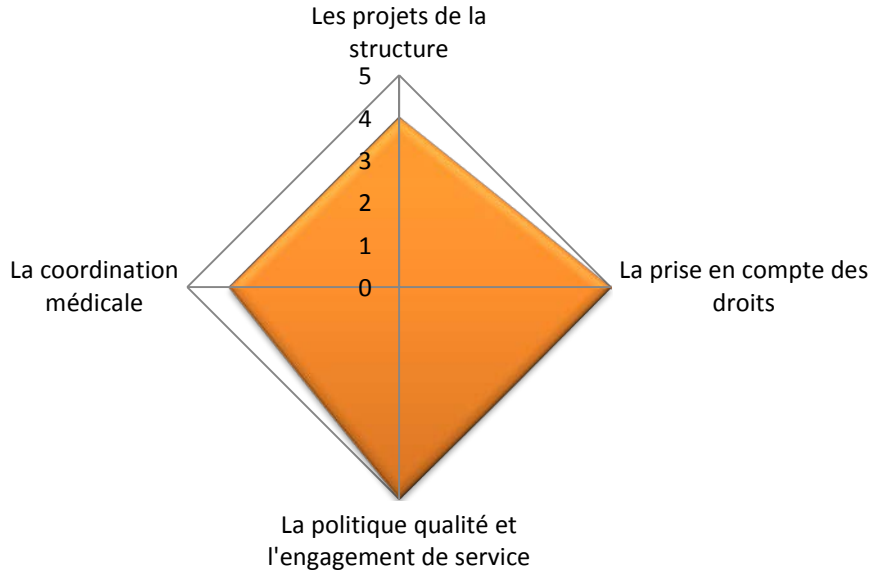
Présentation des modalités de suivi et bilan périodique
Selon les constats de l'audit AFNOR[3], et selon les investigations des évaluateurs, l'évaluation interne a été conduite en prenant en compte les recommandations de l'ANESM. Elle a produit des actions d'amélioration pertinentes qui sont visibles au travers de la réalisation de l'évaluation externe (ex : signalétique à l'entrée, rapport d'activités du médecin coordonnateur). Les évaluateurs n'ont pas pu constater d'organisation prévoyant des bilans périodiques à cette période (2011-2012), uniquement une mention « suivi au 30 novembre 2011 » sur le plan d'amélioration 2011. Néanmoins, le PACQ 2013 reprend des actions clairement identifiées « EVALUATION INTERNE ». L'organisation en place actuellement permet un suivi et un bilan périodique (réunion de direction mensuelle, réunion trimestriel groupe de pilotage).

Appréciation de la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations.
Selon les constats de l'audit AFNOR[3], et selon les investigations des évaluateurs, l'évaluation interne a été conduite en prenant en compte les recommandations de l'ANESM. Une réelle dynamique d'amélioration continue de la qualité des prestations est en place portée par les responsables et les équipes. A poursuivre. Préconisations : Intégrer les remarques de l'évaluation externe dans le PACQ et comme spécifié par le rapport d'audit AFNOR mener une réflexion sur la mesure de l'efficacité des actions (impact) : expliciter dans le PACQ actuel les indicateurs, les effets attendus des améliorations et leur mesure.

4.4. Constats, analyses et préconisations selon le référentiel d'évaluation.

Plan 1 : Stratégie et politique

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ 2013*
1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.	Oui
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'usager par ce projet.	Oui
4. Effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits	Oui
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.	Oui
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.	Oui
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.	Oui
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.	Oui
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	Oui
12. Formes de mobilisation des professionnels.	Oui
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.	Oui

Synthèse graphique du plan


Sous-plan 1.1 : Les projets de la structure

Analyse

Comme spécifié dans la partie 4.2, le nouveau projet d'établissement qui couvrira la période 2013/2017 est en cours de finalisation (fin prévisible juin 2014). Il est basé sur le bilan de l'ancien projet d'établissement, l'évaluation interne et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Il comprendra comme le précédent projet puisqu'il en est la continuité : un projet médical, un projet de soins, un projet de vie, un projet social, qualité, architectural, SI. Le projet d'établissement est construit actuellement selon une méthodologie commune et partagée: chaque volet est travaillé à l'identique : un responsable ; un diagnostic, des objectifs définis, des professionnels dans le groupe de travail.

Concernant le projet personnalisé : un travail important a été réalisé sur le projet personnalisé, aussi, au jour de la visite, la totalité des résidents présents ont un projet d'accompagnement personnalisé (récapitulatif et projets consultés). L'équipe veille à adapter la trame et à la faire évoluer en fonction des axes d'amélioration identifiés au fur et à mesure. Le PAP comprend notamment l'anamnèse, l'évaluation des capacités, les repères de la journée du résident. Le projet est initié dès la pré admission où les habitudes de vie sont recueillies et ajustées au cours des événements survenant en cours de séjour. Les activités spécifiques ou non sont proposées selon les capacités des résidents.

Le projet individualisé est élaboré en équipe pluri disciplinaire. Des temps de transmissions inter-équipes sont organisés pour la réévaluation. Le recueil de données est effectué avec le résident et/ ou sa famille à l'entrée et est ensuite alimenté par les professionnels.

Le projet d'accompagnement personnalisé est signé par le résident ou la personne de confiance et par l'établissement.

Il est inséré dans le dossier de soins papier du résident. Lors de la visite sur site, les travaux d'informatisation du PAP dans le logiciel « CARIATIDES » sont en cours ; l'objectif est de centraliser les informations et d'uniformiser les supports.

Sous-plan 1.2 : La prise en compte des droits des usagers

Analyse

La notion de promotion de bientraitance apparait clairement dans la politique et la culture globale de l'établissement : forte cohérence entre les différents discours recueillis et à divers niveaux hiérarchiques. Cette thématique fait l'objet d'actions de formations régulières : pour 2014, le plan de formation prévoit une action sur le thème de « l'Humanitude » et un comité « éthique et bientraitance » est en place depuis 2013.

Une charte de la bientraitance est affichée dans l'établissement ainsi que la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation d'handicap ou de dépendance.
Le livret d'accueil remis à chaque nouvel entrant comprend la charte de la personne âgée et les valeurs véhiculées.

Nous avons pu constater l'effectivité des droits lors de notre visite sur site comme :
- l'intimité des résidents qui est préservée (ex : portes fermées lors des soins et toilettes, clef de chambre)
- le respect du résident qui est présent : vouvoiement systématique, façon dont on s'adresse aux résidents, politesse des professionnels
- le respect de la dignité qui est effectif : tenue adaptée des résidents
- la possibilité qui est offerte aux résidents de pratiquer leur culte
- la liberté d'aller et venir à l'intérieur et à l'extérieur de la résidence.
- la personnalisation des chambres est effective.
- le libre choix des intervenants extérieurs qui est respecté

Le droit à l'information est effectif à travers la remise du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour.
La structure s'assure du consentement des résidents.

L'accès aux dossiers individuels des résidents est sécurisé (code d'accès pour le dossier informatique et digicode à l'entrée des salles de soins).

L'obligation de discrétion et du respect du secret professionnel est rappelé régulièrement aux agents par l'encadrement et un feuillet sur le secret professionnel est intégré dans le livret remis à tout nouvel arrivant.

L'expression des résidents et de leur entourage est effectuée en relation directe ou par le biais de groupes de parole de résidents (CR de juin, juillet et septembre 2013) ou encore par le biais des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des résidents. Un CVS est en place, il s'est réuni trois fois en 2013 (derniers CVS du 13/03/13, 23/05/13,19/11/13) et traite de sujets divers et variés. Le Président a été élu parmi les représentants des familles (date des dernières élections : 05/02/2013). L'ordre du jour de chaque réunion est préparé avec le gouvernant qui réalise également le compte-rendu de chaque réunion (signé par le président). Les informations importantes concernant l'EHPAD sont transmises par voie d'affichage, un journal interne permet de communiquer sur la vie de l'établissement. Les modalités de diffusion des informations sont encore à perfectionner : résultats des enquêtes de satisfaction, diffusion plus large (ex. : mailing pour les proches éloignés).

Le respect de la personne âgée fait partie des valeurs de la résidence et est véhiculé au quotidien. L'accessibilité et l'ouverture de l'ensemble du personnel de l'établissement face aux besoins, attentes et remarques des résidents est à souligner. L'équipe est sensibilisée et veille au respect des droits des personnes.
Malgré les contraintes liées à la vie en collectivité, la résidence s'adapte et essaie de respecter les droits individuels.
Les outils de la loi 2002-2 sont en place, connus et expliqués aux usagers.

Sous-plan 1.3 : La politique qualité et engagement de service
Analyse
Une politique qualité est définie et découle des orientations stratégiques du projet d'établissement 2008/2012. Un manuel qualité destiné à tous les acteurs (usagers, professionnels, partenaires) a été élaboré en mai 2010. Il décrit le système qualité dans son évolution historique, ses principes généraux, son management. Un engagement existe, signé par la Direction et le Président de la CME sous la forme d'une présentation synthétique de la politique qualité. Cet engagement est largement communiqué à tous et est affiché.

Sous-plan 1.4 : La coordination médicale
Analyse
Le poste du médecin coordonnateur est pourvu et les évaluateurs ont pu noter la qualité de l'intervention et des relations avec le médecin coordonnateur malgré une quotité de temps de travail en dessous des besoins (0,2 ETP au lieu de 0,5 ETP selon les dispositions du décret n° 2011-1047, du 2 septembre 2011). Une forte implication médicale a pu être mise en exergue par l'engagement du médecin coordonnateur dans : -le comité de direction (participation et implication au niveau du pilotage général de l'établissement quant à la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de l'accompagnement) -la démarche d'EPP (en lien avec les spécificités des problématiques de santé du public accueilli) -la formation du personnel (le médecin coordonnateur assure des actions de formation à destination du personnel soignant quant aux problématiques spécifiques de santé des personnes âgées (nutrition, escarre, douleur, troubles du comportement…) -l'encadrement et accompagnement des équipes soignantes en collaboration avec le cadre de santé et l'infirmière coordinatrice -la coordination des soins en lien avec les intervenants libéraux : utilisation du logiciel de soins CARIATIDES, projet de soins et son suivi, projet d'accompagnement personnalisé Le médecin travaille en collaboration avec la PUI (GCS) dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse et le suivi des prescriptions. Participation à la COPECM. Existence d'une Commission Médicale d'Etablissement dont la présidence est assurée par le médecin coordonnateur (liée à la présence de lits de SSR dans la structure). Bien que la CME soit principalement orientée vers les problématiques de soins de la personne âgée, la commission de soins gériatriques n'est, à ce jour, pas mise en place. Le rapport annuel d'établissement reprend les notions des soins et d'accompagnement mais la rédaction d'un rapport médical annuel, par le médecin coordonnateur, n'est pas réalisée.

Points remarquables du plan
Politique qualité et engagement de tous
Pilotage et son suivi
Forte implication de l'ensemble du personnel dans les projets (PE, EI, D.U…)
Dynamique globale et cohérence avec les réalités de terrain : ensemble des discours concordant
Cohérence entre les différents projets (EI, AFNOR et PE)
Outils de suivi pertinents et centralisés dans le PACQ
Projet personnalisé en place et réévaluation régulière

- Tenue et pertinence du dossier de soin individualisé
- Culture de la sécurité
- Politique de promotion de la bientraitance très forte
- Libre choix respecté
- Affichage abondant quant aux chartes et documents d'information
- Exercice de la citoyenneté, respect du culte
- Expression des résidents facilitée : groupes de paroles, fonctionnement du CVS, enquêtes de satisfaction
- Forte implication et collaboration médicale au profit de la qualité des soins et de la prise en compte des spécificités de santé du public accueilli.

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).

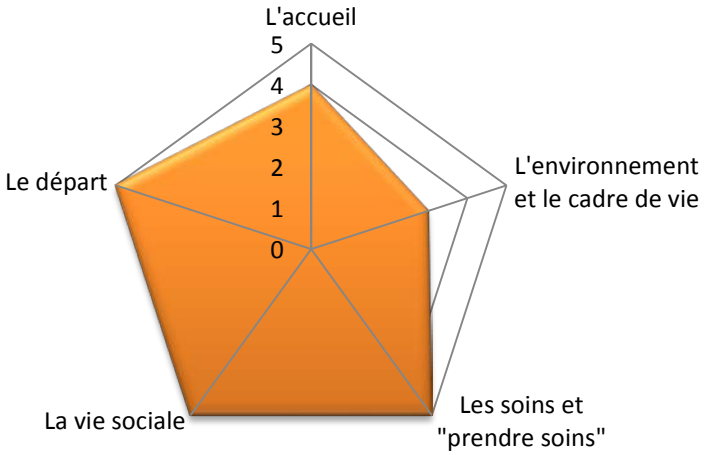
- Finaliser l'écriture du nouveau PE, veiller à la communication des éléments de synthèse auprès de l'ensemble du personnel, et le soumettre au CVS
- Maintenir la vigilance de l'encadrement sur les thématiques du respect de la personne, de la prévention de la maltraitance (au regard de la RBPP « encadrement et traitement de la maltraitance) dans un souci de continuité et de vigilance constante
- Définir une politique d'affichage et renforcer des modalités de diffusion des informations (mailing…)
- Diffuser les RBPP : mettre en place une bibliothèque à disposition des professionnels

- Respecter le fonctionnement du CVS demandé par l'article D 331-20 du code de l'action sociale : le secrétaire de séance est désigné par et parmi les usagers, et rédige un relevé de conclusions.
- Respecter la liberté d'aller et venir : problématique de sécurité (adaptation/optimisation des espaces extérieurs de vie)
- Promouvoir la qualité de la cohésion et de la cohérence actuelle entre les différents professionnels de la structure par l'entretien de la culture commune et le partage de valeurs communes
- Maintenir la dynamique positive autour de la mise en place du PAP : organisation, suivi, évaluation et investissement des équipes
- Poursuivre la sensibilisation des personnels sur la notion de bientraitance/lutte contre la maltraitance : formation continue, procédure de prévention et de signalement de la maltraitance (formation prévue en 2014).
- Conformément à la réglementation, mettre en place la commission de coordination gériatrique au décret 2011-1047 et réaliser le rapport d'activités médical annuel
- Solliciter l'augmentation du temps de travail du médecin coordonnateur qui à ce jour, est en dessous des dispositions du décret n° 2011-1047, du 2 septembre2011.

Plan 2 : Processus de prise en charge

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ 2013*
2. Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence	Oui
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'usager par ce projet.	Oui
4. Effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits	
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.	Oui
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.	Oui
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.	Oui
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.	Oui
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	Oui
12. Formes de mobilisation des professionnels.	Oui
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.	Oui
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.	Oui

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 2.1 : L'accueil

Analyse

Selon les constats de l'audit AFNOR, et selon les investigations des évaluateurs, la qualité de l'accueil est assurée. L'accueil du nouveau résident est décrit dans une procédure (en cours d'actualisation) et commence dès la pré-admission. Elle s'adresse à l'ensemble du personnel de l'établissement. L'organisation en place permet un accueil personnalisé et facilitant : la structure est joignable 24h/24 et toute réponse à une demande extérieure est organisée et prise en compte (présence d'une personne chargée de l'accueil, transfert d'appels

organisé en interne vers une unité qui est joignable). L'établissement dispose d'un site internet. Les horaires d'ouverture de l'accueil sont affichés.
Le dossier d'inscription demandé pour toute entrée en établissement est complet (dossier type commun ALSACE modèle CERFA n°14732*01) et intègre les notions de personne de confiance et de consentement de la personne concernée. Une fiche de présentation synthétique de l'établissement est également donnée. Tout dossier est étudié par le médecin coordonnateur, un courrier de réponse est systématiquement envoyé au demandeur. Une visite de l'EHPAD est proposée (réalisée par l'IDEC ou le gouvernant). En cas d'incapacité pour le résident de venir visiter, l'établissement met à disposition des familles un album photo. Lors de la visite de pré-admission, le consentement du résident est systématiquement recherché par le médecin.
L'accueil du premier jour du nouveau résident est organisé : accueil l'après-midi, installation du résident et présentation en salle à manger (lors d'un goûter ou d'un apéritif). Le recueil des habitudes de vie, des volontés, et besoins du résident se fait progressivement et alimente le projet de vie personnalisé dès la visite de pré-admission.
L'organisation administrative en place permet une gestion efficace des dossiers des résidents, la complétude des dossiers est assurée par une professionnelle (située à l'accueil) qui fait preuve d'une grande rigueur comme le montre les documents consultés au secrétariat : registre des entrées et sorties, dossier administratif papier et informatique, liste d'attente (225 dossiers au jour de la visite, liste actualisée et suivie), contrats de séjours signés de résidents. Les outils prévus par la loi 2002-2 sont existants et actualisés (en 2013). Le contenu du livret d'accueil, du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement pourrait être amélioré et plus adapté à l'EHPAD : quelques formulations à revoir (IV.1.2 : les médecins, respect du libre choix, absence de la notion du projet de vie personnalisée). Le recours possible au service d'une assistante sociale (mutualisation avec le SSR) permet un accompagnement de qualité pour la partie administrative (tutelle, aide financière).
Le dépôt des biens et des valeurs est organisé avec à disposition prochainement de coffre fort pour chaque résident qui le souhaite. Le local d'archives visité est composé des archives de l'EHPAD et du SSR. Nous avons pu constater la qualité de la gestion des archives (classement, connaissance des délais de conservation des documents, protocole de destruction). L'organisation mise en place garantit le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social des résidents. A noter que le dossier médical est archivé avec le dossier administratif.
Les modalités de consultation du dossier du résident sont formalisées dans un protocole d'accès aux informations du dossier patient.

Sous-plan 2.2 : L'environnement et le cadre de vie

Analyse

Selon les constats de l'audit AFNOR, et selon les investigations des évaluateurs, le niveau de qualité de l'environnement et du cadre de vie est tout à fait satisfaisant au regard des contraintes architecturales de l'établissement.

La sécurité et le bien-être des résidents sont assurés par le biais d'adaptation et de mobilisation quotidienne de la part des équipes. Lors des temps d'observation dans les services de soins, une ambiance calme et sereine a pu être constatée.
Les espaces privatifs sont personnalisés et les contraintes liées à la présence de chambre double prises en compte par les équipes afin d'assurer le respect de l'intimité et du confort de chacun.
Les moyens matériels mis à disposition des résidents et des équipes sont tout à fait satisfaisants tant dans leur nombre que dans leur qualité (matériel de manutention, mobilier adapté et matériel adapté aux différents niveaux de dépendance…).

L'architecture des locaux induit à plusieurs niveaux la présence d'une signalétique adaptée pour identifier les différents services. Concernant l'identification des locaux et des chambres des résidents, la signalétique est existante mais hétérogène selon les services et peu adaptée au public accueilli : visibilité, hauteur, qualité des supports notamment.
Les espaces collectifs sont aménagés de manière à permettre l'appropriation des locaux par les usagers de façon générale et un salon de coiffure ainsi qu'une salle de restauration réservée aux repas thérapeutiques ou pour que les résidents puissent recevoir leurs proches sont identifiés malgré le peu de ressources architecturales. De manière générale, les locaux sont optimisés au maximum et une véritable recherche de les adapter au mieux pour les usagers est constatée. Il est dommage que le soin esthétique des locaux ne soit pas plus suivi (vétusté de certains éléments d'affichage, peinture de portes abimées…). Bien qu'un projet architectural soit mené prochainement, les travaux d'entretien régulier et de rénovation « légère » permettraient de rendre ces espaces collectifs de meilleure qualité visuelle pour les usagers.
Un espace Snoezelen est présent et utilisé de manière régulière par du personnel dédié et formé.
Il faut également noter une implantation au cœur du village de Rosheim, contribuant ainsi à son intégration dans le paysage local et facilitant la proximité avec la vie de la commune.
Néanmoins, l'accessibilité aux espaces extérieurs n'est pas aisée pour les résidents compte-tenu de l'architecture et plus précisément des aménagements actuels. Les accès ne sont que très peu directs et adaptés aux personnes en perte d'autonomie.
Les résidents prennent leur petit déjeuner en chambre ou en salle à manger afin de respecter au mieux leur rythme ; le déjeuner et le dîner sont pris dans une salle à manger. Le personnel veille à ce que les résidents prennent leur repas en toute quiétude (calme, musique douce…).
Le contenu du livret d'accueil, du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement explicite les modalités de fonctionnement de l'établissement et les droits des usagers : usages des locaux collectifs, possibilités de personnalisation des espaces privatifs…
Le service est assuré par le personnel ASH ; le personnel soignant (AS) est présent afin d'assurer les aides au repas et les surveillances spécifiques liées aux problématiques individuelles d'alimentation.
Un recueil des habitudes alimentaires de chacun des résidents est réalisé pour pouvoir adapter le menu en fonction des prescriptions médicales de régimes, des textures et des « non goûts ». Un plat de substitution est systématiquement proposé.
Une diététicienne intervient dans l'établissement afin d'apporter son expertise vis-à-vis de l'équilibre des menus, de l'adaptation de ces derniers aux besoins alimentaires spécifiques des résidents (elle rencontre tous les nouveaux résidents).
Une commission de menus est mise en place à raison d'une séance toutes les 6 semaines en moyenne. Animée par la diététicienne et en présence du responsable restauration, l'expression des résidents sur la fonction « repas » est favorisée tout comme l'implication de l'équipe pluridisciplinaire (CR commissions de décembre 2013 et janvier 2014).
L'engagement de l'établissement pour l'amélioration continue de la qualité des repas a pu être constaté : augmentation de l'utilisation de produits frais, présentation des mets, adaptation des textures…

Sous-plan 2.3 : Les soins – « prendre soins »

Analyse

Selon les constats de l'audit AFNOR, et selon les investigations des évaluateurs, le niveau de qualité en lien avec l'organisation, la continuité et les modalités de mise en œuvre des soins (respect, dignité, intimité) est très satisfaisant.

Concernant la continuité des soins :
-la continuité des soins est assurée
-une adaptation des plannings et horaires de travail est prévue en cas d'arrêt maladie ou autre problématique liée à un manque de personnel soignant.
- la gestion des situations d'urgence est organisée : conduite à tenir en cas d'urgence, les astreintes médicales sont connues, le personnel est formé aux gestes d'urgence (formation assurée par les médecins responsables du SSR). Existence d'un chariot d'urgence situé dans un local dédié et sécurisé.
- présence de personnel infirmier 24/h/24 (lié à la présence de lits de SSR).
-Les modes de transmissions oraux et écrits sont identifiés : temps de transmission aux changements d'équipe, dossier de soins informatisé.

Concernant l'organisation des soins, les suivis spécifiques :
- une planification journalière des soins existe (tableau en salle de soins) et elle est individualisée pour chaque résident. La traçabilité des soins réalisés est assurée par le logiciel de soins informatisé.
- le personnel soignant veille à ce que la planification des soins tienne compte des rythmes et habitudes de vie de chacun des résidents (hygiène corporelle, heure de lever, de coucher…) ; ceci dans la mesure où les contraintes liées aux problématiques de santé et/ou de dépendance des résidents le permettent face aux contraintes organisationnelles.
-les temps d'observation des activités ont permis de vérifier le respect de la sécurité, l'intimité de la dignité des résidents : portes fermées, utilisation de la présence… Les professionnels interrogés sont sensibles aux notions de bientraitance et de respect des rythmes et habitudes de vie.
-la sensibilisation et la vigilance de l'équipe sur les thématiques liées aux pathologies de la personne âgée sont également bien présentes: existence de protocoles, utilisation de grilles d'évaluation des risques (douleur, escarre, nutrition…) est effective et leur traçabilité est assurée dans le dossier de soins informatisé.
- une démarche est engagée en termes de développement des modalités de prises en charge non médicamenteuses pour les troubles du comportement et de la douleur : fonctionnement de l'espace Snoezelen (personnel volontaire formé) et séances d'hypnose réalisées par l'infirmière coordinatrice (formée à un D.U d'hypnose).
-la contention fait l'objet d'une communication et d'un travail en pluridisciplinarité : présence d'un protocole spécifique, le matériel est adapté et le « droit au risque » est accepté et discuté en équipe. Le protocole recense un ensemble de situations et de moyens donnant lieu à un type de contention, jusqu'à la possibilité de fermer une chambre à clé : il faudra poursuivre la prévention et l'information des équipes quant à la contention afin que le recours à cette pratique ne devienne pas facilitée voire abusive compte-tenu de la quantité de critères de choix de contention possible. La révision des formulations insérées dans le protocole peut également être une action de prévention.
- la prévention et la prise en charge de l'incontinence est assurée : évaluation à l'admission, mises aux toilettes à horaires réguliers, matériels adaptés.
-les plans de soins et réalisation des soins tiennent compte du degré d'autonomie des résidents ; les moyens matériels mis à disposition des résidents et des soignants est adapté et suffisant.

Concernant les partenariats :
La résidence dispose d'un réseau partenaires de soins afin d'assurer les prises charges spécifiques : suivi psychiatrique, soins palliatifs, hôpital de jour gériatrique, pédicure/podologue, soins dentaires, CLUD pluri-établissement.
Pour ce qui touche à la prévention du risque infectieux, un partenariat avec une équipe opérationnelle d'hygiène est en place ainsi que la participation au CLIN.

Concernant la gestion et le circuit du médicament :
-l'établissement travaille en partenariat avec la PUI qui dépend du GCS d'Obernai : existence de protocoles en lien avec la prescription, le circuit et la dispensation des médicaments sont présents.

-les prescriptions font l'objet d'une informatisation via un logiciel en interaction avec la PUI afin de faciliter et de sécuriser les données de prescription.
-les médicaments sont préparés à la PUI par une préparatrice en pharmacie « référente » de l'établissement , ce qui permet la présence d'un interlocuteur privilégié en cas de besoin.
-le stockage des médicaments est effectué de manière sécurisée dans un local dédié et fermé à clé
-existence d'une politique sur la gestion du risque médicamenteux : recherche d'optimisation des prescriptions, recours aux traitements non médicamenteux, travaux de COPECM

Concernant la confidentialité des informations médicales et la traçabilité des soins :
Chaque résident dispose d'un dossier de soins individuel informatisé que tous les professionnels de santé peuvent consulter et alimenter ; leurs droits d'accès sont paramétrés en fonction de leur fonction : ce qui permet de garantir la confidentialité des informations. Un dossier papier est également présent pour tous les résidents dans la salle de soins.
L'outil informatique est globalement bien approprié par les professionnels. Les efforts à fournir sont de l'ordre de l'optimisation de cet outil en vue de faciliter et de gagner du temps pour l'accès aux informations en temps réel et la signature électronique des informations.

Une politique d'amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles est présente et fait l'objet d'actions à développer, des EPP sont également mises en place (nutrition en 2013, antibiothérapie, utilisation de benzodiazépines). Bien que les données soient recensées, l'absence de rapport annuel médical ne permet que partiellement l'obtention de données globalisées et d'évolution quant aux différentes thématiques spécifiques de santé des usagers.

Sous-plan 2.4 : La vie sociale

Analyse

Selon les constats de l'audit AFNOR, et selon les investigations des évaluateurs, la structure a formalisé son projet d'animation en juillet 2010.Ce projet a été basé sur les résultats de satisfaction des résidents en 2009. Il est actuellement en cours d'actualisation en lien avec le projet d'établissement de l'hôpital et s'entendu plus en terme de vie socioculturelle que d'animation. Une enquête orale auprès de l'ensemble des résidents (« cartographie de leurs attentes et besoins ») est en cours de finalisation.
Suite aux divers entretiens avec les résidents et leur entourage et lors de la rencontre organisée avec le Président de l'Association « LES AMIS DE ST JACQUES », nous avons pu mesurer la qualité de la vie sociale et la volonté de l'établissement de maintenir et de favoriser le lien social et familial :
-adéquation des activités proposées avec le profil des résidents accueillis, en lien avec leur projet de vie personnalisé.

-implication de la coordinatrice en animation dans la vie de l'établissement et également à noter une mobilisation importante des équipes (psychologue, IDEC cadre de santé…)
-formation récente (2013) de la coordinatrice en animation (BPJEPS) qui est également AMP, fiche de poste existante mais en cours d'actualisation, budget animation
-existence d'une commission d'animation depuis janvier 2013
-diversification des activités proposées : planning annuel et hebdomadaire (du lundi au vendredi)
-présence de deux stagiaires en formation « pratique et gestion des activités physiques et sportives et de loisirs »
-communication en place sous la forme d'affichage, journal interne,
-existence d'ateliers de réminiscence (« clinique du présent ») animés par le psychologue et la coordinatrice en animation (mémoire, expression)

-collaboration avec l'association « LES AMIS DE ST JACQUES» qui a pour vocation d'accompagner et de financer certaines activités en concertation avec l'équipe d'animation et la direction de l'EHPAD : organisation de journées festives sur des thématiques (tarte flambée, fête de l'Hôpital…), participation aux sorties des résidents, attention particulière pour les anniversaires (budget pour un cadeau personnalisé), achat de mobilier de jardin…
- participation d'autres bénévoles au moment des repas : fonctionnement ancien basé sur un contrat de bénévolat avec une vigilance particulière de l'équipe de Direction.
- participation à la vie locale : possibilité de se rendre au marché, à la messe, partenariat en cours avec un club photo local, projets en lien avec la commune
- mise à disposition d'un lieu nommé Restaurant « Comme chez soi » pour permettre aux résidents de prendre un repas en intimité avec leurs proches

Quelques difficultés ont été soulevées notamment :
-pour l'organisation des sorties extérieures en lien avec l'absence de moyen de locomotion propre
-pour l'évaluation des animations qui est réalisée par la coordinatrice en animation dans le projet de vie personnalisé dans le dossier du résident. Actuellement l'élaboration du bilan et l'analyse annuelle n'est pas réalisable par le biais du Logiciel CARIATIDES.

Sous-plan 2.5 : Le départ

Analyse

Selon les constats de l'audit AFNOR, et selon les investigations des évaluateurs, les exigences requises quant aux modalités organisationnelles et administratives lors du départ d'un résident (volontaire, à la demande de l'établissement ou pour cause de décès) sont respectées.

Lors d'un départ volontaire ou à la demande de l'établissement :
-conditions mentionnées dans le contrat de séjour
-information du CVS en cas d'incompatibilité avec la vie en collectivité ou avec les possibilités d'accompagnement de l'établissement
-accompagnement pour l'organisation de la continuité des soins à la sortie : coordination des soins à domicile, recours à l'assistante sociale…

Lors d'un départ pour cause de décès :
-modalités administratives et de paiements mentionnées dans le contrat de séjour
-recueil des volontés du résident relatives à sa fin de vie et lors du décès (consignées dans le dossier individualisé) : les entretiens individuels menés auprès des professionnels ont permis de mettre en exergue la qualité du respect vis-à-vis des souhaits des résidents
-adaptation de l'accompagnement : organisation des soins, possibilité pour les familles d'être auprès de leur parent, soutien aux proches (psychologue, assistante sociale).

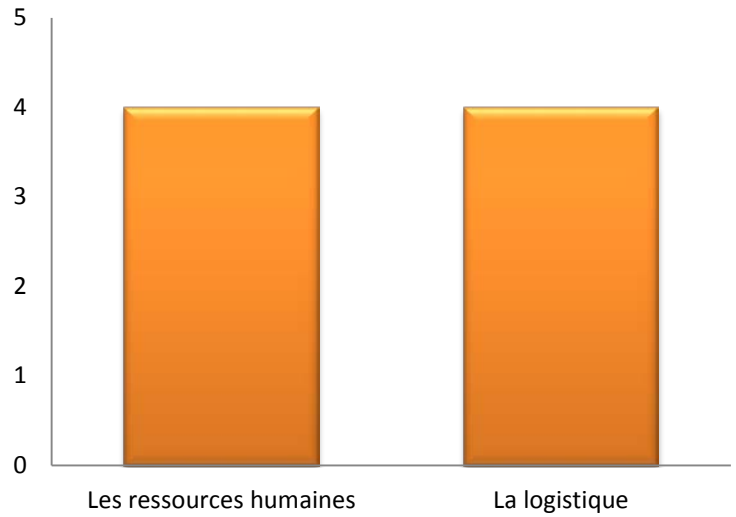
Points remarquables du plan
Rigueur et organisation du processus d'admission Politique de communication externe (site internet, ouverture de l'établissement) Organisation et gestion administrative Qualité de l'archivage Existence d'une forte cohérence et coordination concernant les soins prodigués et leur organisation : évaluation des risques spécifiques liés à la santé, dynamique d'équipe en faveur de la qualité, sécurité et respect des usagers (dignité, intimité, rythmes et habitudes de vie) Mise en œuvre de démarches de prises en charge alternatives aux PEC médicamenteuses dans le cadre des troubles du comportement et de la douleur Volonté d'ouverture sur l'extérieur (animation, participation à la vie locale, projets en lien avec la commune…) Qualité de la vie sociale : diversité du programme d'animation, commission animation socio-culturelle, animation pluri professionnelle Collaboration avec l'association « LES AMIS DE SAINT JACQUES »

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).
Poursuivre l'entretien et la rénovation continue des locaux (salon de coiffure, restaurant « famille », portes abîmées…) Poursuivre le développement de l'outil informatique afin de le rendre le plus fonctionnel possible : acquisition de tablettes pour une traçabilité immédiate Revoir le contenu du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour et le présenter au CVS afin de répondre aux exigences réglementaires. Revoir précisément la réglementation sur l'archivage du dossier du résident Permettre l'élaboration du bilan d'animation par le logiciel CARIATIDES Maintenir la vigilance de l'encadrement sur la participation des bénévoles au sein de l'établissement et développer la formation de ces derniers Réfléchir à l'amélioration de l'accessibilité de l'ensemble des locaux: accès et sécurisation des espaces extérieurs, adaptation et développement de la signalétique intérieure comme extérieure Veiller à la qualité esthétique et visuelle globale dans les unités (vétusté d'éléments d'affichage, noms des résidents sur les portes peu lisibles et accueillants, uniformiser les supports…) Finaliser l'actualisation du projet d'animation Rediscuter et définir en équipe certaines modalités citées dans la fiche contention

Plan 3 : Processus supports

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ 2013*
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	Oui
12. Formes de mobilisation des professionnels.	Oui
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.	Oui
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.	Oui
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.	Oui

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 3.1 : Les ressources humaines

Analyse

Selon les constats de l'audit AFNOR, et selon les investigations des évaluateurs, la politique de gestion des ressources humaines est très satisfaisante. Le projet social 2013-2017 qui est en cours de finalisation est travaillé en équipe et basé sur un questionnaire de satisfaction des personnels.
Des fiches de postes sont élaborées et accompagnées d'une grille de compétences spécifiques. Elles sont à disposition des professionnels.
Chaque année, un plan de formation est établi et approuvé par le CTE. Il est établi en fonction des objectifs institutionnels et des demandes individuelles formulées par les personnels. Le plan de formation 2014 propose un grand nombre de thèmes de formations diversifiés et pertinents au regard du public accueilli.
L'établissement est engagé dans la démarche de DPC.
Des organigrammes hiérarchiques sont formalisés.
Des entretiens individuels d'évaluation sont réalisés pour l'ensemble du personnel.

L'accueil du nouvel arrivant est organisé et cadré : remise d'un livret d'accueil très complet, formation, actions d'intégration telle la journée d'intégration mise en place.
Nous avons pu constater une gestion des ressources humaines organisées avec rigueur et pertinence : les missions de chacun sont bien définies et connues, l'accès à la formation est facilitée, les formations sont évaluées.
D'autres points forts ont été relevés :
- l'organisation des entretiens individuels d'évaluation
- l'intégration des nouveaux arrivants est facilitée,
- la qualité de la gestion des recrutements (dossier notamment)
- la gestion administrative des dossiers des personnels est efficace (qualité de la tenue des dossiers)
- un dialogue et une écoute sont en place ainsi que des enquêtes de satisfaction auprès des professionnels.

La politique de management est partagée par les responsables de service ; cette cohérence a ainsi des effets positifs sur les agents et le vécu de leur quotidien professionnel.
Le climat social nous a semblé serein malgré certaines difficultés en matière d'absentéisme (taux élevé) et une charge de travail élevée mentionnée par les représentants du personnel. Les moyens développés par la direction afin de faciliter la communication avec l'ensemble du personnel sont appréciés et la politique d'amélioration des conditions de travail est reconnue.

Existence et fonctionnement du CHSCT. Le document unique est en place. L'établissement est aussi engagé dans un « contrat local d'amélioration des conditions de travail » (ACTAL): dans ce cadre, une étude sur les TMS a pu être réalisée dans un premier temps pour les aides-soignantes et l'objectif serait de pouvoir réaliser une action de ce type sur les risques psychosociaux.

Enfin, l'établissement est terrain de stage accueillant des étudiants provenant de divers cursus de formation (IDE, AS, carrière sanitaire et sociale…).

Concernant la politique d'ouverture et de mise en place de partenariat, l'hôpital Saint Jacques a recours à différents partenaires afin de permettre des accès plus aisés à des prises en charges spécifiques :
-centre hospitalier,
-consultation mémoire, hôpital de jour, prise en charge de troubles du comportement
-secteur psychiatrique,
-soins palliatifs, prise en charge de la douleur.
En outre, des liens existent avec des structures communales (associations, centre communal d'actions sociales) et la volonté de développer cette ouverture est portée par la direction comme par le président du conseil de surveillance.

Sous-plan 3.2 : La logistique

Analyse

Selon les constats de l'audit AFNOR, et selon les investigations des évaluateurs, la maintenance et la sécurité sont organisées et suivies de manière à offrir aux résidents des conditions de vie sécurisantes et agréables. Une maintenance préventive et curative en interne est en place : un système d'astreinte technique est en place 24h/24, les travaux sont suivis par le responsable technique (bons de réparation), un plan d'investissement annuel existe. Les locaux techniques sont fermés à clés et les produits d'entretien sont stockés de façon inaccessible. Néanmoins, lors de la visite sur site, l'utilisation du détergeant/désinfectant dans le service de soins se fait à l'aide de pulvérisateurs « banalisés » (absence d'identification du produit) potentiellement accessible sur les chariots de soins du personnel soignant et sa préparation (dilution) entraîne beaucoup de manipulations par le personnel (risque accru de contact avec la peau et très chronophage).

Lors de notre passage, nous avons pu constater une bonne organisation en matière de sécurité : la maintenance obligatoire est assurée par des organismes agréés. Les visites de contrôles sont à jour. Le dernier passage de la commission de sécurité (23/07/13 par la CASIP) a donné lieu à un avis favorable.
Concernant la sécurité incendie, une formation incendie est réalisée chaque année par un organisme extérieur et par les techniciens en interne (le responsable technique possède le SSIAP 1). Des exercices pratiques (évacuation réelle) ont lieu avec les pompiers.
L'établissement dispose d'un groupe électrogène, qui est opérationnel (test et maintenance assurés). Un relevé de température de l'eau est réalisé selon un protocole bien défini. Le dernier rapport du centre d'analyses et de recherches d'ILLKIRCH en date du 02 décembre 2013 montre une absence de légionelle.

Les documents règlementaires sont mis en place et sont à jour : plan bleu, plan blanc (du SSR), carnet sanitaire, PMS, recueil et analyse des évènements indésirables.

Concernant la prestation « linge » : selon les constats établis dans le cadre de l'audit AFNOR, et selon les investigations des évaluateurs, l'organisation et la formalisation des modalités de mise en œuvre de la prestation « linge » répondent aux exigences (cf. contrat de séjour, locaux adaptés, procédures relatives aux circuits et au traitement du linge « Manuel Lingerie »).
En outre, le personnel de la lingerie effectue la redistribution du linge traité aux résidents : cela facilite les relations entre usagers et professionnels de ce service et donne lieu à des échanges constructifs, appréciés par les lingères.

Concernant le service restauration et le respect des règles HACCP : formalisation de procédures, connues des professionnels, réalisation d'audits de conformité réguliers par un organisme extérieur. L'informatisation est en cours afin de faciliter la gestion des stocks et des commandes.
Le service des repas est effectué en salle à manger par le personnel ASH qui dispose de tabliers et le responsable des cuisines assiste parfois au service selon ses disponibilités. Une forte implication du service restauration a pu être constatée quant à la recherche et la mise en œuvre d'actions d'amélioration (utilisation de produits frais, conseils prodigués aux ASH pour le service en salle notamment).

Points remarquables du plan

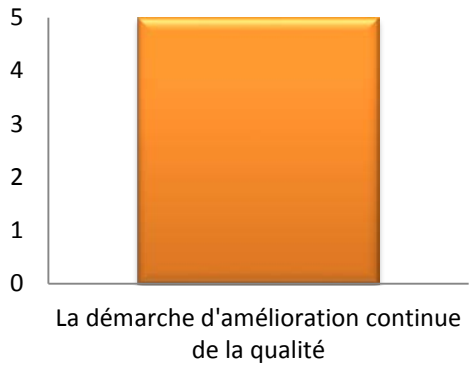
- Qualité de la politique générale de gestion des ressources humaines
- Pertinence des actions mises en place en matière d'accueil des nouveaux agents et du suivi des compétences.
- Richesse et pertinence du plan de formation
- Qualité des modes de communication à destination des personnels, contribuant à un dialogue social positif et constructif
- Richesse et qualité des partenariats mis en place
- Qualité de la maintenance et de la sécurité
- Implication du personnel de lingerie et de restauration vis-à-vis de la qualité de leurs prestations respectives

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).
Poursuivre les travaux d'informatisation engagés pour le service restauration
Promouvoir la participation directe du cuisiner au temps de service en salle à manger
Poursuivre la réflexion et des actions par rapport aux risques psychosociaux
Maintenir et poursuivre la dynamique d'ouverture de l'établissement au regard de la recommandation des bonnes pratiques professionnelles « l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement ».
Maintenir et développer la politique d'ouverture vers les établissements de formation
Développer le port de tablier pour le service en salle à manger pour les AS et ASH : soin de présentation et hygiène
Veiller à l'identification systématique des contenants pour les produits d'entretien

Plan 4 : Processus d'amélioration

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ 2013*
1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.	Oui
4. Effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits	Oui
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.	Oui
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.	Oui
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.	Oui
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.	Oui
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	Oui
12. Formes de mobilisation des professionnels.	Oui
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.	Oui
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.	Oui

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 4.1 : La démarche d'amélioration continue de la qualité
Analyse
Comme spécifié dans le sous-plan 3, une politique qualité est définie depuis quelques années (2005 : date de la première accréditation du service SSR). L'EHPAD est certifié AFNOR depuis 2010. Le constat du rapport d'audit AFNOR de novembre 2013 souligne la clarté et la structuration du système qualité en place. En effet, nous avons pu constater un système qualité intégré et mature : discours des professionnels, consultation du manuel qualité, existence d'un engagement formalisé de la Direction. Une responsable qualité à mi-temps coordonne et organise la démarche, bon nombre d'outils de qualité sont en place. La démarche est portée par la directrice et l'ensemble de l'équipe qui gère la gestion documentaire et le suivi des actions par le biais d'un plan d'amélioration (PACQ). Ce plan d'amélioration de la qualité globale comprend les actions, leur délai, leur responsable, l'état d'avancement et l'objectif pour le bénéficiaire. Il centralise l'ensemble des actions de l'établissement y compris du SSR et permet au groupe de pilotage (COQUARIS) de suivre facilement leur état d'avancement. Le recueil des événements indésirables est opérationnel et donne lieu à des actions correctives. Au vu des entretiens avec les professionnels, la démarche qualité et de gestion des risques semble effective et continue sur le terrain : management participatif, audits, évaluations diverses, informations partagées. Une cartographie des risques est en cours de finalisation et identifiera les risques a priori et a posteriori. Le recueil de la satisfaction est organisé et favorisé par : l'existence d'un CVS, des réunions de groupes de parole de résidents, la réalisation d'un questionnaire de satisfaction tous les deux ans. Les réclamations sont traitées par la direction et si nécessaire par la CRUQPC. Elles font l'objet d'un suivi par la directrice en CVS et en CRUQPC. Un tableau de bord en lien avec l'engagement qualité comprenant des indicateurs pertinents et adaptés est suivi annuellement avec des valeurs cibles à atteindre (inclus dans le rapport annuel 2012 de la direction): nombre moyen d'animations hebdomadaires, proportion d'actions d'amélioration en lien avec l'analyse des pratiques professionnelles, % de dossiers de projets de vie signés par le résident ou ses proches.

Points remarquables du plan
Structuration de la démarche qualité et de gestion des risques
Management par la qualité
Politique d'EPP engagée multi domaines
Qualité de la gestion documentaire
FSEI optimisée
Recueil de la satisfaction

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).
Améliorer les retours sur le recueil de la satisfaction aux usagers (journal, mails…)
Poursuivre la dynamique en place
Finaliser la cartographie des risques

5. CONCLUSIONS.

	Favorable - Atout	**Défavorable - Handicap**
Interne	**Forces.** - Une prise en charge et un accompagnement qui répondent aux besoins du public accueilli -Une équipe pluridisciplinaire dynamique et engagée dans les projets institutionnels -Une démarche d'amélioration continue de la qualité développée et maîtrisée -Une cohérence et un discours partagé entre tous les niveaux hiérarchiques concernant la culture du soin et de l'accompagnement de la personne âgées et des valeurs partagées -L'ouverture sur l'extérieur : partenariats, conventionnements	**Faiblesses.** - Des locaux que ne permettent que très difficilement le développement et l'amélioration du cadre de vie
Externe	**Opportunités.** - Maintien des liens avec la vie sociale et communale qui offre une valeur ajoutée aux actions menées en interne et à l'intégration de la structure dans le paysage local	**Menaces.** - Maintenir l'attention portée aux conditions de travail des professionnels et à la qualité du dialogue social

6. ANNEXES .

6.1. Synthèse de l'évaluation externe (3.5 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3- 10 du code de l'action sociale et des familles).

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

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

Introduction

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

L'établissement a été pleinement impliqué dans la réalisation de l'évaluation interne. En effet, dès 2011, l'EHPAD a déployé son évaluation de manière participative.
Un protocole de conduite de l'évaluation a été validé et définissait le périmètre, le référentiel, les modalités de participation de chacun.
L'évaluation a porté sur quatre grands thèmes :
- Stratégie et politique
- Processus de prise en charge
- Processus supports
- Processus d'amélioration

Les usagers ont été largement intégrés via des réunions du Conseil de la Vie Sociale, des groupes de parole axés sur des thèmes donnés, définis par le groupe de pilotage.
Les familles ont également été associées à la démarche, à l'étape du recueil des informations fiables et pertinentes sur un mode de consultation, notamment par le biais du Conseil de la Vie Sociale.
Un plan d'actions d'amélioration, structuré selon les axes de l'ANESM, découle de cette démarche.
La mise en œuvre d'améliorations dans plusieurs domaines est effective : amélioration sur l'élaboration du PVP et son suivi, signalétique…Le PACQ 2013 reprend des actions clairement identifiées « EVALUATION INTERNE ».

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

Lors de l'évaluation, nous avons constaté une prise en compte par l'établissement de la réglementation et des critères énoncés par l'ANESM. Il est à noter que la structure s'est pleinement investie dans les notions majeures comme la bientraitance, l'écoute des résidents,

les attentes de la personne et le projet personnalisé. L'encadrement connaît les principales recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM qui sont également utilisées et largement diffusées auprès des équipes. Les recommandations ne sont pas à disposition des professionnels.
A noter que le nouveau projet d'établissement fait référence aux recommandations de l'ANESM.

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

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

Le projet d'établissement 2008-2012 est fondé sur le SROS III Alsace. Il présente à l'intérieur de ses différentes parties des axes déclinés en objectifs, moyens et actions précises et concrètes (en termes de faisabilité). Pour l'EHPAD, les objectifs définis tiennent compte des éléments contextuels et du cadre juridique posé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'ensemble des objectifs découle d'un diagnostic stratégique poussé et semble pertinent au regard de la population accueillie et de la vocation de l'établissement. Les différents projets sont imbriqués et permettent une cohérence des objectifs.

Le nouveau projet d'établissement qui couvrira la période 2013/2018 est en cours de finalisation Il est basé sur le bilan de l'ancien projet d'établissement, l'évaluation interne et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

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

Les objectifs inscrits au projet d'établissement sont cohérents avec les ressources humaines, financières et techniques dont dispose la structure. Les moyens mis en place permettent une prise en charge et un accompagnement des résidents de qualité : le maintien des bâtiments et du matériel en bon état et en quantité démontre la capacité de l'établissement à s'adapter et à réagir en vue d'assurer son bon fonctionnement.

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

Nous avons pu constater une gestion des ressources organisée et rigoureuse où les missions de chacun sont bien définies et connues (fiche de poste existante). L'accès à la formation est facilité. Les pratiques sont évaluées en utilisant des outils d'autoévaluation qui permettent aux professionnels de s'interroger sur leurs compétences.

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

L'établissement apporte une forte attention à l'accueil et à l'intégration des nouveaux professionnels : explicitation de leurs droits, leurs devoirs, les compétences attendues et les projets en cours dans la structure.
Chaque année, un plan de formation est établi et approuvé par le CTE. Il est établi en fonction des objectifs institutionnels et des demandes individuelles formulées par les personnels.
L'expression des professionnels semble facilitée avec une communication ascendante et descendante solide.
Les entretiens annuels sont réalisés auprès de l'ensemble des professionnels. Chaque salarié est vu par son supérieur hiérarchique.

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

La prévention des risques psychosociaux fait partie des préoccupations actuelles de l'équipe de direction en matière de risques professionnels pour lesquels le document unique est en place et opérationnel.
En outre, la qualité du dialogue social permet des échanges constructifs au sujet de la charge de travail et d'ambiance au travail.
L'organisation et la gestion des ressources humaines tiennent comptent des contraintes liées à l'absentéisme.

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

Le projet d'établissement 2008/2012 s'inscrit pleinement dans le schéma gérontologique du territoire
Le diagnostic stratégique poussé réalisé lors de sa construction a permis d'adapter ses objectifs à la population accueillie et à la vocation de l'établissement. Nous avons observé chez les professionnels beaucoup de respect, d'écoute, d'attention et de bienveillance à l'égard des résidents qui l'ont largement manifesté oralement.

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

Au cours de la visite sur site, nous avons pu nous rendre compte de l'importance des actions développées par les professionnels afin de répondre aux objectifs des projets personnalisés. L'adéquation de ces dernières avec les moyens dont dispose l'établissement est respectée.

En effet, les entretiens réalisés et les temps d'observation des pratiques, nous ont permis de prendre la mesure des capacités d'adaptation et de réactivité des équipes, démarches valorisées et encouragées

par l'encadrement, et ce, pour permettre une personnalisation de l'accompagnement (par ex. : organisation des soins de nursing, adaptation des horaires, accueil des familles/proches dans le cadre de la fin de vie).

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

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

L'ensemble des partenariats existants permettent une optimisation de la prise en charge médicale, adaptée aux besoins spécifiques du public accueilli et une qualité de vie améliorée (quantité et qualité) grâce aux interventions de partenaires locaux.

L'hôpital Saint Jacques travaille avec le tissu sanitaire local pour les besoins relatifs à la santé des résidents. Plusieurs conventions sont signées dans ce cadre : CHG, CHS, EMSP notamment.

Les résidents bénéficient d'activités d'animation favorisant le lien social. La contribution de l'association « LES AMIS DE SAINT JACQUES » est un atout, tout comme les partenaires culturels et de loisirs locaux. La structure intègre chaque bénévole : rencontre, information/formation, encadrement notamment.

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

Malgré le peu de contact avec les partenaires (Président de l'Association « LES AMIS DE SAINT JACQUES », Monsieur le maire de ROSHEIM), et au regard des documents consultés (conventions, contrats…), de ses projets, nous avons pu identifier une certaine légitimité et crédibilité de l'hôpital Saint Jacques dans son territoire.

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

Tous les acteurs de la prise en charge (personnels, professionnels libéraux, partenaires) sont intégrés au processus de soins et d'accompagnement.
Les outils de communication et de suivis oraux et écrits sont efficaces et facilitent la coordination des soins : temps de transmissions orales, accès au dossier de soins informatisé pour chacun (niveau d'accès hiérarchisés en fonction des missions de l'intervenant afin de garantir le secret professionnel) et une dynamique continue d'amélioration des outils de communication, de partage et de traçabilité des informations.

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

Il existe une forte mobilisation de l'établissement à s'ouvrir sur l'extérieur. La collaboration avec l'association « LES AMIS DE ST JACQUES» est un atout. Cette aide permet à l'établissement d'accompagner et de financer certaines organisations de journées festives sur des thématiques (tarte flambée, fête de l'Hôpital…), participation aux sorties des résidents, attention particulière pour les anniversaires (budget pour un cadeau personnalisé), achat de mobilier de jardin…
L'établissement participe également à la vie locale : possibilité de se rendre au marché, à la messe, partenariat en cours avec un club photo local, projets en lien avec la commune.

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

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

Les professionnels ont comme exigence la qualité de la personnalisation de l'accompagnement : le recueil des habitudes de vie, le P.A.P pour tous les résidents, les plans de soins individualisés témoignent de la forte implication de tous pour proposer des prestations adaptées et pertinentes au regard des situations individuelles des résidents.
Des outils formalisés (grille d'évaluation douleur, risque d'escarre…) sont en place et permettent d'évaluer et d'objectiver la prise en charge globale individualisée de chaque résident.
Ces outils de suivi sont uniformisés, centralisés et bien appropriés par les professionnels.

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

Lors de la visite sur site, un P.A.P est élaboré et construit en équipe pluridisciplinaire pour chacun des résidents. Son processus d'élaboration repose sur un recueil de données auprès du résident et/ou de ses proches lors de son entrée. Il est ensuite enrichi au fur et à mesure du séjour.
L'évaluation et le suivi du P.A.P sont effectifs.

La participation du résident est recherchée lorsque cela lui est possible tant dans le cadre du P.A.P. que pour toutes les décisions le concernant. Dans le cas contraire, il y a recours à la personne de confiance.

16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées ;

La réévaluation du projet d'accompagnement personnalisé est effective et fait l'objet d'une planification : ainsi, chaque P.A.P. est évalué 2 fois par an et à chaque évolution des besoins des usagers. Elle est réalisée en réunion d'équipe.

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

L'établissement permet un accès facilité au dossier du résident.Une procédure d'accès au dossier est élaborée et connue par les professionnels.

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

Les résidents et proches rencontrés expriment clairement leur satisfaction quant à l'établissement. L'avis général est très positif : ils apprécient la qualité de l'accompagnement par la disponibilité du personnel à leur égard face à leurs besoins et attentes et ce, tout en respectant au maximum leurs rythmes et habitudes de vie.

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

Les entretiens menés auprès des usagers confirment notre analyse documentaire.
L'hôpital a mis en place de nombreux moyens permettant de favoriser l'expression des résidents et de leur entourage :
- des groupes de parole ouverts aux résidents
- des commissions menu
- des enquêtes de satisfactions diverses : sur le menu du jour, l'animation
- l'existence d'un CVS dont le fonctionnement respecte la réglementation

Le membre du CVS (représentant des familles) rencontré est satisfait du fonctionnement de cette instance.

D/ La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

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

Les outils de la loi 2002-2 sont en place et conformes à la réglementation ; ils sont remis et expliqués lors de toute nouvelle admission. La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante est affichée.
En outre, la visite sur site a permis également de mesurer le degré élevé d'attention de l'ensemble des personnels vis-à-vis du respect de la dignité et du droit à l'intimité tout au long du processus de prise en charge : discrétion lors des soins, respect de la pudeur, repas en famille possible dans un endroit spécifique, libre choix des intervenants extérieurs, pratique du culte… sont autant d'exemples de pratiques constatées permettant de confirmer que l'hôpital Saint Jacques véhicule en son sein ces valeurs essentielles.

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

Il existe une procédure de signalement des événements indésirables. Le circuit de signalement fonctionne assez bien avec une analyse et un suivi par la responsable qualité des événements déclarés.
Les réclamations sont suivies en CRUQPC mais également en CVS.
La bientraitance fait l'objet d'actions de formation régulières : pour 2014, le plan de formation prévoit une action sur le thème de « l'Humanitude » et un comité « éthique et bientraitance » est en place depuis 2013.
Une charte de la bientraitance est affichée dans l'établissement ainsi que la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation d'handicap ou de dépendance.
Le livret d'accueil remis à chaque nouvel entrant comprend la charte de la personne âgée et les valeurs véhiculées.
Il existe une procédure de prévention et de signalement de la maltraitance.
A noter également, la présence de la psychologue qui assure en lien avec l'équipe d'encadrement un rôle de veille.

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

Les risques liés aux activités et au public font l'objet d'une identification précise et d'une politique active de prévention et de gestion des risques et ce, pour l'ensemble des services de l'établissement : soins et logistiques.
Elle repose sur une démarche participative qui intègre l'ensemble des acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement.

6.2. Abrégé du rapport

La démarche d'évaluation interne

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne	La démarche mise en place en 2011 a été participative et a constitué un réel temps de réflexion et de questionnement concernant les pratiques professionnelles. Elle a associé les usagers de manière continue et importante.	La structuration du référentiel	Lors de la prochaine évaluation, améliorer le référentiel.
Plan d'amélioration et son suivi	La volonté de l'établissement d'apporter des améliorations. Le plan d'actions formalisé et suivi.		Poursuivre l'évaluation de la mise en œuvre du plan d'amélioration.

La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm relatives à l'ESSMS.

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Connaissance et appropriation des RBPP	Connaissance par l'encadrement des principales recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM qui sont également utilisées et largement diffusées auprès des équipes. Intégration dans le nouveau projet d'établissement des recommandations	Les recommandations ne sont pas à disposition des professionnels	Mettre en place une bibliothèque à disposition des professionnels.

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

Items (5 maximum)	**Forces**	**Faiblesses**	**Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe**
Caractérisation de la population accompagnée Modalités d'actualisation du projet d'établissement Adaptation de l'offre des activités	Les valeurs fortes sont clairement exprimées. Diagnostic stratégique du projet 2008/2012. Méthodologie employée. Participation des professionnels à sa conception. L'ensemble des objectifs sont pertinents au regard du public accueilli et de ses besoins.	Pas de faiblesse identifiée.	Finaliser le projet d'établissement 2013/2018 Veiller à la communication des éléments de synthèse auprès de l'ensemble du personnel, et soumettre le projet 2013/2018 au CVS

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

Items (5 maximum)	**Forces**	**Faiblesses**	**Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe**
Prise en compte du réseau de proximité Formalisation des partenariats	La résidence dispose d'un réseau de partenaires de soins afin d'assurer les prises en charges spécifiques : suivi psychiatrique, soins palliatifs… Ouverture de l'établissement qui permet le maintien du lien social Plusieurs conventions de partenariat sont signées : CHG, CHS, EMSP notamment.	Pas de faiblesse identifiée.	Maintenir et poursuivre la dynamique d'ouverture de l'établissement. Evaluer les partenariats et les conventions.

Personnalisation de l'accompagnement

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Projet d'accompagnement individualisé Recueil de données : rythmes et habitudes de vie Capacités d'adaptation pour répondre aux demandes spécifiques des usagers	Existence d'un P.A.P. pour tous les résidents, évalué à intervalles réguliers. Forte implication et collaboration médicale au profit de la qualité des soins et de la prise en compte des spécificités de santé du public accueilli. Moyens matériels mis à disposition adaptés en fonction du degré d'autonomie : suffisants et adaptés Dynamique d'équipe forte autour de la personnalisation de l'accompagnement	Tous les projets ne sont pas encore uniformisés ni centralisés Configuration des locaux peu aisée : chambres doubles et peu de possibilités d'aménagement d'espaces	Poursuivre l'uniformisation des supports pour le PAP : outil informatique Maintenir la dynamique positive autour de la mise en place du PAP : organisation, suivi, évaluation et investissement des équipes

L’expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items (5 maximum)	**Forces**	**Faiblesses**	**Propositions/préconisations formulées par l’évaluateur externe**
Effectivité de la participation des usagers	L’établissement répond aux recommandations de bonnes pratiques : existence d’un CVS, de groupes de parole, d’une commission des menus. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées à une fréquence régulière	Diffusion mal adaptée ou trop faible auprès des usagers des résultats des enquêtes de satisfaction, actions mises en œuvres	Définir une politique d’affichage et renforcer les modalités de diffusion des informations (mailing…)
Prise en compte de l’expression des usagers pour améliorer l’accompagnement	Constat d’une cohérence et d’une forte culture d’équipe en faveur de l’écoute des usagers et l’adaptation des professionnels		

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités d'organisation de l'établissement pour permettre le respect des droits des usagers	-Constat de l'effectivité des droits. L'équipe est sensibilisée et veille au respect des droits des personnes. -Les outils de la loi 2002.2 existent et font l'objet d'une remise et d'explications systématiques dans les conditions prévues par la réglementation. -Existence d'une forte cohérence et coordination concernant les soins prodigués et leur organisation : évaluation des risques spécifiques liés à la santé, dynamique d'équipe en faveur de la qualité, sécurité et respect des usagers (dignité, intimité, rythmes et habitudes de vie).	Bien que les RBPP soient prises en considération et que leur contenu soit véhiculé par un mode managérial efficace, le personnel ne dispose pas de ces documents Absence de commission de soins gériatriques	Diffuser les RBPP : mettre en place une bibliothèque à disposition des professionnels Poursuivre la sensibilisation des personnels sur la notion de bientraitance/lutte contre la maltraitance : formation continue, procédure de prévention et de signalement de la maltraitance (formation prévue en 2014). Mettre en place la commission de soins gériatriques
Politique de gestion des ressources humaines et de formation professionnelle continue	-Accueil et encadrement des nouveaux professionnels, entretien annuel d'évaluation, contenu du plan de formation		Poursuivre la réflexion et des actions par rapport aux risques psychosociaux

Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'hôpital Saint Jacques de Rosheim mobilise quotidiennement ses moyens organisationnels, matériels et humains pour répondre aux besoins des usagers : pour cela, les professionnels de l'établissement savent prendre en compte les besoins et attentes individuels de chacun des résidents et adapter leurs pratiques en fonction des contraintes liées à la vie en collectivité.

Les échanges sont objectivés à l'aide de l'ensemble des enregistrements que produisent les professionnels et grâce un outil informatique performant pour le dossier de soins individualisé.

Il existe une dynamique globale d'amélioration continue de la qualité : les évaluateurs ont pu constater l'effectivité de la mise en œuvre d'outils de suivi mais surtout une mobilisation et une implication remarquables du personnel.
Ainsi, la démarche qualité et la politique de gestion des risques sont fortement engagées et rendues pertinentes avec de réels effets sur la qualité des prestations délivrées aux usagers.

Le travail en réseau et partenariat est effectif : liaison en cas d'hospitalisation, relation avec les professionnels du secteur dans le cadre de la nécessité de mise en place de soins spécifiques en lien avec les problématiques de santé du public accueilli.

Les évaluateurs ont apprécié la dynamique de participation et d'implication des professionnels dans la vie de l'établissement et dans ses projets. A noter, une très forte cohérence dans les discours : uniformité des contenus lors des entretiens individuels à différents niveaux de la hiérarchie. Aussi, il existe un réel partage de valeurs et d'une culture commune reposant sur le respect des droits des usagers, leur sécurité et leur bien-être.

Items **(5 maximum)**	
Outils utilisés Nombre d'entretiens conduits Durée de l'évaluation externe sur le terrain	Les outils de recueil d'informations, les interviews des professionnels et les entretiens avec les usagers et leurs familles ainsi que l'analyse du contenu des dossiers usagers et des données et informations disponibles dans l'établissement sont utilisés de manière prioritaire. Des séquences d'observation ont également été réalisées par les évaluateurs. Les informations sont recherchées dans le cadre du référentiel d'évaluation externe intégrant l'ensemble des plans et sous plans (comprenant les questions évaluatives et l'interrogation sur les moyens mis à disposition, les pratiques observées et les effets constatés chez l'usager). Les réponses apportées par les différents interlocuteurs sont recoupées, des éléments de preuves sont également demandés au fur et à mesure des entretiens. Compte-tenu de la certification AFNOR, les évaluateurs ont dû adapter les points de recherche d'informations. Néanmoins, ils ont tenu à recueillir un maximum d'éléments pour leur permettre de mesurer et d'évaluer pleinement la dynamique globale de l'établissement autour de la qualité des prestations délivrées et les effets sur les usagers. Aussi, c'est pourquoi certains points de la certification AFNOR ont été pris en compte lors de cette évaluation externe et pour lesquels la concordance des résultats avec les investigations des évaluateurs est tout à fait présente. Mise en œuvre d'une réunion d'ouverture en présence des responsables de service, de 9 entretiens collectifs sur les aspects paramédicaux, de la personnalisation de l'accompagnement, l'animation, la restauration, la culture de la bientraitance, les ressources humaines, de 10 interviews individuelles (usagers, personnel, partenaires extérieurs) et enfin, d'une restitution collective finale « orale à chaud » en présence de l'ensemble des professionnels disponibles (soit 30 personnes). L'évaluation sur site a été menée sur 1,5 journées.

Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
La réunion d'ouverture des évaluatrices à faciliter le premier contact avec l'équipe d'encadrement, a libéré l'expression et a permis d'établir un climat de confiance et de transparence. Echanges constructifs et bien vécus par l'ensemble des professionnels. Vision « terrain » des évaluateurs qui ont su valoriser le travail et l'implication des professionnels tout en identifiant des pistes d'amélioration.	Classification des actions et pistes d'amélioration proposées, pas toujours en cohérence avec le contenu du rapport, Interrogations sur les points mis en rouge dans le rapport, s'agit-il de relever l'extrême importance du sujet ou bien cela relève des faiblesses de l'établissement ? Proposition d'indicateurs déjà suivis par l'établissement.

6.3. Composition de l'équipe d'évaluation

Identité	• Céline PETITPOISSON
Place dans l'équipe d'évaluation	• Évaluateur • Spécialiste « Personne âgée »
Formation	• **Master I et II** en « Économie et gestion des systèmes de santé et de protection sociale » - Université Paris Dauphine • **DIU** « Qualité, accréditation et évaluation des établissements sanitaires et sociaux » • **Formation continue** régulière sur les thématiques importantes du secteur sanitaire et médico-social : éthique et bientraitance, évaluation, organisation, gestion des risques, performance, outils divers.
Expérience	• **Responsable de l'Assurance Qualité et de la Gestion des Risques (2006-2012)**, chargée des projets, au sein d'un établissement comprenant : Un EHPAD spécialisé dans la maladie d'Alzheimer de 27 lits, un SSIAD de 50 places et un SSR de 30 places. **Principales missions :** o Création et pilotage de groupes de travail sur les ressources humaines, les risques professionnels (pénibilité, document unique …). o Accompagnement des démarches de contractualisation : réalisation du diagnostic stratégique, conception des documents : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et convention tripartite. o Mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles : formation des acteurs, accompagnement méthodologique, réalisation d'audits de pratique. o Accompagnement de l'évaluation interne du SSIAD et de l'EHPAD. o Évaluation de la satisfaction des usagers. o Pilotage de la conception d'un référentiel d'évaluation interne des services de soins infirmiers à domicile dans le cadre du réseau qualité Lorrain (Qualilor). • **Mission qualité (2009) :** conduite de l'autoévaluation ANGELIQUE dans le cadre d'un renouvellement de convention tripartite pour un EHPAD de 80 lits • T**echnicien administratif (1993–2006)** au sein d'un établissement comprenant une Unité Alzheimer (27 lits) et un Service de Soins de Suite (30 lits) chargé des relations avec les familles, de la facturation et du suivi social. o

Identité	• Géraldine BOUCHER
Place dans l'équipe d'évaluation	• Évaluateur • Spécialiste « Personne âgée »
Formation	• DU d'Evaluateur Interne et externe (IAE Nancy) en 2012 • Cadre de Santé en 2008 • DU de Management des organisations sanitaires et sociales en 2008 • DE d'infirmière en 2001
Expérience	**Depuis 2008, cadre de santé à la *résidence « les saules », EHPAD, Saulxures Sur Moselotte*** *(127 lits dont 15 en unité de vie protégée, 1 place d'accueil temporaire, 6 places d'accueil de jour et 1 SSIAD de 45 places)* • *Membre de l'équipe de direction* • *Responsable des services de soins et d'hébergement (encadrement d'équipes pluridisciplinaires de soins et d'hôtellerie soit environ 75 personnes)* • *Pilote de groupe dans le cadre de l'écriture du projet d'établissement (projet de soins et de vie)* • *Réorganisation complète du travail en lien avec la restructuration de l'établissement* • *Pilote de groupe de travail dans le cadre l'ouverture d'une unité spécifique à personnes atteintes de maladie d'Alzheimer (unité de vie protégée).* • *Participation active à la démarche d'amélioration continue de la qualité (gestion documentaire, 1ère évaluation interne de l'EHPAD et du SSIAD en cours...)* • *Participation aux travaux du Réseau Gérontologique des Hautes Vosges (REGEHVO):membre du comité de pilotage et pilote du groupe de travail « qualité »* **09/2006 à 09/2007, Infirmière coordinatrice du Service de Soins Infirmiers à Domicile**, résidence « les saules » • Responsable de l'équipe d'aides-soignantes • Collaboration avec intervenants libéraux, associations d'aides à domicile, CLIC... • **Janvier 2002 à Septembre 2007, Infirmière en gériatrie résidence « les saules »** • Acteur de coordination des soins quotidiens spécifiques à un public de personnes âgées dépendantes physiquement et/ou psychiquement • Membres de groupes de travail (restructuration, bientraitance, informatisation du dossier de soins...)

6.4. Engagement de déontologie

Je m'engage à réaliser une évaluation basée sur une approche factuelle et un diagnostic partagé par le responsable de l'établissement évalué.

Je m'engage au respect de l'ensemble de mes interlocuteurs, à mener mes interventions avec pédagogie et courtoisie et à utiliser un vocabulaire adapté.

Je m'engage à refuser tout cadeau ou avantage de la part de la structure évaluée.

Je m'engage à respecter une confidentialité totale des informations fournies par le client ou relatives à l'évaluation (documents, informations orales, conclusion de l'évaluation,…) en dehors des cas spécifiquement requis par la loi.

Dans ce cadre je m'engage à ne transmettre le rapport final qu'à l'établissement évalué.

Je m'engage à ne réaliser aucune copie et à détruire l'ensemble des documents collectés dans la structure ou transmis par la structure à l'issue de la validation du rapport final.

Je m'engage à ne réaliser aucune évaluation externe dans une structure dans laquelle j'interviens ou suis intervenu dans un délai de trois ans au regard des actions d'évaluation interne et dans un délai d'un an au regard de toute autre activité. De la même manière, je m'engage à n'exercer aucune activité de conseil ou de formation auprès des structures évaluées dans un délai d'une année.

Je m'engage à refuser de réaliser toute mission en cas de conflits d'intérêts (relations commerciales ou financières avec l'entité évaluée, relations professionnelles en cours ou par le passé, relations privées avec des personnes de la structure évaluée,…).

Je m'engage à réaliser uniquement les évaluations pour lesquelles je dispose des connaissances, du savoir-faire et de l'expérience nécessaires.

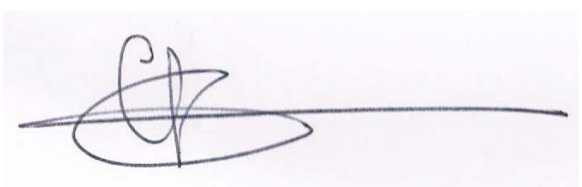
Je m'engage à déclarer sans délai et par écrit tout évènement ne me permettant pas de réaliser la mission d'évaluation externe à laquelle je me suis engagé dans les conditions d'indépendance, d'objectivité et de déontologie attendue par le décret du 15 mai 2007.

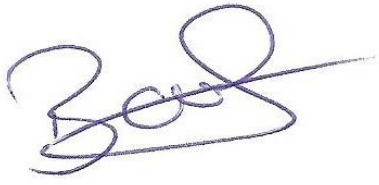
Je m'engage à maintenir à jour ma connaissance des recommandations de l'Anesm et de la réglementation en vigueur.

Je m'engage à appliquer la charte de l'évaluation de la Société Française de l'évaluation. »

À Blies Ebersing, le 15 mars 2013

Céline PETITPOISSON **Géraldine BOUCHER**



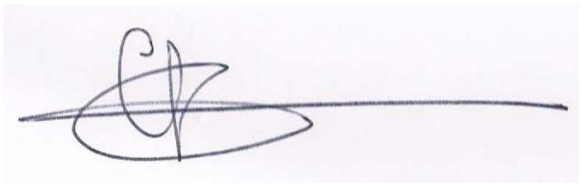


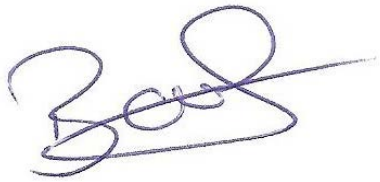
6.5. Déclaration sur l'honneur des évaluateurs

Je soussigné, atteste sur l'honneur remplir les conditions nécessaires à l'évaluation de l'organisme « Ehpad de Rosheim » selon les conditions du décret n°2007-975 du 15 mai 2007 ainsi que selon les conditions d'habilitation de la société « A.D.Q. Conseils ».

À Blies Ebersing, le 15 mars 2013

Céline PETITPOISSON **Géraldine BOUCHER**





Nom Prénom

6.6. Calendrier de réalisation

Intervention sur site, planning du mercredi 12 février 2014

Date / Heure	Évaluation portant sur :	Interlocuteurs
9h00 – 9h30	-Réunion d'ouverture.	Directrice Comité de pilotage Ensemble des professionnels disponibles
9h30 – 10h30	Visite des locaux : - Agencement, aménagement, - Hébergement, espace privatif et gestion du linge.	Direction Cadre de santé Gouvernant Responsable service technique
10h30 – 12h30	-Projet établissement : élaboration, utilisation et évaluation. -Évaluation interne : modalités, résultats et suites données. -Démarche qualité, évaluation et suivi de la satisfaction. -Revue des textes de référence (dont recommandations Anesm) : communication et utilisation.	Président du conseil de surveillance (si disponible) Direction Médecin coordonnateur Cadre de santé IDEC Responsable qualité
12h30 – 13h30	Pause	
13h30 – 15h00	-Vie Sociale(évaluateur séparé)	Animatrice cadre de santé et/ou IDEC Membre de l'association (si disponible)
15h00-17h00	-Relations avec familles. -Modalités de participation des usagers et des familles. (évaluateur séparé)	Représentants des usagers et des familles (CVS et hors CVS) Directrice Gouvernant
13h30 – 17h00	Interventions de soins et paramédicales : (évaluateur séparé) -Organisation médicale et coordination des soins -Projet de vie -Continuité des soins -Circuit du médicament - Evaluation des pratiques professionnelles.	Médecin coordonnateur Cadre de santé IDEC IDE Pharmacien
17h00 – 17h30	-Préparation de la restitution	Evaluateurs seuls
17h30 – 18h00	-Restitution et échanges.	Comité de pilotage
20h00 -21h00	- Transmission et rencontre et échange avec l'équipe de nuit.	Equipe de nuit/IDEC

Intervention sur site, planning du vendredi 14 février 2014 (demi-journée)

Date / Heure	Évaluation portant sur…	Interlocuteurs
8h00-8h10	-Introduction à la journée -Point sur le planning	Comité de pilotage
8h10 -9h00	-Interventions de soins et paramédicales : soins d'hygiène et de confort. (évaluateurs séparés)	IDE – AS – ASH IDEC
8h10- 09h00	-Admission -Revue des dossiers usagers -Sortie. (évaluateurs séparés) -Accès aux données	Direction Médecin coordonnateur Accueil et secrétariat Assistante sociale Cadre de santé IDEC
9h00-10h00	- Restauration	Cuisinier Responsable cuisine
9h00-9h30	-Revue documentaire diverse et document de contractualisation	Directrice Responsable qualité
9h30-10h00	-Maintenance/Sécurité	Responsable maintenance
10h00-11h00	-Promotion de la bientraitance. -Prévention et traitement de la maltraitance	Equipe au complet (selon disponibilité) Psychologue Cadre de santé IDEC
11h00 –12h00	- Gestion des ressources humaines - Formation	Direction Responsables des RH Responsable qualité Cadre de santé IDEC
12h00 –12h30	-Préparation de la restitution	Evaluateurs seuls
12h30 – 13h00	Restitution finale « à chaud »	Directrice Comité de pilotage Ensemble des professionnels disponibles

6.7. Contrat d'évaluation externe et questionnaire évaluatif

(Annexes non paginées)

Référentiel évaluatif					
Plan		**Sous-plan**		**Thématique évaluée**	**Aspect spécifique à l'établissement**
1.	Stratégie et politique	1.1.	Les projets de la structure	Projet institutionnel et projet personnalisé Projet de soins et dossier patient	Quelles sont les modalités prévues ou appliquées concernant la mise à jour du projet d'établissement ? Modalités d'élaboration de mise en œuvre et de suivi du projet personnalisé?
		1.2.	La prise en compte des droits des usagers	Politique de prévention de la maltraitance Droits du patient Bientraitance	Existe-t-il un politique de promotion de la bientraitance ? Si oui, comment s'organise-t-elle ? Position de l'équipe sur les modalités de respect de l'intimité, de la confidentialité et des droits des usagers en général ? Modalités d'information des usagers sur leurs droits ? Modalités de recueil des remarques et de plaintes des résidents?
		1.3.	La politique qualité et l'engagement de service	Le management de la qualité	Définition, moyens de communication et mise en œuvre de la politique qualité de l'établissement ?
		1.4.	La coordination médicale	Rôle du médecin coordonnateur Organisation et coordination des soins médicaux	Modalités de mise en œuvre des missions du médecin coordonnateur ? Modalités de suivi des problématiques de santé spécifiques du public accueilli (fonctionnement de la commission de coordination gériatrique, CME...) ? Quelles sont l'organisation et l'encadrement du personnel soignant ? Modalités de participation du médecin coordonnateur au projet d'établissement ?

Référentiel évaluatif					
Plan		**Sous-plan**		**Thématique évaluée**	**Aspect spécifique à l'établissement**
2.	Processus de prise en charge	2.1.	L'accueil	Accueil Informations préalables Inscription sur la liste d'attente Admission Phase d'adaptation	Politique de communication de l'établissement ? La signalétique en place facilite-t-elle la circulation ? Comment la réponse aux demandes de renseignements est-elle organisée ? Quels sont les critères utilisés par le médecin coordonnateur lors de l'étude du dossier ? Modalités de recherche du consentement éclairé du résident? Comment est organisée l'admission d'un nouveau résident ? Quelle est la place de l'entourage lors de l'admission ? Quelles sont les missions des référents ? Modalités de remise des documents d'information, de contractualisation ?
		2.2.	L'environnement et le cadre de vie	Jouissance des espaces: principes généraux, espaces privatifs, collectifs et de soin, extérieurs Propreté et hygiène Alimentation	Existe-t-il un politique de promotion de la bientraitance ? Si oui, comment s'organise-t-elle ? Position de l'équipe sur les modalités de respect de l'intimité, de la confidentialité et des droits des usagers ?

Référentiel évaluatif					
Plan		Sous-plan		Thématique évaluée	Aspect spécifique à l'établissement
		2.3.	Les soins et "prendre soins"	Soin du corps et de l'apparence Sécurité Maintien et le développement de l'autonomie Soins	Comment sont organisés l'aide et les soins d'hygiène et de confort ? Comment l'éthique et la déontologie sont-elles respectées ? Dans quelle mesure la dignité du résident est-elle préservée ? La confidentialité des informations relatives au résident est-elle garantie par l'établissement ? Comment ? Modalités d'organisation permettant la continuité, la qualité, la sécurité des soins ? Modalités de la gestion du risque médicamenteux ? Modalités de sécurisation des lieux (protection des biens, d'aller et venir, contention, chutes...) ? Moyens développés par l'établissement afin de mettre en œuvre et d'assurer le suivi du projet de soins ? Moyens développés par l'établissement afin de prévenir et/ou prendre en charge les problématiques de santé spécifiques au public accueilli ?
		2.4.	La vie sociale	Relation et la citoyenneté Vie institutionnelle Absences temporaires	Modalités d'exercice des droits et libertés individuels : Le respect du culte de chaque résident est-il garanti par l'établissement ? Comment ? L'exercice du droit au vote est-il facilité ? Modalités de recueil des habitudes de vie ? Le projet d'animation est-il évalué et mis en œuvre ? Existe-t-il un programme d'animation ? Le personnel affecté à l'animation est-il formé ?

Référentiel évaluatif					
Plan		**Sous-plan**		**Thématique évaluée**	**Aspect spécifique à l'établissement**
		2.5.	Le départ	Départ sur l'initiative du résident Départ du résident à la demande de l'établissement En cas de difficultés de paiement Départ pour cause de décès	Comment est organisé la continuité des informations ? Moyens à disposition pour l'accompagnement des usagers ? Organisation cadrée, formalisée et respectant les souhaits et droits des usagers ? Modalités mises en œuvre en vue de garantir la protection des résidents et/ou de leurs biens?
3	Processus support	3.1.	Les ressources humaines	Recrutement, l'évaluation et la formation du personnel (Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées) Gestion des intervenants externes Partenariats	Moyens développés par l'établissement afin de promouvoir le développement des compétences des professionnels ? Modalités d'inscription de l'établissement dans le réseau des intervenants et des partenaires ?
		3.2.	La logistique	Maintenance et sécurité Prestation lingerie Prestation restauration	Suivi des remarques de la commission de sécurité ? Organisation des contrôles réglementaires ? DARDE élaboré ? Suivi de la légionelle ? Modalités d'accès aux locaux techniques et de stockage des produits? Le manuel linge est-il connu des professionnels ? Y-a-t-il eu un passage depuis 2002 des services vétérinaires ?

Référentiel évaluatif					
Plan		**Sous-plan**		**Thématique évaluée**	**Aspect spécifique à l'établissement**
4.	Processus d'amélioration	4.1.	La démarche d'amélioration continue de la qualité	Démarche d'amélioration Autoévaluation Questionnaire de satisfaction Suivi des indicateurs et exploitation des résultats Gestion des réclamations Identification et prise en charge des dysfonctionnements Remontée d'informations Gestion des documents qualité	Existe t-il une démarche d'évaluation périodique des pratiques pour l'ensemble des professionnels ? Existe-t-il un comité d'éthique ? Moyens déployés par l'établissement pour recueillir l'avis des résidents non communiquants ou présentant des troubles cognitifs ? Moyens développés par l'établissement afin suivre les actions demandées par les usagers ? Comment s'effectue le retour aux FSEI ? Modalités réalisation de(s) autoévaluation(s): fréquence, management, intégration des personnels… Modalités d'élaboration et de suivi du plan d'action ? La mesure d'impacts des actions est -elle mesurée ? Participation de l'établissement à un réseau qualité ?

A.D.Q. CONSEILS
Amélioration & Développement par la Qualité

Contrat d'évaluation externe
« Ehpad de Rosheim»

Entre la Société ADQ Conseils (6, rue des Lilas – 57200 Blies Ebersing), représentée par Monsieur Marc HOLZHAMMER, en qualité de gérant.
« Ci-après dénommé l'Organisme évaluateur »
Et

Hôpital St Jacques - EHPAD de Rosheim (14, Rue du Général de Gaulle –BP 20032 ROSHEIM - 67128 MOLSHEIM Cedex), représenté par Madame FONGOND, en qualité de Directrice
« Ci-après dénommé le Client »

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1: Objet

Le présent contrat définit les conditions de réalisation de la mission d'évaluation externe des établissements sociaux et médico-sociaux du Client et décrites dans la proposition technique et financière remise au Client.

L'ensemble des éléments relatifs à la mise en concurrence et à la réponse apportée par l'Organisme évaluateur à cette mise en concurrence sont considérés de fait comme contractuels.

En cas d'opposition entre les dispositions du présent contrat et ceux de la mise en concurrence ou ceux de la réponse apportée par l'Organisme évaluateur à cette mise en concurrence, les dispositions de la mise en concurrence ou ceux de la réponse apportée par l'Organisme évaluateur à cette mise en concurrence sont considérées comme applicables.

Article 2: Etablissements et services couverts par le contrat

EHPAD de ROSHEIM

Article 3: Durée du contrat

Le présent contrat est conclu jusqu'à réalisation complète de la mission et selon le planning défini dans la proposition financière remise au Client.

Article 4: Lieu de la mission

Les prestations d'évaluation externe s'effectueront à la fois dans les locaux des établissements (visite, entretiens,..) et dans ceux de l'Organisme évaluateur (préparation, analyse et réalisation du rapport).

Article 5: Coordination et suivi de la mission

La mission sera coordonnée par Mr Holzhammer Marc, Gérant de l'Organisme évaluateur.

Le Client met en place un comité de suivi de l'évaluation composé de :

- Mme séverine FONGOND / Directrice
- Dr Dominique WITTERSHEIM / médecin coordonnateur de l'EHPAD
- Mme Claudine FISCHER / Cadre de santé
- Mme Patricia WECKEL / IDE coordinatrice
- M. David WEBER / gouvernant
- Mlle Caroline SCHNELZAUER / Resp. qualité & gestion des risques

Article 6 : Facturation et règlement des factures

Les dispositions relatives à la facturation et au règlement des factures sont celles définies dans les documents relatifs à la consultation et dûment signés par le représentant de l'Organisme évaluateur

Article 4: Obligations réciproques

L'organisme évaluateur s'engage à respecter les éléments de son offre technique, il reste seul responsable des moyens et méthodes mis en œuvre pour réaliser la mission d'évaluation.

Il s'engage à faire respecter par ses évaluateurs les règles d'hygiène et de sécurité et les dispositions du règlement intérieur en vigueur dans les locaux du Client lorsque les prestations doivent s'effectuer dans lesdits locaux.

L'Organisme évaluateur est tenu à une obligation générale de moyens quant à la réalisation de l'évaluation.

Le Client s'engage à mettre à la disposition de l'Organisme évaluateur toutes les informations et documents nécessaires à la bonne conduite de l'évaluation.

Article 5: Responsabilités

Chacune des parties sera responsable selon le droit commun

L'Organisme évaluateur prendra à sa charge toutes les conséquences financières des dommages corporels, matériels et immatériels subis par ses évaluateurs à l'occasion de la réalisation des prestations sur les sites du Client, y compris les dommages survenus pendant les trajets à destination ou en provenance des sites du Client.

Article 6: Refus du rapport par l'organisme de tarification et de contrôle

L'Organisme évaluateur s'engage à réaliser sans surfacturation toute modification du rapport d'évaluation externe dans le cas d'un refus de l'organisme de tarification et de contrôle basé sur un non respect du décret n°2007-975 du 15 mai 2007.

Article 7: Résiliation

Le présent contrat sera résilié de plein droit avec effet immédiat si l'une des Parties constate l'existence et notifie à l'autre Partie :
-un manquement de la Partie défaillante à ses obligations aux termes du Contrat n'étant pas susceptible d'être réparé ;
-un manquement de la Partie défaillante à ses obligations aux termes du Contrat susceptible d'être réparé intégralement mais auquel il n'a pas été porté remède dans les trente jours suivant la notification écrite précisant le manquement et demandant qu'il y soit remédié.

En outre le retrait de l'habilitation délivrée par l'Anesm à l'organisme évaluateur vaut rupture de plein droit et sans indemnités du contrat.

Article 9: Force majeure

Les Parties ne pourront être tenues responsables pour un manquement à l'une des obligations mise à leur charge par le Contrat qui résulterait de la survenance d'un cas de force majeure, tels que ceux habituellement retenus par la Jurisprudence, sous réserve toutefois que la partie invoquant de tels cas notifie son existence à l'autre Partie dès que possible, qu'elle fasse de son mieux pour en limiter les conséquence et enfin qu'elle reprenne l'exécution du Contrat immédiatement après que ces cas de force majeure aient disparu.

Dans la mesure où de tels cas se poursuivraient pendant une durée supérieure à un mois, les Parties acceptent d'engager des discussions en vue de modifier les termes du Contrat afin d'en tenir compte.

Si elles n'arrivaient à aucun accord, le Contrat pourrait alors être résilié, sans indemnité de part et d'autre, par l'une quelconque des Parties, par simple notification adressée à l'autre Partie.

Article 9: Loi applicable – Tribunal compétent

Le Contrat est soumis au droit français

A défaut d'accord à l'amiable, tout litige relatif à l'interprétation et à l'exécution du contrat, sera soumis au Tribunal de Commerce de Sarreguemines auquel les Parties attribuent compétence territoriale quelque soit le lieu d'exécution de l'évaluation et/ou le siège social du défendeur.

Fait à ROSHEIM....., **le** 20/12/2013

En double exemplaire,

Signature ADQ Conseils :

Marc HOLZHAMMER, Gérant

A.D.Q. CONSEILS
6 rue des Lilas
57200 BLIES EBERSING
Tél. 06 77 52 31 95
mail : mh@adq-conseils.fr

Signature Ehpad de Rosheim

Mme Fongond, Directrice