



# GRIEPS

Formation Conseil Santé



EHPAD  
DU CENTRE HOSPITALIER  
GERIATRIQUE DU MONT D'OR  
Albigny-sur-Saône  
Chasselay

[www.grieps.fr](http://www.grieps.fr)

Les Berges du Rhône  
64, avenue Leclerc  
69007 Lyon

Tél. 04 72 66 20 30  
Fax. 04 72 66 20 44

[contact@grieps.fr](mailto:contact@grieps.fr)

## RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

Coordonnateur de visite

Geneviève BLAISE

Évaluateurs

Nathalie NOTTER

Dr Alain LAPIE

Société anonyme coopérative  
et participative à capital variable

**SIÈGE SOCIAL**

58 à 60, avenue Leclerc, Bâtiment 64  
69007 Lyon

SIREN 414 862 672 RCS Lyon  
Centre de formation n° 82 69 05 77 869  
Code APE 8559A  
TVA/CEE FR 40 414 862 672 000 48

Année 2015



# SOMMAIRE

VOTRE ETABLISSEMENT _____	5
PRESENTATION DE LA DEMARCHE D'EVALUATION EXTERNE _	6
Dispositif et stratégie	7
Planning de visite	8
PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT _____	11
DEMARCHE QUALITE ET D'EVALUATION INTERNE _____	14
Historique et organisation de la démarche qualité	14
Suivi des décisions de la procédure d'évaluation interne	16
CONSTATATIONS _____	17
MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT _____	18
Thème 1 : Projet d'Établissement	18
Thème 2 : Suivi de l'Évaluation Interne	22
Thème 3 : Ressources Humaines	25
Thème 4 : Ouverture de l'Établissement	29
DROITS DES USAGERS ET POLITIQUE DE BIENTRAITANCE __	33
Thème 5 : Droits des Usagers	33
Thème 6 : Expression des Usagers	39
Thème 7 : Bientraitance	42
PRISE EN CHARGE DE L'USAGER _____	45
Thème 8 : Attentes de la personne et projet personnalisé	45
Thème 9 : Cohérence et continuité des actions et interventions	49
Thème 10 : Application des bonnes pratiques de soins	53
QUALITE ET RISQUES _____	60
Thème 11 : Démarche Qualité	60
Thème 12 : Prévention des Risques	63
RECOMMANDATIONS _____	66
SYNTHESE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE _____	67
Projet d'Établissement	67
Suivi de l'Évaluation Interne	67
Les ressources humaines	67
L'ouverture de l'établissement	68
Droits et expression des usagers	68
Bientraitance	69
Attentes de la personne et projet personnalisé	69
Cohérence et continuité des actions et interventions	69
Application des bonnes pratiques de soins	69
Démarche qualité	69
Prévention des risques	70

PRESENTATION GRAPHIQUE :	_____	71
Représentation 1		71
Représentation 2		72
ABREGE DU RAPPORT PROJET D'ETABLISSEMENT	_____	73
INDICATEURS	_____	80
VOS INTERLOCUTEURS POUR CE DOSSIER	_____	82

## VOTRE ETABLISSEMENT

N° Finess établissement	690782925
N° Siret établissement gestionnaire	266 900 01800018
N° Finess EHPAD	690800941 EHPAD ALBIGNY 690028915 EHPAD CHASSELAY
N° Siret EHPAD	266 900 01800034 (EHPAD Albigny) 266 900 01800026 (EHPAD Chasselay)
Nombre de places EHPAD	359
	Site Chasselay : 153 lits Site Albigny : 206 lits PASA-EHPAD : 14 places UHR-EHPAD : 11 places
GMP	817 (15/10/2014)
PMP	215 (15/10/2014)
Type d'établissement	Établissement Public de Santé
Statut ESSMS	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)
Budget d'exploitation/chiffre d'affaires	15 226 993.52 € réalisé en 2014 pour l'EHPAD
Adresse	6 Rue Notre Dame 69250 ALBIGNY SUR SAONE

# PRESENTATION DE LA DEMARCHE D'ÉVALUATION EXTERNE

« Juger est une chose, et faire est une autre » - Diderot, Œuvres, t. XIII, dans POUGENS

Le domaine de la santé, le domaine médico-social et le domaine social déploient depuis près d'un demi-siècle, des politiques pour implanter l'évaluation dans les pratiques professionnelles et organisationnelles. Il ne suffit plus de faire des bilans (bilan d'activité, bilan de la personne ...), il faut évaluer, c'est-à-dire porter un jugement et prendre des décisions pour faire évoluer les pratiques.

L'acte d'évaluer ne doit donc pas être dissocié de l'acte de faire évoluer nos activités et nos pratiques. Deming dit « il n'y a pas d'amélioration sans évaluation » mais l'inverse est également vrai.

L'évaluation interne introduite par la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est le catalyseur au développement de l'évaluation.

Cette loi a permis dans les établissements sociaux et médico-sociaux qui se sont engagés dans cette évaluation de permettre aux professionnels qui les composent de porter un jugement sur leurs organisations et leurs pratiques et d'insuffler, grâce à cela, une politique d'amélioration de la qualité.

Mais attention, dans un contexte où l'on manifeste de plus en plus une volonté de tout maîtriser et de tout contrôler, il est important de réinterroger le sens de l'évaluation dans l'amélioration des pratiques afin que l'évaluation ne soit pas perçue comme une menace. Le « pourquoi évaluer » et également le « pour qui » doivent être remis au cœur des démarches qualité si nous ne voulons pas que l'évaluation tombe dans des assuétudes sans sens ou pire qu'elles deviennent vulnérantes pour les professionnels.

L'évaluation externe qui s'inscrit dans la continuité de l'évaluation interne doit permettre d'aider les établissements à ne pas perdre le sens de la démarche engagée et de l'objectif premier qui est d'améliorer la prise en charge ou l'accompagnement des usagers.

## Dispositif et stratégie

Notre prestation, vise à « apprécier les impacts produits par les processus en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique », en d'autres termes à évaluer la démarche qualité de l'institution mais aussi à dynamiser et optimiser celle-ci au travers du bilan effectué.

La prestation a été assurée par une équipe d'évaluateurs qualifiés, tous consultants du GRIEPS :

- ➔ Geneviève BLAISE, coordonnateur de visite
- ➔ Nathalie NOTTER, évaluateur
- ➔ Docteur Alain LAPIE, évaluateur

Notre démarche a été articulée autour de 3 temps forts :

- Temps 1 : Préparation de la visite

En lien avec la direction, le coordonnateur de l'équipe d'évaluateurs du GRIEPS a organisé et structuré la démarche en :

- Demandant les documents nécessaires à la préparation de la visite (bilan de l'évaluation interne, livret d'accueil, plan d'amélioration de la qualité, autorisation, ...)
- Proposant un planning de visite ;
- Animant une réunion d'information de la démarche auprès de l'équipe d'encadrement et des professionnels.

➔ Cette phase a eu lieu entre le 1 et le 5 mars 2015.

- Temps 2 : Réalisation de la visite

L'équipe a réalisé la visite en :

- Réalisant des entretiens individuels et/ou collectifs auprès des professionnels et auprès des usagers ;
- Étudiant des documents existants (projet d'établissement et/ou projet de service, comptes rendus des Commissions, procédures, dossier type de l'utilisateur, projet personnalisé ...). La structure a mis à disposition 3 dossiers et 3 projets personnalisés rendus anonymes pour garantir le secret professionnel ;
- Relevant les indicateurs utilisés (exemples : taux d'absentéisme, taux de contentions ...)
- Réalisant des observations dans la structure.

➔ Cette phase a eu lieu les 23, 24 et 25 mars 2015 (3 évaluateurs x 3 jours).

- Temps 3 : Clôture de la visite :

La clôture de la visite s'est effectuée en plusieurs étapes :

- Étape 1 : L'équipe d'évaluateurs a élaboré le rapport de visite sous la responsabilité du coordonnateur ;
- Étape 2 : Un groupe de relecture au GRIEPS, indépendant de l'équipe d'évaluateurs, a porté un jugement sur le rapport élaboré ;
- Étape 3 : Envoi du présent rapport. Vous avez la possibilité d'émettre des contestations. Celles-ci seront analysées par le coordonnateur et le groupe de relecture. C'est le groupe de relecture qui apportera les conclusions aux contestations ;
- Étape 4 : En attente de votre validation (1 mois au plus tard après réception)
- Étape 5 : La prestation réalisée par le GRIEPS est systématiquement évaluée par le responsable régional du GRIEPS, 1 mois environ après la validation du rapport.

## Planning de visite

1er jour - Lundi 23 mars 2015				
Horaires	Activités - EHPAD	GB	NN	AL
8H30-9H15	Accueil, Présentation Directeur et Comité de pilotage	X	X	X
9H15-10H00	Lien entre EI et EE	X	X	X
10H00-13H00	Visite établissement deux sites	X	X	X
13H00 - 13H30	Pause			
14h00 - 14H30	Parcours résidents avec Salariés - Unité "SANTAL 2"	X		
	Parcours résidents avec Salariés - Unité "DAHLIA"		X	
	Parcours résidents avec Salariés - Unité de soins Alzheimer Chauviré 0			X
14H30 - 16H00	Rencontre directeur + RH: ressources humaines	X		
14H30-15H15	Parcours usagers avec Salariés - Unités "Chauviré 1,2"		X	
15H15 - 16H00	Rencontre avec Resp. Lingerie		X	
14H30-16H00	PASA. Équipe soignante, projet de service - Chasselay			X
16H00-17H00	EHPAD deux sites : Parcours usagers avec secrétaire d'accueil + un personnel soignant - Albigny	X		
16H00-17H00	Projet personnalisé résident: unité "Santal 1"		X	
16H00-17H00	Parcours résidents avec Salariés et projet ind- Unité "Faubourg" Chasselay			X
17H00 - 18H00	Rencontre avec Résidents (4 à 5 résidents entretien collectif) Site Albigny	X		
17H00 - 18H00	EHPAD : Rencontre avec Resp. Qualité-Gestion des risques + Hygiène		X	
17H00 - 18H00	Rencontre médecin coordonnateur - Chauviret			X
18H00 - 18H30	Consultation documentaire	X	X	X
18H30-19H30	Rencontre avec Résidents en salles à manger	X	X	X
19H30-21H00	Pause + Synthèse EV	X	X	X
21H00-22H00	Visite de nuit sur les deux sites - Chasselay - Chauviret	X	X	X



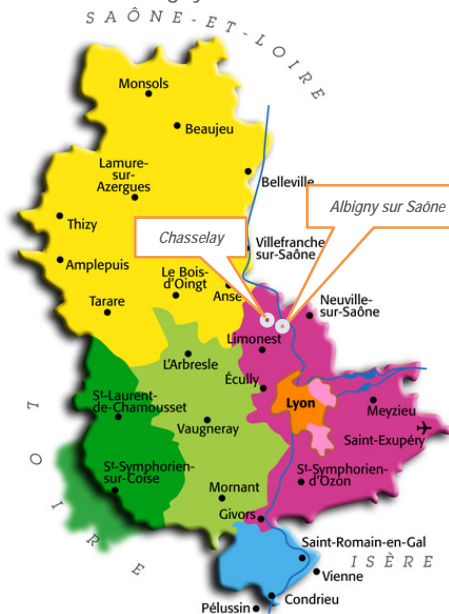
2eme jour - Mardi 24 mars 2015				
Horaires	Activités - EHPAD	GB	NN	AL
8H30-9H00	Bilan avec le COPIL EHPAD restreint	X	X	X
9H- 10H30	Rencontre avec Directeur : le Projet ets. et l'ouverture de l'EHPAD	X		
9H- 10H30	Dossier et projet personnalisé EHPAD site Albigny		X	
9H- 10H30	Dossier et projet personnalisé EHPAD site Chasselay			X
10H30-11H30	Rencontre avec animation + Bénévoles "Baskettes et charentaises (Pour les deux sites)	X		
10H30-11H30	Rencontre avec Equipe de soins unité "Santal"		X	
10H30-11H30	Rencontre avec Équipe soins unité "Garenes"			X
11H30- 12H30	Synthèse EV et consultation Documentaire	X	X	X
12H30 - 13H30	Pause	X	X	X
13H30-14H00	Rencontre mandataire judiciaire	X		
13H30-14H00	Rencontre resp. services techniques		X	
13H30-15H00	Rencontre pharmacien. Le circuit du médicament			X
14H00-15H00	Rencontre avec les psychologues (1/ site)	X		
14H00-15H00	Rencontre avec resp. restauration + Diététicienne		X	
15H00-16H00	Rencontre avec Resp.qualité : l'évaluation interne	X		
15H00-16H00	Rencontre équipe de rééducation ( <i>kiné, ergo, APA</i> )		X	
15H00-16H00	Entretien avec médecin prescripteur salarié (Albigny)			X
16H00-17H00	Rencontre avec Résidents (4 à 5 résidents entretien collectif) Site Chasselay	X		
16h00-17h00	Equipe de soins unité "Vallon"		X	
16H00-17H00	Consultation Documentaire			X
16H30-18H00	Projet personnalisé résident: unité "Chauviré"		X	
17H00-18H00	Consultation Documentaire	X		X
18h00 - 18h30	Synthèse EV	X	X	X

3ème jour - Mercredi 25 mars 2015				
Horaires	Activités - EHPAD	GB	NN	AL
8H30-9H00	Bilan avec COPIL EHPAD	X	X	X
9H00-10H00	Rencontre avec membres du CVS	X		
9H00-10H00	Rencontre avec membres du CVS (Chasselay)		X	
9H00-10H00	Entretien avec médecin prescripteur salarié (Chasselay)			X
10H00-11H00	Rencontre Assistante sociale	X		
10H00-11H00	Rencontre Cadre Supérieur		X	
10H00-11H00	Rencontre Funérarium			X
11H00-11H45	MAJ questionnaire évaluation	X	X	X
11h45 - 12h15	Synthèse EV et consultation Documentaire	X	X	X
12 h 15- 13 h 00	Pause	X	X	X
13 h 00- 13 h 45	MAJ questionnaire évaluation	X	X	X
13 h 45 - 14 h 30	Préparation Restitution	X	X	X
14 h 30 - 15 h 00	Restitution			
15 h 00 - 15 h 30	Bilan avec COPIL			

# PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

## Situation géographique

Le Centre Hospitalier Gériatrique Albigny-sur-Saône comprend un secteur EHPAD répartis sur deux communes : Albigny-sur-Saône et Chasselay, distantes de 6 kms.



Albigny-sur-Saône est situé sur la rive droite de la Saône, à l'extrémité nord-est des Monts d'Or lyonnais. Albigny-sur-Saône est à 15 kilomètres au nord du centre de Lyon et à 10 kms du quartier de Lyon Vaise.

Le Centre Hospitalier Gériatrique Albigny-sur-Saône est situé dans un cadre agréable.

Les espaces verts font l'objet d'une attention particulière et l'équipe des trois jardiniers développe une approche esthétique et écologique de ces espaces.

## Historique et organisation

Le Centre Hospitalier du Mont d'Or est l'un de plus grands hôpitaux gériatriques de la région lyonnaise. Cet ancien hospice est converti en hôpital destiné à l'accueil des personnes âgées à la fin des années 1970. Implanté tout d'abord sur la commune Albigny-sur-Saône, à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, dans un cadre agréable et facilement accessible par les transports en commun, il s'enrichit du site de Chasselay.

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), d'une capacité d'accueil totale de 352 lits, sont installés dans quatre bâtiments construits entre 1970 et 2009.

### Albigny-sur-Saône

- Unité DAHLIA (1967) : 37 lits EHPAD en rez-de-chaussée.
- Bâtiment « Jacques Chauviré » : (2009) : distant de 500 m du CHG
  - Rez-de-chaussée : 4 unités de 11 lits réparties en 3 Unité Spécifique Alzheimer et une Unité d'Hébergement Renforcé.
  - 1<sup>er</sup> étage : 12 lits d'EHPAD
  - 2<sup>ème</sup> étage : 49 lits d'EHPAD



- Bâtiment « Santal » (1967) distant de 800 m du CHG
  - 57 lits d'EHPAD répartis sur deux étages.

Chasselay :

- Le Val d'Or (1995)
  - unités de 51 lits
  - PASA de 12 places.

Des chambres doubles sont présentes dans tous les bâtiments.

## Statut fonctionnement

Le Centre Hospitalier Gériatrique a une capacité totale de 633 lits et places :

- 21 lits de Médecine gériatrique,
- 170 lits de SSR gériatriques, dont une unité de 16 lits dédiée aux résidents atteints de troubles cognitifs,
- 5 places d'Hôpital de Jour de SSR gériatrique,
- Une consultation mémoire et une équipe mobile de gériatrie à compétence psychiatrique,
- 85 lits d'USLD, dont 12 lits d'UHR-USLD
- **352 lits d'EHPAD dont 12 lits d'UHR-EHPAD et un PASA.**

La dernière autorisation est celle en date du 2 août 2012 (Arrêté ARS 2012/1221- arrêté départemental ARCG-PADAE 2012-2015) fixant les capacités médico-sociales (personnes âgées dépendantes) à 352 places (hébergement complet) réparties sur 2 sites (Albigny et Chasselay).

La première convention tripartite valant autorisation d'héberger des personnes âgées dépendantes et habilitation à l'Aide Sociale Départementale a été signée pour la période 2007-2012.

Le projet d'avenant 2012-2017, déposé en avril 2011 auprès des tutelles concernées n'a pas été examiné, alors que le champ de la nouvelle convention, qui porte sur les 352 lits actuels, n'a rien de comparable avec celui de la convention initiale qui portait sur 89 lits de « cure médicale ».

L'établissement souhaite en conséquence actualiser cette convention en 2015.

Le Centre Hospitalier Gériatrique co-anime la filière gérontologique Lyon Nord dont il est un référent avec le Conseil Général.

Le secrétariat de la filière se trouve dans les locaux du CHG.

La filière est active avec 50 à 60 participants à chaque réunion trimestrielle. Les médecins généralistes du secteur participent à la filière ainsi que les représentants de la prise en charge à domicile pour une meilleure connaissance de l'offre et une meilleure orientation dans le parcours de santé.

La filière interne au Centre Hospitalier Gériatrique joue un rôle important pour l'orientation et l'accueil des personnes âgées. Des transferts s'opèrent entre l'hôpital et l'EHPAD et cette possibilité est expliquée aux personnes concernées dès l'accueil.

La zone d'intervention du CHG s'étend sur un bassin de santé comptant 200 000 habitants entre Trévoux, Lyon 4 et Caluire et Cuire.

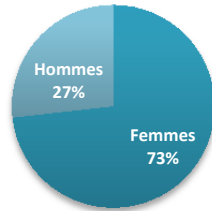
## La population accueillie

L'EHPAD accueille des personnes en perte d'autonomie, avec une fragilité, induite par la diminution des réserves fonctionnelles liées à l'âge et/ou aux maladies chroniques et par la prise en charge, elle propose :

- Une approche médicale, psychologique et sociale,
- Une forte dimension relationnelle pour mobiliser toutes les capacités existantes,
- Une coordination de l'équipe pluridisciplinaire.



### *Quelques chiffres*



Age moyen Femmes : 85,2 ans  
Age moyen Hommes : 81,8 ans  
Age moyen d'entrée au cours des 12 derniers mois : 84,3 ans

### *Motif d'entrée*

75,6 % des admissions proviennent des SSR gériatriques du Centre Hospitalier Gériatrique, 12,6 % sont des réorientations, temporaires ou définitives, en provenance d'autres unités EHPAD du centre hospitalier de l'établissement, 11,4 % proviennent du domicile y compris les EHPAD environnants, ou d'autres établissements.

Le GIR Moyen Pondéré (GMP) de l'ensemble se situe à un niveau élevé (817 en septembre 2014), il est relativement stable depuis quelques années, autour de 820.

Toutefois, il existe des écarts suivant les orientations des unités, également assez stables actuellement, les unités du site du Val d'Or atteignent 850-860, celles d'Albigny, elles-mêmes assez contrastées, ne dépassent guère 800.

L'indicateur PATHOS (PMP) est à 206 en septembre 2014 avec un taux de résidents « SMTI » (nécessitant des Soins Médico-Techniques Intensifs) de 12%.

## Des projets

L'établissement réfléchi à un projet de reconstruction dans les années à venir pour les bâtiments Dahlia et Santal dont la construction date de 1967 et ne correspond plus aux exigences de qualité actuelles.

L'établissement hospitalier gériatrique prévoit la construction de son prochain projet d'établissement en dissociant les secteurs sanitaire et médico-social.

Au préalable, un séminaire médico-social sera organisé pour l'ensemble des professionnels qui permettra de repréciser les valeurs et les exigences de l'accueil en secteur EHPAD.

Dans ce cadre, un projet d'hébergement temporaire sera étudié afin de compléter l'offre d'accueil de la filière gérontologique.

Le renouvellement de la convention tripartite est prévu pour 2015.

L'établissement a récemment constitué un Conseil d'éthique au niveau institutionnel.

Le Conseil est composé par un référent éthique de chaque service, un médecin, un IDE, l'assistante sociale, un psychologue, un juriste et un représentant des usagers.

Le groupe souhaite s'adjoindre les compétences d'un psychiatre.

Les réunions du Conseil d'éthique sont programmées tous les quatrièmes jeudi du mois, tous les deux mois.

Les professionnels soumettront au Conseil d'éthique les cas les plus difficiles.

# DEMARCHE QUALITE ET D'EVALUATION INTERNE

## Historique et organisation de la démarche qualité

### Pilotage de la démarche

L'évaluation interne du département des EHPAD du Centre Hospitalier Gériatrique du Mont d'Or trouve son origine dans la réglementation en vigueur :

- La circulaire DGCS/SD5C no 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 médico-sociaux.
- Le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.
- Le renouvellement de la signature de la convention tripartite est attendu pour 2015 avec le nouveau partenaire Lyon Métropole Collectivité Publique remplaçant le Conseil Général.

L'établissement a initié la démarche qualité à partir de 2007. La démarche continue d'amélioration de la qualité est déployée dans le centre hospitalier d'ALBIGNY dans le secteur sanitaire et médico-social.

Le management de la qualité est piloté par le « service qualité » qui comprend un praticien hospitalier hygiéniste, chef de service, une qualitiennne chargée du secteur médico-social, d'un cadre de santé hygiéniste et d'une secrétaire.

Une démarche d'évaluation de la qualité avait été conduite à partir du référentiel d'évaluation ANGELIQUE.

Pour la mise en œuvre de l'évaluation interne en 2014, un Comité de Pilotage (COFIL) est constitué. Il a pour mission le pilotage de la démarche d'évaluation interne : élaboration du référentiel interne, analyse des écarts entre le terrain et les critères retenus, priorisation des actions d'amélioration.

Par ailleurs, il organise et favorise la participation des professionnels à la démarche d'évaluation et à la compréhension du référentiel interne.

Sont présent au COFIL : le Directeur, la qualitiennne, le médecin coordonnateur, la directrice des soins, le médecin EHPAD, la cadre supérieur de santé, la cadre de santé, un psychologue, une animatrice, une infirmière, un Aide Médico-Psychologique, un Assistant de Soins en Gériatrie, un aide-soignant et un représentant des usagers.

La démarche d'évaluation interne s'est déroulée entre le 17 avril 2014 et le 22 décembre 2014.

Les différentes étapes se sont succédées en associant le plus grand nombre de professionnel, tous les métiers et toutes les catégories. Les participants ont été formés à l'utilisation du référentiel construit spécifiquement pour l'évaluation interne de l'EHPAD du CHG d'ALBIGNY-SUR-SAONE.

Pour l'évaluation interne 2014, l'établissement a fait le choix d'élaborer un référentiel propre à l'établissement en tenant compte de ses particularités.

La première étape de l'évaluation interne a donc consisté en la rédaction du référentiel interne de l'établissement par les membres du COFIL.

Ainsi le référentiel interne du Centre Hospitalier du Mont d'Or lui est propre et présente la description du niveau de qualité attendu pour chaque critère.

## L'évaluation interne

L'auto-évaluation est suivie et coordonnée par la Qualiticienne de l'établissement.

La démarche d'évaluation interne déployée sur l'établissement a été une démarche collective, impliquant l'ensemble des acteurs dans les groupes d'auto-évaluation :

- Les agents de différentes catégories professionnels et services (soins, logistiques, administratifs)
- Les membres d'instances (CLUD, CLAN, COMEDIMS...) et divers groupes de travail
- Les membres élus des représentants des résidents et familles du Conseil de la Vie Sociale
- Les résidents, leurs familles et leurs proches dans l'appréciation du service

Au total, 15 Groupes d'auto-évaluation pluridisciplinaires se sont déployés utilisant des modalités de recueil des informations diverses : Interview de professionnels « experts », questionnaires et recueil d'indicateurs.

Les groupes de travail ont été constitués sur la base du volontariat suite à une information générale par note de service et à des sessions d'informations. Au total, **119 personnes** ont participé à l'auto-évaluation.

Une formation à destination de tous les professionnels inscrits aux groupes d'auto-évaluation a été mise en place. 57% des professionnels participant à la démarche d'auto-évaluation ont été formés.

Les groupes de travail avaient pour mission de recueillir les pratiques sur le terrain au regard de leur travail quotidien et en interrogeant des collègues d'autres services, de recueillir les documents utilisés, d'analyser les données fournies par les questionnaires.

La rédaction des éléments de réponse aux critères était réalisée lors de réunions des groupes d'auto-évaluation, un compte rendu de la réunion élaboré par la qualitiennne était adressé aux membres du groupe. Les groupes proposaient la cotation du critère et des actions d'amélioration.

Les thèmes des groupes de travail sont répartis comme suit : Garantie des droits individuels, Prévention et prise en charge de la douleur, Prévention et prise en charge des chutes, Prévention et prise en charge des escarres, Prévention et prise en charge de la dénutrition et déshydratation, Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement, Hygiène et linge, Contention, Prise en charge médicamenteuse, Continuité des soins, Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes dépendantes, Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale, Le projet personnalisé, Activités et maintien des liens sociaux, Fin de vie.

68 heures cumulées de réunions ont été nécessaires aux différents groupes d'auto-évaluation. Le taux de participation moyen aux réunions est de 74%.

## Suivi des décisions de la procédure d'évaluation interne

Le rapport d'évaluation interne a été transmis à l'ARS Rhône-Alpes et au Conseil Général du Rhône. Une présentation a été faite aux professionnels médico-sociaux du CHG et aux résidents à l'aide d'un diaporama sur chaque site d'hébergement (J. Chauviré, Santal, Dahlia et Val d'Or), ainsi qu'aux Conseils de la Vie Sociale et aux familles, à l'entourage et aux résidents sur une soirée sur la qualité en EHPAD.

Un PAQ construit et validé par le COPIL, à l'issue de l'évaluation interne, priorise les actions en fonction de cotations obtenues.

Les cotations s'échelonnent entre A et D. Les critères cotés D ou C font l'objet d'actions prioritaires visant dans un premier temps à ramener le résultat à B.

Le tableau du PAQ définit le thème, la source, l'action, l'objectif, l'échéance, le responsable de l'action, les indicateurs, les résultats, les supports d'action et l'état d'avancement avec un code couleur.

Le rapport d'évaluation interne comprend des fiches actions qui sont transmises au responsable en charge de sa mise en œuvre. Parallèlement, la qualitiennne est garante du suivi des actions et le COPIL réalise un bilan en fin d'année.



# CONSTATATIONS

Constitué des thèmes du décret de 2007, les constats vous sont présentés selon 4 axes :

## AXE 1 : Management de l'Établissement

- Thème 1 : Projet d'Établissement
- Thème 2 : Suivi de l'Évaluation Interne
- Thème 3 : Ressources Humaines
- Thème 4 : Ouverture de l'Établissement

## AXE 2 : Droits des Usagers et Politique de Bienveillance

- Thème 5 : Droits des Usagers
- Thème 6 : Bienveillance

## AXE 3 : Prise en charge de l'Usager

- Thème 7 : Attentes de la personne et projet personnalisé
- Thème 8 : Cohérence et continuité des actions et interventions
- Thème 9 : Application des bonnes pratiques de soins

## AXE 4 : Qualité et Risques

- Thème 10 : Démarche Qualité
- Thème 11 : Prévention des Risques

Chaque thème comporte un double indicateur, l'un colorimétrique et l'autre numérique, selon le tableau suivant :

Conformité $\geq$ 88%	L'établissement satisfait complètement aux exigences de l'ANESM concernant le thème
Conformité de 69 à 87%	L'établissement satisfait globalement aux exigences de l'ANESM et doit poursuivre sa dynamique sur le thème
Conformité de 45 à 68%	L'établissement satisfait à quelques exigences de l'ANESM et doit poursuivre ses efforts sur le thème
Conformité de 0 à 44%	L'établissement ne répond pas aux exigences de l'ANESM et doit mettre en place des actions sur ce thème.

# MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

## Thème 1 : Projet d'Établissement

### A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
1	1	Le Projet d'établissement est défini. Il comporte des objectifs.	Partiellement	Le projet institutionnel est écrit pour la période 2012-2016. Il définit 4 grandes orientations stratégiques. Le projet sera mis en œuvre en visant l'atteinte de 7 objectifs sur la base de 33 Actions. Le projet d'établissement pour la partie EHPAD est inclus dans le projet institutionnel, il compte trois actions spécifiques à l'EHPAD: création d'une unité d'hébergement renforcée et du PASA, création d'un accueil de nuit EHPAD et mise en œuvre du projet individualisé.
1	2	Le Projet d'établissement a été approuvé par le Conseil d'Administration.	Oui	Le projet institutionnel a été présenté au Conseil d'Administration/ qui l'a approuvé.
1	3	Il prend en compte les orientations des politiques sociales et médico-sociales.	Oui	Le projet institutionnel prend en compte les orientations des politiques sociales et médico-sociales notamment par l'affirmation du rôle du CH dans la filière gériatrique.
1	4	Il comprend des axes en lien avec les droits des usagers.	Partiellement	Le projet comprend une seule fiche action en lien avec les droits des usagers visant la mise en œuvre du projet personnalisé en EHPAD.
1	5	Les missions imparties et les besoins du territoire ont été pris en compte dans la définition des orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	Les grandes orientations stratégiques du projet institutionnel prennent en compte les besoins du territoire et ses missions imparties. 1: affirmation du rôle du Centre Hospitalier dans la filière gériatrique Lyon Nord; 2: La diversification de l'activité du Centre Hospitalier; 3: le projet de soins infirmier, de rééducation et médicotéchniques; 4: le projet de gestion du Centre Hospitalier.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
1	6	Les objectifs sont cohérents au regard de la vocation et des valeurs de l'Établissement.	Oui	Les objectifs du projet institutionnel découlent naturellement de la volonté de l'établissement de s'inscrire dans la filière personne âgée pour assurer la cohérence du dispositif et accompagner des résidents dans un service de qualité et en sécurité. Le Centre Hospitalier est profondément attaché aux valeurs du service public.
1	7	Ils sont pertinents en regard des moyens humains et financiers en place.	Oui	Les projets concernant l'EHPAD tiennent compte des moyens humains et financiers. Les projets UHR et PASA ont bénéficié des moyens nouveaux nécessaires au fonctionnement des unités.
1	8	Les objectifs opérationnels prioritaires issus des orientations stratégiques sont définis.	Oui	les objectifs opérationnels sont définis en grande partie pour les trois actions spécifiques à l'EHPAD. Un plan d'action simple est inscrit pour la création des UHR et PASA, toutefois ces deux projets ont fait l'objet de projets spécifiques détaillés.
1	9	Les modalités de leur mise en œuvre sont précisées.	Partiellement	La fiche action comprend les objectifs et motivations, le plan d'action et les indicateurs de suivi. Les modalités de mise en œuvre ne sont pas précisées de façon détaillée.
1	10	Les objectifs sont mesurables.	Oui	Les indicateurs de suivi sont définis pour les actions pour permettre de mesurer l'atteinte des objectifs.
1	11	L'établissement évalue l'atteinte des objectifs et de leurs effets (prévus, non prévus, positifs, négatifs).	Oui	La réalisation du projet institutionnel est suivie dans le cadre du Comité de Pilotage du Centre Hospitalier.
1	12	L'établissement a associé les usagers, leur famille, les professionnels et intervenants (internes et externes) lors de l'élaboration du projet d'établissement (questionnaire, entretien, ...).	Oui	Le projet institutionnel a été élaboré avec la participation des professionnels. Des questionnaires de satisfactions ont permis de recueillir les attentes du plus grand nombre. Les différentes instances ont été associées à la démarche pour participer à la construction et pour la validation.
1	13	Le projet fait apparaître clairement le rôle de la direction, des instances délibératives et consultatives, et des responsables dans les orientations stratégiques (projet d'établissement).	Partiellement	Chaque fiche action relative à l'EHPAD permet d'identifier le professionnel responsable de la mise en œuvre du projet.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
1	14	Les instances et les responsables ont bénéficié d'actions d'information sur la définition des orientations stratégiques.	Oui	Le projet institutionnel fait l'objet d'actions d'information auprès des professionnels et des instances concernées.

## B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	10
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	4
Nombre de " Non "	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>81%</b>

### *Synthèse :*

- L'établissement a élaboré un projet institutionnel pour la période 2012-2016.
- Son élaboration a respecté les règles de participation des différents acteurs, de participation des instances et de communication.
- Le projet de l'EHPAD n'est pas distinct du projet du Centre Hospitalier.
- Trois actions concernent l'EHPAD: la création d'une UHR et d'un PASA, la création de deux places d'accueil de nuit et la mise en œuvre du projet individualisé.
- L'EHPAD bénéficie largement de l'organisation hospitalière qui lui confère un niveau élevé de qualité de prise en soins.
- Toutefois, il est indispensable que le secteur de l'EHPAD développe l'aspect lieu de vie en élaborant un projet d'établissement EHPAD différent du secteur sanitaire et plus centré sur les attentes de la personne âgée hébergée jusqu'à la fin de vie.

### *Personnes rencontrées, observations et documents consultés*

- **Personnes ressources :** Direction, Encadrement, Représentant des usagers, professionnels, usagers
- **Documents :** Projet d'établissement, Plan d'amélioration de la qualité, Convention et participation à des réseaux, CR du CVS

|

## Thème 2 : Suivi de l'Évaluation Interne

### A - Constats

Ref.	Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
2 1	Un référentiel d'EI a été utilisé pour réaliser le diagnostic. Ce référentiel couvre l'ensemble des domaines de l'EI de la recommandation de l'ANESM	Oui	Le référentiel utilisé pour réaliser l'évaluation interne a été construit par la Qualificienne et validé par le COPIL à partir des recommandations de l'ANESM.
2 2	L'autoévaluation a été effectuée par les professionnels	Oui	L'ensemble des professionnels a été invité à participer à l'évaluation interne. Au total ce sont 68 heures de réunion pour 15 groupes de travail qui ont permis de conduire l'évaluation. Au préalable, les professionnels ont bénéficié d'une formation relative aux outils de recueil et au référentiel.
2 3	Les résultats de l'EI sont clairs pour chaque domaine évalué	Oui	Chaque critère évalué fait apparaître clairement les points forts et les points amélioration.
2 4	Les objectifs prioritaires sont pertinents en regard des résultats de l'EI	Oui	Le choix de priorisation des actions à mettre en œuvre est directement lié au résultat et donc à la cotation variant de A à D. À savoir: faire évoluer les critères cotés D et C vers une cotation B. Des actions sont prioritaires pour les critères cotés D et les actions des critères cotés C sont priorisées en fonction de leur faisabilité sur l'année 2015.
2 5	Le plan d'amélioration de la qualité est élaboré suite à l'EI	Oui	Le PAQ est élaboré qui prend en compte chaque point d'amélioration noté dans le rapport d'évaluation interne.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
2	6	Des actions d'information sur le PACQ ont eu lieu.	Oui	L'information concernant le PAQ de l'évaluation interne a été donnée aux professionnels médico-sociaux du CHG et aux résidents à l'aide d'un diaporama sur site ainsi qu'aux membres des Conseils de la Vie Sociale. Puis aux familles, aux résidents et aux proches lors d'une soirée organisée sur le thème de la qualité en EHPAD.
2	7	Les modalités de suivi des actions sont définies	Oui	Pour chaque action d'amélioration décidée par le COPIL, une fiche action est créée. Chaque fiche décrit les objectifs de l'action et nomme un responsable de sa mise en œuvre. Les actions retenues dans le plan intermédiaire d'amélioration de la qualité sont programmées sur l'année 2015.
2	8	Les indicateurs de l'ANESM sont intégrés à la démarche d'évaluation interne.	Oui	L'ensemble des indicateurs de l'ANESM sont pris en compte et évalués.
2	9	L'implication des acteurs de l'institution dans la démarche d'évaluation interne est effective	Oui	La démarche d'évaluation interne déployée sur l'établissement est une démarche collective qui implique l'ensemble des acteurs concernés. Les professionnels et les usagers ont été associés à chaque étape et dans les différents groupes au cours de la démarche d'évaluation interne. Participation d'agents des différents services (soins, logistiques ou administratifs) et de différentes catégories professionnelles aux groupes d'auto-évaluation. Participation de membres d'instances (CLUD, CLAN, COMEDIMS...) et divers groupes de travail aux groupes d'auto-évaluation. Participation des résidents, de leurs familles et proches : membres élus représentants des résidents et familles du Conseil de la Vie Sociale. Recueil de données auprès des résidents et familles par le biais de questionnaires.
2	10	Le plan d'amélioration est mis en œuvre. Il est suivi et les actions sont évaluées (mise en œuvre, suivi des échéances, bilan ...)	Oui	Le PAQ issu de l'évaluation interne est suivi par le COPIL. L'établissement a prévu de poursuivre la démarche d'évaluation interne chaque année à partir des groupes de travail constitués.

## B - Synthèse du thème

<b>Nombre de "Oui"</b>	10
<b>Nombre de "En grande partie"</b>	0
<b>Nombre de "Partiellement"</b>	0
<b>Nombre de " Non "</b>	0
<b>Nombre de "NA "</b>	0
<b>Score du thème :</b>	100%

### *Synthèse :*

- La démarche d'évaluation interne a été conduite de façon exemplaire.
- La création d'un poste de qualicien pour le secteur de l'EHPAD en septembre 2013 contribue largement à la qualité de la démarche.
- La démarche d'évaluation fait partie du fonctionnement de l'établissement qui depuis 2007 a débuté avec la grille d'évaluation Angélique.
- L'ensemble des professionnels, des usagers et des proches a été associé à la démarche.
- Toutes les instances ont participé ou ont été informées.
- Une opération de communication organisée en fin de parcours permet à tous les acteurs de connaître la suite réservée à l'évaluation interne et les actions d'améliorations définies.

### *Personnes rencontrées, observations et documents consultés*

- **Personnes ressources :** Pilotes de l'évaluation interne, personnel des différentes catégories professionnelles, direction
- **Documents :** Rapport de l'évaluation interne, référentiel utilisé, tableau de suivi des actions, comptes rendus CVS, CR CA, projet d'établissement.
- **Indicateurs :** Plan d'actions issu de l'EI



## Thème 3 : Ressources Humaines

### A - Constats

Ref.	Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
3 1	Le projet de l'établissement tient compte de l'évolution de la population accompagnée dans ses besoins d'adaptation à l'emploi	En grande partie	Le projet de l'institution tient compte de l'évolution de la population du Grand Lyon pour l'évolution du Centre Hospitalier. L'EHPAD est naturellement concernée comme étant une offre de prise en charge possible dans le parcours de la personne âgée.
3 2	Le projet social repose sur une réflexion collective (groupe de parole, groupe de travail ...)	Oui	Le projet social est issu d'une réflexion en groupe de travail et en CHSCT. La réflexion a été proposée à l'ensemble des professionnels dans le cadre de la démarche de projet institutionnel.
3 3	L'établissement dispose d'un bilan social intégrant des indicateurs sociaux	Oui	Un bilan social est établi annuellement qui concerne l'ensemble de l'établissement hospitalier dont les différents services d'EHPAD. Le bilan social intègre les 23 indicateurs réglementaires.
3 4	Il existe des documents précisant les « caractéristiques » de la population accueillie servant à structurer le recrutement.	Oui	Les caractéristiques de la population accueillie sont repérées par le biais du GMP et du PMP. Le test NPIES est utilisé régulièrement afin de déterminer les orientations des résidents vers le PASA.
3 5	L'établissement dispose d'outils de repérage et d'analyse des besoins, des ressources, des potentialités des populations accompagnées, ainsi que de leurs vulnérabilités et des risques liés à des pratiques inadaptées, voire nocives (le degré d'autonomie, les déficits, les manifestations comportementales, les modes de communication ...), utilisés dans le cadre de la gestion des métiers et compétences.	Oui	Les différents outils de repérages des besoins et des potentialités des populations accueillis sont utilisés et suivis par l'encadrement. L'évolution des métiers et des compétences découle de ces données, il en est tenu compte dans le choix de spécialité, de parcours et d'expérience professionnelle pour le recrutement et dans l'élaboration des plans de formation diplômante en interne.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
3	6	L'Établissement dispose d'indicateurs de travail. Ces indicateurs servent à la mise en place d'actions spécifiques en termes de Gestion de Ressources Humaines	Oui	le bilan social informe sur la nécessité de mettre en place des actions en terme de gestion de ressources humaines. Les indicateurs de travail portent entre autres, sur la gestion du temps dont absentéisme et turn-over, le dialogue social et la santé et sécurité au travail dont accidents du travail, maladies professionnelles.
3	7	L'établissement a organisé une veille sur l'évolution des connaissances relatives aux populations accueillies (abonnement presse professionnel, participation colloque, accès aux recommandations ...)	En grande partie	Chaque année des professionnels de l'EHPAD participe à la journée de formation du FARAP. La participation à des colloques est possible sur demande. Des abonnements à des revues professionnelles existent pour toutes les catégories professionnelles : AS, AMP, IDE. Un abonnement à la revue 'Cadre de santé' est prévu. L'établissement est également abonné au comité de lecture des HCL ce qui lui permet mensuellement de bénéficier d'articles en lien avec l'actualité des professions de santé exerçant en secteur sanitaire et médico-social. Une convention est prise avec le CH du Mont d'or pour l'accès documentaire des psychologues (2015 - 'psychodoc') Une rencontre est organisée 6 fois par an avec un avocat qui porte sur les droits et obligations des agents du service public dont les obligations de discrétion et confidentialité.
3	8	Les fiches de poste sont rédigées, actualisées et intègrent les compétences requises	Oui	Les fiches de poste existent et sont en cours de réactualisation. Dans ce domaine, un travail d'accompagnement est en cours avec l'ANFH. Les fiches de poste des soignants doivent être mises à jour et d'autres sont à créer.
3	9	L'établissement dispose et utilise des grilles d'évaluation des compétences en regard de la population accueillie	Oui	L'établissement utilise des grilles d'évaluation des compétences pour l'ensemble des professionnels de l'EHPAD qui s'appuient sur le besoin de la population.
3	10	Il existe un dispositif d'accueil formalisé et mis en œuvre du nouveau professionnel	Oui	Un dispositif d'accueil du nouveau salarié existe qui comprend une commission de recrutement, des journées d'accueil des nouveaux salariés, une évaluation et un suivi par le responsable de service. Il convient de formaliser le dispositif d'accueil.
3	11	À la fin de la période d'intégration d'un nouveau professionnel, l'encadrement organise un entretien / bilan.	Oui	L'intégration d'un nouveau salarié fait l'objet d'un suivi régulier par le cadre de santé ou le responsable de service.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
3	12	il existe des temps d'échanges identifiés entre professionnels pour parler de la pratique professionnelle (groupe de travail ...)	Partiellement	Un professeur en psychologie intervient 1 fois tous les deux mois auprès de l'équipe professionnelle de l'Unité Spécifique Alzheimer pour aider à l'analyse des pratiques sur des situations difficiles. La pratique a été proposée aux autres services du site d'Albigny qui n'ont pas donné suite, privilégiant pour certains l'analyse des pratiques en équipe pluridisciplinaire avec l'éclairage du psychologue clinicien de l'unité ou le médecin coordonnateur. Durant une année (2012-2013), l'équipe soignante du Val d'Or a bénéficié à l'initiative de la direction et de la direction des soins, à raison d'1 fois par mois, d'une supervision par un psychologue spécialisé dans ce domaine. L'équipe n'a pas souhaité renouveler l'expérience.
3	13	La construction du plan de formation tient compte des entretiens annuels de formation	Oui	Le plan de formation est élaboré à partir des vœux des professionnels recueillis au cours de l'entretien annuel d'évaluation. Le plan est validé par le CTE.
3	14	L'épuisement professionnel est évalué. Il est pris en compte dans la gestion des ressources humaines et le plan de formation.	Oui	Le CHSCT et le médecin du travail exercent leur rôle sur le thème en alertant sur des situations à risques par voie de mail, lors de réunion ou en provoquant des rencontres avec la direction. L'encadrement est attentif aux demandes d'aménagement de poste de travail ou de reclassement. L'établissement a signé un CLACT en mars 2015 sur les actions de prévention des TMS et la qualité de vie au travail. Ce travail sera préparé en 2015 avec la constitution d'un COPIL qui sera formé à la démarche. En 2016, un diagnostic sera établi par métier et par service. À la suite, un groupe de travail sera en charge d'établir un plan de prévention des risques psycho-sociaux élargi à la qualité de vie au travail.

## B - Synthèse du thème

<b>Nombre de "Oui"</b>	11
<b>Nombre de "En grande partie"</b>	2
<b>Nombre de "Partiellement"</b>	1
<b>Nombre de " Non "</b>	0
<b>Nombre de "NA"</b>	0
<b>Score du thème :</b>	90%

### *Synthèse*

- Le service des ressources humaines est organisé pour l'ensemble du Centre Hospitalier.
- le bilan social est établi pour l'ensemble de l'établissement sans distinction entre le secteur sanitaire et l'EHPAD. par conséquent, il n'est pas possible de connaître avec exactitudes les caractéristiques relatives au personnel du médico-social.
- Un CLACT est signé en 2015 avec l'ARS pour développer la prévention des TMS et la qualité de vie au travail.
- Il est indispensable que l'établissement gère les ressources humaines de l'EHPAD indépendamment du secteur sanitaire pour un meilleur suivi et accompagnement du personnel et la mise en adéquation avec les besoins spécifiques de la population.

### *Personnes rencontrées, observations et documents consultés*

- **Personnes ressources** : directeur, responsable des ressources humaines, professionnels nouveaux et anciens
- **Documents** : Bilan social, fiches de postes, plannings, plan de formation
- **Indicateurs** : taux d'absentéisme ou de présentéisme, taux de formation

## Thème 4 : Ouverture de l'Établissement

### A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
4	1	La politique d'établissement favorise l'ouverture sur l'extérieur.	Oui	L'établissement affirme sa volonté d'ouverture par son positionnement de co-pilote dans l'organisation de la filière gérontologique Lyon Nord basée dans ses locaux. Les conventions de partenariat sont nombreuses dans le domaine des soins et de l'animation. Il existe un partenariat fort avec la Ville dans le cadre d'actions communes avec la crèche et de rencontres avec les conscrits. Des associations interviennent auprès des résidents; JALMAV, Les petits frères des pauvres, association "baskets et charentaises". L'école Montessori installée dans l'enceinte de l'établissement permet des rencontres intergénérationnelles.
4	2	Le dispositif architectural de l'Établissement facilite les rencontres	En grande partie	L'EHPAD réparti sur quatre sites n'offre pas la même qualité d'hébergement aux différents endroits. Les chambres doubles sont présentes en grand nombre dans tous les bâtiments. La Val D'Or possède un large espace d'accueil avec bar ouvert toute la journée pour les usagers et les visiteurs.
4	3	Des dispositifs de communication (accès internet, boîte aux lettres ...) existent	Oui	Les dispositifs de communication sont organisés. Panneaux d'affichage, personnels en lien direct avec les résidents: assistante sociale, animatrices.
4	4	Il existe des échanges entre établissements	Oui	Le Centre Hospitalier Gériatrique compte quatre sites d'hébergement. Des animations sont organisées en commun et les grandes manifestations sont proposées à l'ensemble.
4	5	La vie culturelle est présente dans l'établissement (manifestation, exposition, ...)	Oui	Les fêtes calendaires et les anniversaires fêtes mensuellement donnent lieu à des spectacles culturels.

Ref.	Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
4 6	L'établissement facilite les échanges et/ou la visite de l'entourage en garantissant une certaine intimité (chambre spacieuse, espace dédié aux rencontres avec l'entourage, ...)	En grande partie	Les quatre sites d'EHPAD n'offrent pas les mêmes facilités de par leur architecture et leur date de construction. Le Val d'Or construit en 1995, a un hall d'accueil vaste, fleuri et animé avec le self largement ouvert aux usagers. Le site Jacques Chauviré construit en 2009 offre des espaces de rencontres lumineux et des salles pour les familles. Les autres sites construits dans les années 1970 ne disposent pas d'espace d'accueil convivial. Dans les quatre bâtiments on retrouve des chambres doubles et de nombreuses salles dédiées aux rencontres familiales.
4 7	Il existe des chartes, des contrats, des conventions contractualisées et actualisées	Oui	toutes les actions en partenariat font l'objet de conventions dans le cadre de la filière gérontologique, de l'animation ou l'accompagnement fin de vie.
4 8	L'établissement met en œuvre des dispositifs permettant d'encourager les adultes accueillis à connaître et exercer leurs droits de citoyen	Oui	Deux CVS sont constitués et les usagers sont représentés. Les documents réglementaires remis à l'accueil donnent les informations nécessaires sur les droits de citoyen. L'établissement emploie une assistante sociale et un mandataire judiciaire. Lors des élections, le vote par procuration est proposé et organisé.
4 9	L'architecture favorise l'autonomie et la sécurité des résidents et la liberté de circuler.	Oui	Les bâtiments sont agencés de façon à permettre la liberté de circuler en sécurité. Espaces vastes équipés de mains courantes, dispositif de sécurité aux sorties principales avec patch détecteur dans la chaussure du résident à risque de fugue.
4 10	L'établissement initie des démarches facilitant le « vivre ensemble » (opération "portes ouvertes", fête de la musique, fête des voisins ...)	Oui	Le programme d'animation est riche et varié, il comprend des actions intergénérationnelles, des sorties, des temps de rencontre et partage... Une association d'artistes, hébergée dans les locaux de l'établissement "animagic", offre des animations diverses aux résidents: cirque, magie, danse... La fête de la musique et le marché de Noël ouvert à l'extérieur sont des animations importantes.
4 11	Le CVS assure sa mission concernant le thème	Oui	Les deux CVS se réunissent régulièrement et sont intéressés à la question de l'ouverture sur l'extérieur et aux animations.
4 12	Des enquêtes auprès des partenaires sont réalisées	Non	Les partenaires ne sont pas systématiquement consultés pour l'évaluation des partenariats.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
4	13	Des enquêtes auprès des usagers sont réalisées	Oui	Les usagers sont consultés régulièrement par voie d'enquête de satisfaction. Le service animation recueille les attentes des résidents et la satisfaction sur les propositions faites.
4	14	Les résultats de ces évaluations sont utilisés	Oui	Les résultats sont utilisés pour enrichir le PAQ et pour établir ou consolider le programme d'animation.

## B - Synthèse du thème

<b>Nombre de "Oui"</b>	11
<b>Nombre de "En grande partie"</b>	2
<b>Nombre de "Partiellement"</b>	0
<b>Nombre de " Non"</b>	1
<b>Nombre de "NA"</b>	0
<b>Score du thème :</b>	88%

### *Synthèse*

- L'établissement a une large ouverture sur son environnement.
- La filière gérontologique de Lyon Nord est organisée à partir du CHG d'Albigny ce qui impulse une dynamique de partenariat forte pour l'établissement.
- Le programme d'animation est riche et les partenariats multiples.
- Le projet d'animation est construit avec des objectifs clairement définis.
- Toutefois, les résidents et familles rencontrés déplorent un manque d'animation dans les structures.
- Deux animatrices embauchées à 1,9 ETP se répartissent la mission et chacune a en charge le suivi de 215 résidents sur 7 unités.
- Les moyens humains dans le secteur animation ne semblent pas en adéquation avec la répartition de l'EHPAD sur 4 sites et le nombre de résident.
- L'organisation actuelle ne permet pas de prendre en compte la plus grande dépendance et le besoin accru d'accompagnement en plus petit groupe voir en individuel.

### *Personnes rencontrées, observations et documents consultés*

- **Personnes ressources** : directeur, deux animatrices, familles et résidents des deux CVS, bénévoles, résidents, professionnels
- **Documents** : conventions, planning d'animation, maquette livret d'accueil, CR du CV, rapport d'activité, rapport d'évaluation interne
- **Indicateurs** : conventions, taux de réponses aux CVS ...



# DROITS DES USAGERS ET POLITIQUE DE BIENTRAITANCE

## Thème 5 : Droits des Usagers

### A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5	1	L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accompagnée.	Oui	Dans les pratiques quotidiennes, l'exercice des droits et libertés individuels, est garanti à toute personne accompagnée. L'établissement est un centre de gérontologie de référence Les différents documents existants font référence aux conditions de vie et aux droits et libertés fondamentales des résidents.
5	2	Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa vie affective, de sa liberté de culte, de ses convictions religieuses et de sa sécurité sont assurés.	En grande partie	La personne accompagnée est respectée dans son intégrité en tant que personne unique. La visite de préadmission est la première occasion d'établir cette relation entre le résident et l'équipe. Sa vie privée et affective est respectée; le personnel est habitué à frapper avant d'entrer dans les chambres, qui ont été personnalisées pour la personne accueillie. Certains agents viennent de bénéficier récemment d'une formation intitulée « intimité et sexualité ». La liberté de culte de convictions religieuses est respectée. Toutes les demandes sont prises en compte et l'aumônerie établit les liens entre les différents cultes selon les situations afin d'apporter des informations utiles. La sécurité du résident est assurée (sécurité des biens et des bâtiments, pratiques professionnelles). Le personnel est attentif à la dignité de la personne accompagnée, toutefois, l'intimité est préservée autant que possible mais les chambres à deux lits ne sont pas équipées de paravents ou rideaux de séparation.

Ref.	Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5 3	Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes, lui est assuré.	NA	Compte tenu que l'EHPAD se trouve intégrée au centre hospitalier (SSR et USLD gériatrique), les médecins sont salariés de l'hôpital public et cette organisation ne donne pas l'accès au médecin traitant extérieur à l'établissement.
5 4	Un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins est assurée.	Oui	L'accompagnement est réalisé auprès du résident et repose sur un recueil de ses souhaits et besoins. Ce recueil est formalisé dans le Projet de Soins Individualisé avec des « cibles » d'entrées. Les membres de l'équipe pluri professionnelle se concertent pour définir cet accompagnement qui commence dès la visite de pré admission dans l'établissement Les données et bilans recueillis en soins de suite (la plupart des entrées proviennent des soins de suite), sont utilisés. L'établissement a une culture de soins en gérontologie. Il s'agit d'un accompagnement personnalisé axé sur la prise en charge pluriprofessionnelle.
5 5	La confidentialité des informations concernant l'usager est respectée.	En grande partie	cette confidentialité n'est pas totalement respectée, en particulier les portes de la salle de soin ou se trouvent différents documents concernant le résident, ces portes ne sont pas fermées et donc non sécurisées à la différence du bureau médical
5 6	Pour les personnes aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision, le consentement éclairé est systématiquement recherché (à défaut, le consentement de son représentant légal ou d'un proche doit être recherché).	Oui	Pour les personnes aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision, le consentement éclairé est recherché dès la visite de préadmission. La personne de confiance ou la personne à prévenir sont connues et sollicitées selon les situations. Une organisation calendaire de gestion des examens permet de rappeler au résident sa prise de sang ou radiologie ou autre examen ou consultation Le refus de soins est respecté et cette information est tracée dans le dossier du résident. La recherche du consentement auprès du résident ou son référent est réalisée.
5 7	L'accès à toute information ou document relatif à son accompagnement, sauf dispositions législatives contraires, est organisé	Oui	Le résident et son représentant accèdent aux diverses informations selon l'organisation de l'établissement : - Les agents du bureau des entrées, - Les assistantes sociales, - Les cadres de santé - Les affichages, - Les journaux internes, - Des plaquettes mises à disposition.

Ref.	Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5 8	Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition est réalisée.	Oui	C'est le service social du centre hospitalier qui gère en lien avec le responsable du bureau des entrées les informations et les actions à propos des droits fondamentaux et des protections particulières légales et contractuelles, ainsi que des voies de recours ( aide sociale, mesures de protection, APA, etc..).
5 9	La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal ou d'un proche à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne est effective.	Oui	Le projet d'accueil et de soins est pris en compte dès la visite de préadmission. Ensuite, dans les jours qui suivent l'entrée en EHPAD, les professionnels recueillent des informations auprès du résident et des proches pour définir et écrire le projet de soins individualisé (PSI).
5 10	Lors de son accueil, un livret d'accueil est remis à la personne ou à son représentant légal (ou à un proche) auquel sont annexés la charte des droits et libertés et le règlement de fonctionnement	En grande partie	Lors de la visite de préadmission, le livret d'accueil est donné à la personne admise dans l'établissement. C'est également le cas, si la personne est hospitalisée en soins de suite avant d'intégrer une des 3 structures EHPAD. La Charte de la personne hospitalisée et la charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante sont affichées dans les unités. Il est observé toutefois que le livret d'accueil est très centré sur le secteur sanitaire avec ses règles et interdictions et ne précise pas les spécificités de l'EHPAD. Il n'y a pas de livret d'accueil pour le secteur médico-social.
5 11	Un contrat de séjour est conclu, et un document individuel de prise en charge et d'accompagnement est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal ou d'un proche.	Oui	Il existe un contrat de séjour signé dès l'entrée. C'est le service administratif des admissions qui est en charge de cette contractualisation, par délégation du directeur.
5 12	Le contrat détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût.	Oui	La liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût est réactualisée et transmise avec la convention de séjour.

Ref.	Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5 13	Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.	En grande partie	La convention de séjour précise les objectifs et modalités de fonctionnement de l'EHPAD, les droits des résidents et les modalités relatives à l'accompagnement et la prise en charge médicale et soignante. Le « règlement de fonctionnement - secteur hébergement » complète cette information. Ces documents ont été rédigés en juin 2007 et le rapport d'évaluation interne fait état du besoin de réactualisation car certaines informations sont obsolètes.
5 14	L'organisation prend en compte les rythmes spécifiques des personnes accompagnées (endormissement, réveil, repas ...)	Oui	Le plan de soins individualisé (PSI) tient compte des rythmes spécifiques pour l'aide au lever et au coucher et les soins d'hygiène pour les personnes dépendantes bien que les soins et prestations d'accompagnement soient sectorisés selon les effectifs soignants présents.
5 15	Les conditions d'entretien et d'examen respectent la confidentialité (accueil approprié, etc.).	Oui	Les médecins peuvent recevoir dans leur bureau. Selon les différents lieux, il existe des salles d'examens. Les examens sont réalisés très souvent dans les chambres et il est en général tenu compte du résident voisin dans les chambres à deux lits.
5 16	Les pratiques des professionnels respectent le secret professionnel et la confidentialité concernant les informations personnelles, médicales et sociales des usagers (transmissions orales d'informations uniquement dans des lieux appropriés, etc.).	Partiellement	Les pratiques professionnelles respectent globalement le secret professionnel. Les transmissions sont réalisées dans les salles de relèves avec la porte fermée. Les dossiers médicaux sont conservés dans un bureau fermé. Toutefois, les salles de relève ne sont pas sécurisées par un digicode et de surcroît, nous les avons trouvées ouvertes en dehors de la présence des professionnels avec les dossiers de soins posés et accessibles sur les tables.
5 17	Les professionnels sont sensibilisés sur le thème de la confidentialité, du secret professionnel et la discrétion. La confidentialité, le secret professionnel et la discrétion sont intégrés dans les pratiques. De plus, le personnel ne porte de jugement de valeurs sur des relations nouées entre résidents.	Oui	Ces thèmes du secret professionnel et de la confidentialité sont évoqués au moment des formations sur la bientraitance. Les entretiens annuels sont propices à reparler des règles. Les entretiens de recrutement sont également l'occasion d'évoquer le sujet.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
5	18	Une formation ou des actions de sensibilisation concernant l'écoute et le respect des droits des usagers sont organisées	Oui	Il existe de nombreuses formations dont certaines sur les droits des résidents, sur la prise en charge personnes souffrant de maladies d'Alzheimer et récemment sur intimité et sexualité.
5	19	Les pratiques professionnelles respectent la dignité et l'intimité des usagers (familiarité des professionnels, etc.).	En grande partie	Dans leurs pratiques quotidiennes, les professionnels sont attentifs à la dignité et l'intimité des résidents dans les soins d'hygiène et dans leur communication en n'utilisant pas de familiarités. Néanmoins, les paravents ne sont pas utilisés et il n'existe pas de rideaux de séparation dans les chambres à deux lits ce qui peut entraver ce respect de la dignité et intimité.
5	20	Les pratiques professionnelles respectent le consentement des usagers (soins sans précaution, etc.).	Oui	Si le résident refuse un soin, une animation, une sortie, une hospitalisation, ses souhaits sont respectés.
5	21	Les droits d'aller et venir sont respectés.	Oui	Ce droit est indiqué dans la convention de séjour et respecté. Les accès extérieurs sont librement ouverts. Il est demandé d'informer les professionnels de toutes sorties.
5	22	Les Pratiques professionnelles respectent les croyances, les convictions religieuses et les différences culturelles dans les limites du possible	Oui	Le culte catholique est prépondérant et ainsi des messes sont programmées au moment des fêtes chrétiennes. L'établissement est peu concerné par les autres convictions religieuses toutefois, l'encadrement soignant en lien avec l'aumônerie mettent tout en œuvre pour respecter toutes les croyances et réaliser les souhaits en particulier au moment du décès.
5	23	Les locaux sont organisés de façon à garantir le respect de la confidentialité des informations	En grande partie	Les locaux permettent de garantir le respect de la confidentialité avec des bureaux et des salles de relèves mais attention aux portes ouvertes.

## B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	15
Nombre de "En grande partie"	6
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	1
<b>Score du thème :</b>	<b>88%</b>

### *Synthèse*

- Le projet d'accueil de la personne admise en EHPAD commence dès la visite de préadmission.
- Le respect des droits des usagers est inscrit dans les pratiques quotidiennes. Le refus de soins ou examens est respecté.
- Le résident est informé (lui ou sa famille) de son programme de soins.
- L'accompagnement est individualisé et orienté sur l'accompagnement médical et soignant avec le Projet de Soins Individualisé et l'animation.
- Les documents transmis à la personne accompagnée font état du fonctionnement et du règlement du centre hospitalier.
- La convention de séjour fait état de certains droits: la liberté d'opinion et de culte, d'expression et le droit à l'information, de communication, d'aller et de venir, Le droit à l'intimité.
- Le règlement de fonctionnement commun au secteur EHPAD et soins de longue durée fait état de l'existence du conseil de vie sociale et de la commission des relations avec les usagers (CRU).
- L'ensemble des documents transmis datent de plusieurs années. Ils sont davantage centrés sur le secteur sanitaire que le secteur médico-social.
- Les locaux permettent de garantir la confidentialité des informations bien qu'il ne soit pas toujours fait attention aux portes des offices de soins ouvertes.
- Les agents sont attentifs à la dignité des personnes lors des soins, toutefois, les paravents ne sont jamais utilisés.

### *Personnes rencontrées, observations et documents consultés*

- **Personnes ressources** : personnel, soignant, membres du CVS, Présidente du CVS, Président du Conseil d'Administration, Maire d'Heyrieux, directrice, usagers.
- **Documents** : livret d'accueil, charte de la personne accueillie, procédure d'admission, contrat de séjour, protocoles de soins (intimité ...),
- **Indicateurs** : Taux de contrats signés, taux de remise du livret d'accueil.

## Thème 6 : Expression des Usagers

### A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
6	1	Les modalités d'élaboration du projet personnalisé existent, elles prennent en compte l'expression de l'utilisateur.	En grande partie	Des modalités d'élaboration du projet personnalisé existent. Il s'agit de formaliser un Projet de Soins Individualisé (PVI) qui prend en compte les antécédents médicaux, l'histoire de la maladie, l'évaluation des besoins fondamentaux, l'histoire de vie et les attentes des usagers. Néanmoins, le manque de formalisation de la démarche ne permet pas de poser clairement les termes de la négociation dans l'accompagnement entre le respect de la liberté de choix des personnes accueillies et la mission de protection des personnes par l'institution.
6	2	L'utilisateur participe à l'élaboration de son projet personnalisé de manière effective, ou, en cas d'incapacité, son représentant légal ou un proche.	En grande partie	La démarche consiste en un recueil des attentes des personnes, et souvent, de leur famille et de l'évaluation des besoins et des réponses possibles par les professionnels. Une réunion des professionnels présents sur le temps de transmissions permet de poser des objectifs mais les modalités d'accompagnement ne sont pas validées par la personne.
6	3	Il existe un recueil des besoins de l'utilisateur dans le cadre de l'élaboration du projet personnalisé	En grande partie	Il existe un recueil des besoins de l'utilisateur dans le cadre de l'élaboration du projet de soins personnalisé (fiches vertes du dossier de soins intitulées projet de soins). Il s'agit pour les professionnels de connaître les problèmes de santé, d'évaluer la dépendance et de connaître l'histoire de vie du résident (profession, situation familiale, environnement, habitat ; etc...). Une synthèse est réalisée permettant de formuler un objectif de soin. Le PVI (ou projet de soins individualisé) ne recueille pas de façon explicite les avis, les attentes et propositions des résidents eux-mêmes indépendamment des avis, attentes, analyses et propositions des familles et/ou des représentants légaux.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
6	4	Le projet personnalisé tient compte des besoins exprimés et implicites, et des droits des usagers	En grande partie	Les besoins implicites et exprimés auprès des infirmiers et aides-soignants sont tracés dans le projet de soins individualisé. Le respect des droits de la personne accompagnée tient compte du règlement intérieur et de l'organisation des soins. L'orientation du projet portée davantage sur le soin que sur le choix de vie, réduit la capacité de décision et de participation du résident à son propre projet
6	5	Un dispositif d'écoute des usagers est clairement défini	En grande partie	Un dispositif d'écoute des usagers existe. Il passe par les recueils de données, les relations et la communication engagés avec l'utilisateur et sa famille. Les rencontres des membres de l'équipe qui font état des besoins de la personne accueillie. Toutefois, ce dispositif n'est pas tout à fait clairement défini d'une part car il repose sur une organisation de lieux de soins (PVI) et d'autre part car ce dispositif n'est pas formalisé (organisation du dispositif d'écoute, organisation des échanges..).
6	6	L'établissement facilite l'accès à la connaissance des droits de l'utilisateur (affichage ...) et notamment à toutes démarches ou dispositifs concernant son expression.	Oui	Deux chartes sont affichées dans les unités, la personne hospitalisée et la charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante. Il existe un livret d'accueil du centre hospitalier commun aux deux secteurs.
6	7	Les dispositifs pour valoriser et faciliter l'expression des usagers sont mis en œuvre par l'établissement (conseil de la vie sociale ...)	Oui	Le CVS est en place et se réunit de façon régulière. Il en existe un sur le site de CHASSELAY et un sur le site d'ALBIGNY.



## B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	2
Nombre de "En grande partie"	5
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>75%</b>

### *Synthèse*

- Des modalités de projet de soins individualisé existent.
- Ce projet prend en compte l'histoire de vie de la personne accueillie, son histoire médicale et sa dépendance.
- Le résident est impliqué de façon implicite et ses souhaits sont entendus et pris en compte dans l'organisation des soins. Toutefois, la structuration actuelle du projet personnalisé orienté sur le soin ne permet pas explicitement à la personne d'exprimer ses volontés quand elle est en capacité de le faire (ou par l'intermédiaire de sa famille) sur ses souhaits ou ses choix en lien avec ce qu'elle faisait ou aimait faire avant son entrée dans l'institution.

### *Personnes rencontrées, observations et documents consultés*

- **Personnes ressources** : Directeur, responsable de service, usagers, représentants du CVS, professionnels
- **Documents** : Projet d'établissement, livret d'accueil, enquête de satisfaction, affichage, CR du CVS, dossier de l'utilisateur

## Thème 7 : Bientraitance

### A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
7	1	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance, et à la promotion de la bientraitance.	Oui	Des séances de sensibilisation et de formation sont proposées à l'ensemble des professionnels.
7	2	Le dispositif de signalement interne et externe est formalisé, diffusé et validé par le Directeur.	Partiellement	Le dispositif de signalement interne est formalisé. Il reste à formaliser le dispositif de signalement externe au moment de la visite mais la direction s'engage à formaliser le dispositif très rapidement.
7	3	Il existe d'une procédure d'accueil des nouveaux salariés qui intègre la question de la prévention de la maltraitance	Oui	Une brochure est à la disposition des salariés.
7	4	Les conduites à tenir en matière de signalement de maltraitance sont connues des acteurs.	Oui	Un classeur "bientraitance" mis à disposition des professionnels contient la recommandation sur la bientraitance "définition et repères pour sa mise en œuvre" (ANESM) ainsi que des fiches pratiques sur l'alimentation.
7	5	Les nouveaux salariés et les stagiaires sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance	Oui	l'accompagnement des nouveaux salariés se fait en doublon et donc la bientraitance est partagée avec le nouveau salarié ou le stagiaire

Ref.	Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
7 6	La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance sont inscrites comme un axe fort de la politique de formation	Oui	Des documents sur les pratiques de bientraitance sont à la disposition des professionnels de l'établissement.
7 7	L'établissement dispose d'outils visant à prévenir la maltraitance (PowerPoint, affiches, livret, guide ...)	Oui	Un classeur est mis à disposition des professionnels avec recommandation et fiches outils. La connaissance de l'outil MOBQUAL est partagée par l'ensemble des acteurs de soin.
7 8	Le ou les outils présent(s) intègre(nt) les 4 repères de la recommandation : - l'usager co-auteur de son parcours ; - la qualité du lien entre professionnels et usagers ; - l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes ; - le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance.	Oui	Le résident est sollicité afin d'être co-acteur de sa prise en charge en général et son projet de soins en particulier. Les valeurs de l'établissement expriment fortement la qualité du lien entre les professionnels et les personnes accueillies. Les activités de l'animation et l'intégration des bénévoles et autres structures enrichissent fortement la vie de l'établissement et sa capacité à être naturellement bienveillant à l'égard des personnes accueillies. Les professionnels sont soutenus dans leur démarche de bientraitance pas des achats de matériels de soins (lèves-malades et verticalisateurs). Des ateliers "bien-être" sont réalisés deux fois par mois par une aide-soignante. Le PASA organise ses ateliers en lien et supervision directe de l'animatrice formée à l'animation Il existe un espace Snoezelen sur le site de CHAUVIRE.
7 9	L'encadrement est informé de son rôle dans la prévention de la maltraitance (formation, information à l'accueil ...)	Oui	Les cadres de santé sont vigilants et supervisent l'activité. Les infirmières coordonnatrices est un relai cette supervision. La direction des soins veille à ce respect.
7 10	L'établissement a conduit une réflexion sur les risques de maltraitance	Oui	Tous les risques de maltraitance sont identifiés que ce soit au niveau des soins physiques, psychiques et relationnels. Il existe une vigilance de tous les acteurs de soins sur les risques de maltraitance.
7 11	L'établissement dispose d'indicateurs sentinelles (turn over, absentéisme, conflit ...)	Oui	La direction dispose d'indicateurs concernant l'absentéisme qui reste à un niveau peu élevé.
7 12	L'usager est informé des recours dont il dispose en cas de maltraitance	Oui	L'usager est informé par voie d'affichage concernant les recours dont il dispose en cas de maltraitance.

## B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	11
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	1
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>95%</b>

### Synthèse

- La bientraitance est un point fort de l'EHPAD ALBIGNY, tous les acteurs sont concernés par la politique de bientraitance et la prévention de la maltraitance.
- La prise en charge du résident se décline sur le soin ou la promotion de bientraitance est acquise et également dans le respect de la personne humaine et sa dignité.
- Reste à formaliser le processus de signalement externe.

### *Personnes rencontrées, observations et documents consultés*

- **Personnes ressources** : agents, directeur, cadres de santé
- **Documents** : Plan de formation, procédure de signalement, livret d'accueil mentionnant la question du signalement de maltraitance,
- **Indicateurs** : Nombre de fiche de signalement sur l'année, nombre d'agents formés,

# PRISE EN CHARGE DE L'USAGER

## Thème 8 : Attentes de la personne et projet personnalisé

### A - Constats

Réf.	Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
8 1	La recommandation sur le projet personnalisé a été l'occasion d'une actualisation ou d'un approfondissement des professionnels sur ce thème.	En grande partie	L'encadrement et les professionnels connaissent les bonnes pratiques de soins. Toutefois, les recommandations sur le projet personnalisé comme, en autres « qualité de vie en EHPAD » ou « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » n'ont pas été utilisées pour approfondir cette démarche.
8 2	La conception architecturale des bâtiments permet de répondre aux caractéristiques des projets de vie des personnes accompagnées	En grande partie	La conception architecturale (pavillons indépendants) des EHPAD du centre hospitalier de ALBIGNY ne facilite pas la création d'un projet de vie personnalisée de la personne accueillie, le moderne et l'ancien se conjuguent de manière harmonieuse et permettront de fédérer les énergies de la direction dans l'établissement du projet de vie personnalisé.
8 3	Le projet d'établissement comporte les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins	En grande partie	Les difficultés rencontrées dans l'élaboration du projet de vie et de soin sont connues par l'ensemble des professionnels de la structure pavillonnaire. La configuration de l'établissement ne facilite pas un projet commun qui est cependant en cours d'élaboration tel qu'il était prévu par le médecin chef coordonnateur des EHPAD ; le fait que la culture des EHPAD soit directement associée à la culture du soin du CH ALBIGNY est un frein à la distinction projet de vie/projet de soin. Cependant dans le PASA et certaines unités le projet de vie est individualisé, l'histoire de vie s'inscrivant en amont de son admission en EHPAD, le projet de soins n'en est que plus performant.

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
8	4	Le projet d'établissement/service mentionne des principes d'intervention qui concernent le projet personnalisé	En grande partie	Le projet d'établissement est en cours d'élaboration en ce qui concerne l'EHPAD et le projet personnalisé bien spécifique au projet médico-social est défini comme tel par le projet d'établissement.
8	5	Ces principes sont connus des professionnels et partagés par eux	En grande partie	Les professionnels sont bien conscients de la difficulté de séparer le pôle sanitaire du pôle medico-social et de ne pas trop médicaliser le pôle EHPAD. Cependant cette médicalisation permet une bonne pratique des soins en EHPAD.
8	6	Un projet personnalisé est rédigé pour chaque personne accompagnée.	En grande partie	A l'entrée du résident si l'histoire de vie du résident en ce qui concerne ses antécédents médicaux est bien notée et prise en compte il n'en est pas de même pour le projet personnalisé. Le recueil de son consentement n'est pas complètement effectif. Le dossier d'admission tel qu'il sera repris dans le projet reprendra les attentes du sujet âgé en admission dans l'EHPAD. La pratique de la visite de pre-amission est amenée à se développer.
8	7	Le projet individuel est construit en équipe pluridisciplinaire avec l'utilisateur (ou représentant légal, proche...).	En grande partie	Dans ces visites de préadmission ou d'admission le représentant du résident doit être présent le recueil des données de l'histoire de vie du résident n'est pas complètement formalisée
8	8	Les outils de recueil et d'aide à l'analyse et à l'élaboration du projet personnalisé existent.	En grande partie	Dans le PASA, le recueil des données relatives au résident existe. Dans les unités protégées, ce recueil est plus difficile, néanmoins les rencontres régulières des professionnels pour la prise en charge des troubles du comportement permet une meilleure gestion de ces derniers s'ils font écho à une vie antérieure dont les soignants ont connaissance par le recueil des données de son passé. Une action d'amélioration est nécessaire dans ce domaine.

Ref.	Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
8 9	Le projet comporte des priorités d'actions	En grande partie	Ces priorités d'actions ne sont pas complètement définies en raison de la spécificité des EHPAD d'ALBIGNY où le résident est admis après un passage en SSR où la dominante ne peut être le projet personnalisé, le soin étant prioritaire. Le résident entrant en EHPAD devait avoir donc des priorités d'actions spécifiques avec la culture médico-sociale de l'EHPAD (animations, participation CVS, etc..).
8 10	Ce projet est réévalué périodiquement. Il existe une procédure de conception et de mise en œuvre du projet individualisé. Cette procédure est connue de l'ensemble des professionnels et partagée par eux.	En grande partie	Après l'admission en EHPAD, une rencontre avec les familles et le résident est organisée avec le concours des professionnels engagés dans ce projet de soins personnalisé. Lors de cette rencontre, outre le bilan des premières semaines du résident, se dessine le projet de vie avec la découverte de la personnalité du résident, adapté ou non à son institutionnalisation. Les adaptations nécessaires de son environnement seront donc pertinentes avec la meilleure connaissance du sujet.
8 11	Les professionnels sont sensibilisés ou formés à la mise en place des projets personnalisés	En grande partie	Les professionnels sont formés à la mise en place du projet de soin mais insuffisamment du projet personnalisé, mais ces sont des améliorations dont l'ensemble des professionnels est consciente.
8 12	Il y a des responsables clairement reconnus par tous les professionnels dans leur capacité à rappeler, réactiver, actualiser le projet personnalisé, tout en prenant en compte la parole de la personne (et/ou son représentant légal) tout au long des phases d'élaboration.	En grande partie	La directrice des soins et les cadres sont les professionnels reconnus et ils sont les animateurs et les soutiens : à l'élaboration, l'amélioration à la réactivation du projet personnalisé.
8 13	Des modalités de soutien aux professionnels dans l'élaboration et le suivi des projets personnalisés existent.	Partiellement	Sous la responsabilité du cadre de santé et des relais infirmiers, avec l'appui des psychologues, l'élaboration et le suivi du projet personnalisé est en construction. Durant 5 ans, un cadre supérieur de santé a été détaché à temps partiel pour accompagner et soutenir les équipes de l'établissement à la mise en œuvre des projets personnalisés : 'projet de vie et de soins'. Depuis 2013, il est affecté à une autre fonction mais reste une personne ressource pour l'encadrement et le personnel soignant.

## B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	0
Nombre de "En grande partie"	12
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de "Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>63%</b>

### *Synthèse*

- Le projet de soin est bien élaboré, avec l'aide des professionnels en amont de l'entrée du résident en EHPAD.
- Reste le projet de vie personnalisé qui permet d'associer les professionnels (animateur psychologues etc. ) afin d'associer le résident à la construction de ce projet dans laquelle il devient l'acteur principal, aidé par son référent familial qui fait le lien entre le passé et le présent de son parent.
- Il est donc nécessaire d'accélérer la formalisation du processus d'élaboration du projet de vie individualisé.

### *Personnes rencontrées, observations et documents consultés*

- **Personnes ressources** : Usagers, médecins, Infirmier , cadres, psychologue
- **Documents** : Projet type, plan d'animation, dossiers anonymisés
- **Indicateurs** : Nombre de projet signés, taux de réévaluation des projets ...



## Thème 9 : Cohérence et continuité des actions et interventions

### A – Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
9	1	Une réflexion concertée de l'établissement a permis la mise en œuvre d'une organisation adaptée aux besoins et aux moyens disponibles.	En grande partie	Il existe une réflexion concertée au sein de l'établissement avec une direction générale, une direction des soins et un encadrement de proximité. Il existe à la fois une organisation commune au secteur EHPAD et des organisations particulières à chaque site. Les moyens disponibles sont répartis sur tous les sites, en fonction de la charge de travail (GMP). En cas de surcharge ponctuelle du travail, il peut être fait appel au pool de remplacement (interim, étudiant)
9	2	L'organisation des changements et l'information correspondante aux secteurs et aux professionnels concernés font partie des règles de présence et de concertation.	Oui	L'organisation des changements et l'information correspondante aux EHPAD et aux professionnels de l'EHPAD sont gérées par l'encadrement soignant et la direction des soins du centre hospitalier.
9	3	La coordination et la continuité des soins s'appuient notamment sur les transmissions orales et écrites entre les diverses équipes.	Oui	La permanence des soins et sa continuité est assurée par les transmissions écrites. Les relèves des soignants dépassent la quotidienneté des malades avec une mise en perspectives de soins

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
9	4	Une organisation est en place pour informer les usagers sur leur situation (état de santé, situation sociale,...) et ou faciliter leurs demandes sur ce sujet (formation continue des professionnels, possibilité de rendez-vous, accès au dossier)	Oui	Une organisation est en place pour informer les usagers : - Les médecins reçoivent les résidents et leur famille. - Les cadres de santé rencontrent les usagers qui ont des besoins ou attentes particuliers. - Le service social et le service administratif apportent des informations et aides sur les aspects pécuniaires et sur les aides possibles. - Le règlement précise les modalités d'accès au dossier du résident. - Les rendez-vous sont communiqués aux résidents et rappelés le jour concerné.
9	5	Les Informations retraçant l'évolution de l'état de l'utilisateur sont actualisées.	Oui	l'informatisation en cours permettra d'actualiser toutes les informations concernant l'état du résident avec les modifications prise en compte régulièrement.
9	6	Il existe une répartition claire des responsabilités dans la délivrance des informations (réflexion des professionnels, qui dit quoi ? comment ? quand ? professionnels référents, traçabilité dans le dossier, etc.).	Oui	La réflexion professionnelle et le projet commun des EHPAD est en cours d'élaboration, la concertation des acteurs de soins est sous la responsabilité du médecin coordonnateur, qui est membre de la CME du centre hospitalier d'Albigny. L'informatisation des dossiers de soin participera de cette bonne délivrance des informations accessibles à tous
9	7	La délivrance de l'information à l'utilisateur est coordonnée (documents types d'information)	Oui	Le service administratif "bureau des entrées" délivre les premières informations ; les cadres de santé complètent si besoin et orientent vers le service social.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
9	8	Il existe modalités de concertation par secteur et entre secteurs d'activité.	Oui	<p>Les modalités de concertation par secteur et entre secteurs d'activité passent par plusieurs dispositifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La direction générale du centre hospitalier,</li> <li>- La CME bien que correspondant au secteur sanitaire fédère tous les praticiens hospitaliers,</li> <li>- Les instances du secteur sanitaire qui œuvrent sur les démarches transversales (douleur, hygiène, risque professionnels, droit des résident, nutrition).</li> <li>- La direction des soins et la commission des soins infirmiers et médicaux techniques qui fédère les soignants et rééducateurs.</li> <li>- Les réunions de services.</li> </ul>
9	9	Le planning de présence, gardes et astreintes, prévision et organisation des remplacements est affiché .	Oui	La permanence des soins (médicale et soignante) est sous la responsabilité du médecin coordonnateur nommée pour l'ensemble des lits d'EHPAD et la direction des soins. Un médecin est de garde tous les jours avec un tuteur senior disponible 24/24.
9	10	Les moyens de coordination sont définis (supports, temps de réunion, temps de transmission, etc.)	Oui	Les temps de réunions et de transmission sont affichés dans la salle de soin et la coordination est assurée par le cadre de soin et l'infirmière référente.

## B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	9
Nombre de "En grande partie"	1
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>97%</b>

### *Synthèse*

- La concertation des acteurs en charge du résident est assurée, même si elle est rendue difficile par la spécificité architecturale des pavillons EHPAD.
- Il existe cependant une grande homogénéité de cette prise en charge qui sera encore optimale lorsque l'informatisation sera effective d'ici 2 à 3 ans.
- La permanence des soins est un point fort de l'EHPAD, en raison de sa proximité avec le CH d' Albigny.

### *Personnes rencontrées, observations et documents consultés*

- **Personnes ressources** : personnel, médecin
- **Documents** : organigramme, dossier type, dossiers anonymisés, règlement intérieur, protocole d'accès au dossier, CR de réunion avec les familles, plannings, astreintes
- **Indicateurs** : regroupement des informations des différents professionnels participants à la prise en charge dans un dossier unique et partagé

## Thème 10 : Application des bonnes pratiques de soins

### A - Constats

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	1	Les principes de bases en hygiène sont connus et respectés (tenue, précautions standard ...)	Oui	L'organisation en place permet de respecter les principes en hygiène hospitalière. Il existe en effet une équipe opérationnelle composée d'un praticien hospitalier hygiéniste, pharmacien de métier, d'un cadre de santé hygiéniste, d'une secrétaire, et de correspondants en hygiène (médecins et paramédicaux). Les actions de prévention prévoient un programme annuel présenté en CLIN avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation de pratiques,</li> <li>- Evaluations de pratiques,</li> <li>- Formations ciblées,</li> <li>- Ecologie bactérienne,</li> <li>- Circuits d'alertes et déclarations,</li> <li>- Partenariat avec les réseaux locaux,</li> <li>- Suivis d'indicateurs.</li> </ul> Le DARI est élaboré et le bilan annuel est présenté en CLIN.
10	2	L'établissement applique les recommandations concernant la prévention de la légionellose	Oui	Le service technique applique les recommandations concernant la prévention de la légionellose <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quatre séries de prélèvements annuels,</li> <li>- Chloration préventive,</li> <li>- Maintenance des robinetteries</li> <li>- Entretien des ballons d'eau chaude.</li> </ul>
10	3	Les normes concernant les soins et le confort sont mises en œuvre dans l'établissement	Oui	Les recommandations ANESM sont disponibles sur la base documentaire que nous avons pu consulter ,l'informatisation en cours facilitera cette information

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	4	Les normes concernant l'alimentation sont respectées	Oui	<p>La restauration est produite dans la cuisine centrale du centre hospitalier. Toutes les normes d'hygiène HACCP sont rigoureusement respectées avec des contrôles réguliers.</p> <p>Le plan alimentaire et l'équilibre des repas sont étudiés conjointement entre le chef de cuisine et la diététicienne.</p> <p>Les plats préparés sont servis en liaison froide et remis en température dans les offices alimentaires des unités d'hébergement (les deux potages aux choix sont servis en liaison chaude).</p> <p>A midi, deux choix de hors d'œuvre ou d'entrées et deux choix de plats sont proposés. Certaines préparations sont enrichies en protéines. Les différentes textures sont proposées et le chef travaille actuellement en formation sur la fabrication des textures modifiées pour les rendre plus appétissantes et plus savoureuses.</p> <p>Le circuit du service à table avec le maintien en température des plat est perfectible.</p>
10	5	La gestion des circuits est inscrite dans l'assurance qualité interne (linge, déchet, ...)	Oui	<p>La gestion du linge est assurée par la blanchisserie du centre hospitalier pour les tenues professionnelles, le linge des résidents et le linge plat. Le circuit est entièrement intégré dans une démarche qualité avec un process de blanchisserie industrielle.</p> <p>La gestion des déchets est réalisée par les services techniques et s'inscrit dans une démarche qualité formalisée avec tri sélectif.</p>
10	6	Les bonnes pratiques concernant l'entretien des locaux sont respectées	Oui	<p>Les locaux sont entretenus de façon régulière en respectant les bonnes pratiques et avec un matériel adapté et des produits d'entretien distribués en centrale de diffusion.</p>
10	7	Les conduites à tenir concernant les AELB sont connues et disponibles et appliquées	Oui	<p>Le CLIN a formalisé les conduites concernant les AELB et celle-ci sont appliquées. Le nombre d'AES est suivi dans le cadre du bilan annuel du CLIN.</p>
10	8	Le circuit des déchets est maîtrisé (DASRI, piles, verres...)	Oui	<p>Le circuit des déchets est intégré à celui du centre hospitalier et respecte les normes et les bonnes pratiques. Il est formalisé. Le circuit est valorisé avec un tri sélectif. Les quantités traitées sont suivies.</p>

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	9	Le guide des bonnes pratiques de soins est connu, disponible et utilisé	En grande partie	Des bonnes pratiques sont connues et suivies concernant les soins, le risque infectieux, l'alimentation, la prise en charge de la douleur, la rééducation, etc. Les instances transversales de l'hôpital ont la mission de suivre et recommander les bonnes pratiques. Certains professionnels de l'EHPAD en sont membres (CLIN et CLAN). Toutefois, les guides des bonnes pratiques édités par l'ANEMS n'ont pas été mis à disposition pour les professionnels de l'EHPAD.
10	10	La prestation alimentaire fait l'objet d'une évaluation initiale puis périodique (pesée, utilisation d'une échelle d'évaluation nutritionnelle, satisfaction de la personne)	En grande partie	Les échelles d'évaluation de la nutrition (MNA) sont peu utilisées, mais une évaluation périodique et régulière de l'alimentation est effectuée. Les pesées sont réalisées de façon périodique mensuelle. A noter que cette évaluation nutritionnelle ainsi que le bilan biologique est le plus souvent effectué dans les services de SSR d'ou proviennent la très grande majorité de résidents admis en EHPAD. L'aspect nutritionnel est évalué à l'entrée en Ehpac avec l'albuminémie et le recueil du poids
10	11	La prise alimentaire et les régimes alimentaires font l'objet d'un suivi formalisé.	Oui	La présence d'une diététicienne 1 fois par semaine est le garant de la bonne prise en charge alimentaire. A noter également qu'une orthophoniste réalise des bilans de déglutition pour éviter les fausses routes.
10	12	L'hydratation fait l'objet d'un suivi formalisé	Oui	Le suivi de l'hydratation est formalisé et les protocoles de réhydratation sont présents dans chaque dossier de soins infirmiers et suivi par l'IDEC référente.

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	13	Le risque de chute fait l'objet d'une politique de prévention systématique (adaptation des locaux, surveillance des prescriptions médicamenteuses, lever et mobilisation systématique ...)	En grande partie	<p>Si les risques de chute sont connus, l'informatisation en cours permettra de systématiser cette prévention. Certaines fiches de chutes ne sont pas contresignées par le médecin du service, cependant elles sont notées dans le DSI avec les consignes associées.</p> <p>Quant aux prescriptions médicamenteuses responsables des chutes, le médecin de chaque service réadapte celles-ci en fonction des données du DSI qui lui sont transmises, cependant la gestion dans les fiches de chute est à améliorer.</p> <p>Concernant, l'adaptation des locaux ceux-ci sont dans l'ensemble adaptés à la circulation des résidents</p> <p>Le suivi des déclarations de chute permet un suivi mensuel et surtout une répartition par services les surveillances des prescriptions médicamenteuses susceptibles de provoquer des chutes est assurée par les médecins et la pharmacien vigilante sur les psychotropes.</p>
10	14	L'autonomie motrice fait l'objet d'une évaluation périodique et d'actions de soutien approprié.	Oui	<p>L'EHPAD bénéficie des plateaux techniques du service de rééducation. Celui-ci est composé d'une équipe complète avec une diététicienne, des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciennes, orthophoniste et moniteurs d'APA (activité physique adaptée). Ces professionnels partagent leur temps entre le secteur sanitaire et les EHPAD. Même si la plus grande partie de leur temps est consacrée au secteur sanitaire, il n'en reste pas moins qu'ils interviennent sur l'EHPAD sur leur temps imparti ou sur quelques débordements si besoin. Les diverses activités sont entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les moniteurs d'APA participent par leur programme au maintien de l'autonomie avec des groupes collectifs d'activité physique,</li> <li>- Les kinésithérapeutes réalisent les bilans et les séances de rééducation active. Ils apportent les aides techniques,</li> <li>- Les ergothérapeutes interviennent au PASA, et sur des prises en charges spécifiques avec aides techniques et actions préventives,</li> <li>- La psychomotricienne intervient dans les activités de l'UHR, sur l'éveil corporel et au niveau de l'espace snoezelen,</li> <li>- L'orthophoniste intervient sur l'évaluation des troubles de déglutition.</li> </ul> <p>Tous ces professionnels écrivent leurs transmissions dans le dossier du résident.</p>



Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	15	Le risque d'escarre, le risque de constipation, l'incontinence fait l'objet d'une politique de prévention systématique.	Oui	Il existe que très peu d'escarre (aucune escarre nosocomiale), la grille de prévention dite "d'ANGERS" est partagée par l'ensemble des soignants et les supports adaptés sont alors fournis par le pharmacien. A noter qu'un des pharmaciens est titulaire d'un DIU plaies et cicatrisations et donc elle peut être appelée pour une expertise d'une escarre difficile à traiter. La douleur induite par les soins d'escarre est connue et traitée.
10	16	En cas d'alitement temporaire, il existe des protocoles de prévention des attitudes vicieuses de mobilisation précoce et de restauration motrice.	Oui	Les rééducateurs interviennent pour des aides aux transferts, pour des installations spécifiques et pour tout besoin lié aux alitements prolongés. Des installations particulières sont mises en places.
10	17	Le recours éventuel à la contention physique est effectué en conformité avec les recommandations professionnelles.	Oui	il existe très peu de contention dans l'ensemble des lits d'ehpad ,si elle devaient être utilisées elles le sont dans la conformité des recommandations professionnelles, là encore le médecin seul prescripteur de ces contentions est dans l'obligation de réévaluer le bénéfice/risque d'une contention
10	18	La douleur aiguë et chronique est évaluée et prise en compte en regard des traitements dispensés (médicamenteux et non médicamenteux).	Oui	La douleur est parfaitement prise en charge ; elle est repérée comme étiologie d'un trouble du comportement récent d'un résident surtout si celui-ci présente une pathologie cognitive, dans ce cas une antalgie de principe est instaurée dans les règles de l'administration. Les échelle de douleur sont connues et utilisées (Algoplus Doloplus ECPA). Les antalgiques de palier 3 sont très bien utilisés avec la connaissance des effets secondaires et leur prévention (constipation). Le protocole (LATA arrêt des thérapeutiques actives) est très bien connu, garant de l'entrée en phase palliative du résident. Le recours à une équipe mobile de soins palliatifs est connu mais très peu utilisé, de plus on note la présence d'un CLUD dans le CH ALBIGNY.
10	19	L'avis de spécialiste est requis pour état de santé le nécessitant. L'hospitalisation d'une personne accompagnée est organisée de façon à en réduire les conséquences néfastes pour elle-même.	Oui	Les EHPAD sont accolées au centre hospitalier et le recours aux spécialistes est possible au sein du CH. Parfois le recours aux cardiologues de l'hôpital saint joseph est sollicité, le plateau technique et imagerie, etc. Ce qui permet aux résidents de ne pas sortir du CH ALBIGNY, cela représente un confort supplémentaire pour les résidents.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
10	20	L'autonomie psychique fait l'objet d'une évaluation périodique et d'actions de soutien appropriées	Oui	Les résidents en unité spécialisée Alzheimer sont pris en charge dans leur autonomie psychique par toutes les actions qui procèdent du maintien de cette autonomie, ateliers thérapeutiques et jardins thérapeutiques.
10	21	La détérioration cognitive fait l'objet d'un accompagnement spécifique.	Oui	La présence de psychologue est le garant de l'accompagnement spécifique des résidents qui présentent une détérioration cognitive. La filière gériatrique de haute qualité permet cet accompagnement spécifique et nous avons constaté, dans les services qui reçoivent des résidents atteints de troubles cognitifs, une passibilité et une harmonie de cette prise en charge, que ce soit des soignants ou des cadres de santé.
10	22	Les préconisations du registre de sécurité sont suivies	Oui	Les services techniques de l'hôpital sont en charge de toute la maintenance curative et préventive et de la coordination de tous les contrats externalisés. Les préconisations du registre de sécurité sont suivies. La prévention du risque incendie fait l'objet de toutes les attentions et formations.
10	23	Les incidents concernant les bonnes pratiques sont identifiés et suivis d'effets	En grande partie	Les chutes sont déclarées et analysées quantitativement et qualitativement. Des événements indésirables sont signalés et analysés. Les erreurs médicamenteuses sur le circuit de l'administration ne font pas encore à ce jour, l'objet de déclarations bien qu'elles soient exceptionnelles. Cependant la pharmacienne de l'établissement est très vigilante et exerce une action de "contrôle" des éventuelles erreurs médicamenteuses.

## B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	19
Nombre de "En grande partie"	4
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>94%</b>

### *Synthèse*

- Les bonnes pratiques médicales et la prise en soin globale, dont l'approche psychologique du résident sont assurées dans les EHPAD.
- Les essentiels : douleurs, nutrition, prise en charge des résidents présentant une pathologie cognitive, fin de vie sont intégrés chez tous les professionnels.
- Reste la prise en charge des chutes dont la formalisation est incomplète ; les médecins ne sont pas totalement associés aux chutes des résidents, la prévention de celles-ci passe donc par une gestion rigoureuse et pérenne des fiches de déclaration des chutes.

### *Personnes rencontrées, observations et documents consultés*

- **Personnes ressources** : Équipes de soins, cadre de santé.
- **Documents** : Classeur d'hygiène

# QUALITE ET RISQUES

## Thème 11 : Démarche Qualité

### A - Constats

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
11	1	Les responsabilités des différents acteurs concernant la gestion de la qualité sont définies	Oui	La direction de la qualité est assurée par le pharmacien, praticien hospitalier, chef du service "Qualité, gestion des risques et hygiène". Une nouvelle qualitiennne, responsable du secteur médico-social est venu renforcer cette équipe qui comprend également un cadre de santé hygiéniste et une secrétaire. Toutes ces personnes assurent les missions d'accompagnement et de suivi auprès des équipes. Le service qualité a mis en place un comité de pilotage de la démarche et une cellule dédiée à la gestion des risques. Le COPIL coordonne toute la démarche et la cellule gestion des risques gère tous les événements indésirables. Cette cellule est composée du directeur, du président de la CME, du médecin coordonnateur, de la direction des soins, d'un pharmacien, d'un responsable logistique, du responsable qualité/coordonnateur des risque et de la qualitiennne
11	2	Une organisation est mise en place pour déployer la démarche (relais qualité, accompagnement méthodologique	Oui	La démarche qualité est déployée avec un accompagnement méthodologique du service qualité tant sur le plan de la démarche d'amélioration continue que sur la gestion des risques et sur la prévention du risque infectieux.

Réf.		Eléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
11	3	Il existe une organisation de la qualité dans les secteurs d'activité (éventuellement référents qualité).	Oui	L'organisation est déployée sur les deux secteurs sanitaire et médico-social. Le programme qualité-gestion des risques est déployé par les instances en places et les groupes de travail. La CME effectue la supervision et validation des avancées de la démarche. Outre les professionnels référents, faisant partie des diverses instances, les cadres de santé sont les référents des unités.
11	4	Des actions qualité sont mises en œuvre dans les différents secteurs	Oui	L'EHPAD a mis en place des fiches actions (au nombre de 10) suite à l'évaluation interne.
11	5	L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des équipes fait partie de la politique d'amélioration de la qualité	Partiellement	Deux EPP déployées sur le secteur sanitaire concernent l'EHPAD. Il s'agit de certaines CREX sur le médicament et de l'EPP sur les escarres. Il est prévu une EPP sur les événements indésirables liés aux médicaments. Il est prévu également une EPP sur la douleur et la prise en charge des SCPD en EHPAD.
11	6	L'établissement dispose d'un système organisé et maîtrisé de gestion de la documentation interne et externe (modalités de classement des documents, accessibilité aux documents ...)	Oui	Il existe un logiciel de gestion documentaire. Les documents papier sont transférés au fur et à mesure sur cette nouvelle base de données. La gestion documentaire est faite selon les règles du système qualité.
11	7	Une organisation est en place pour assurer le suivi régulier du programme d'amélioration de la qualité	Oui	Suite à l'évaluation interne, des fiches actions ont été établies. C'est la qualitiennne qui réalise le suivi des avancées du programme de l'EHPAD. Le COPIL Qualité suit l'ensemble de la démarche du centre hospitalier et des 4 sites de l'EHPAD
11	8	Le responsable qualité ou la direction communique régulièrement sur les objectifs et priorités.	Oui	Les réunions de l'encadrement sont un premier lieu pour relayer ces informations. Le CVS est informé des démarches. Il existe quelques réunions avec les familles. Les comptes rendus des instances sont diffusés. Les professionnels du service qualité passent régulièrement dans les unités. Le journal CHG-INFO relaie aussi les informations ainsi que les notes d'informations de la direction
11	9	Il existe un accompagnement méthodologique des acteurs des secteurs d'activité à la démarche qualité et aux outils qualité.	Oui	L'accompagnement méthodologique des professionnels à la démarche qualité et aux outils qualité est réalisé par les membres du service qualité.

## B- Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	8
Nombre de "En grande partie"	0
Nombre de "Partiellement"	1
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>93%</b>

### *Synthèse*

- La démarche continue d'amélioration de la qualité est déployée dans le centre hospitalier d'ALBIGNY dans le secteur sanitaire et médico-social.
- Le management de la qualité est piloté par le « service qualité » qui comprend un praticien hospitalier hygiéniste chef de service, une qualitiennne chargée du secteur médico-social, d'un cadre de santé hygiéniste et d'un secrétariat.
- L'accompagnement méthodologique et formatif à la démarche est effectif et les outils qualité sont utilisés.
- Les missions transversales sont mises en œuvre sur les thèmes de la douleur, la nutrition, la prise en charge médicamenteuse et la prévention du risque infectieux par les instances réglementaires (CLUD, COMEDIMS, CLAN) auxquelles participent des professionnels de l'EHPAD.
- L'ensemble de la démarche s'inscrit dans une dynamique à laquelle participe fortement l'encadrement. Il reste à consolider les outils et les évaluations dont les évaluations de pratiques professionnelles sur le secteur EHPAD.

### *Personnes rencontrées, observations et documents consultés*

- **Personnes ressources** : Le Directeur, le cadre de santé et l'attaché d'administration hospitalière. + responsable qualité + qualitiennne
- **Documents** : le projet d'Établissement, le PAQ, le suivi des Événements Indésirables, CR **Indicateurs**

## Thème 12 : Prévention des Risques

### A - Constats

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
12	1	La direction, les instances et les professionnels sont impliqués dans une politique de prévention des risques au sein de la structure	Oui	Le comité de pilotage de la qualité coordonne la démarche. La cellule Qualité, gestion des risques procède à la gestion des risques à posteriori en effectuant une revue mensuelle des événements indésirables. Avec l'arrivée de la nouvelle qualitiennne en charge du secteur médico-social, l'EHPAD est impliquée dans la démarche. Les instances du centre hospitalier telles que le CLIN, le CLAN et le CLUD participent au programme de la prévention des risques.
12	2	L'établissement a défini des objectifs en termes de gestion des risques	En grande partie	Les objectifs en EHPAD sont ciblés sur les risques inhérents à la personne âgée fragilisée. La politique de prévention des risques à l'EHPAD n'est pas encore formalisée à ce jour.
12	3	Il existe une réelle communication sur les objectifs et les priorités du programme de prévention des risques	Oui	La communication passe par le relai du travail en équipe. Le responsable-qualité, la qualitiennne et le cadre hygiéniste interviennent dans les instances dont la CME auprès des équipes.
12	4	Une organisation est en place pour identifier et analyser les risques a priori	En grande partie	Les troubles de déglutition sont connus dans les pathologies neurodégénératives, et les risque de fausse route sont prévenus par un bilan de déglutition lors de la présence d'un orthophoniste vacataire dans les différentes structures de l'EHPAD. Si les risques sont avérés, la diététicienne prépare des textures alimentaires spécifiques, ce qui est alors noté dans le dossier de soins.

Réf.		Éléments d'appréciation	Réponses aux EA (Oui, En partie, Non, Na)	Constats
12	5	Une organisation est en place pour identifier et analyser les risques à partir des incidents et accidents survenus	Oui	La cellule qualité réalise une revue mensuelle des événements indésirables déclarés sur le logiciel de déclaration et d'analyse. Il existe un grand nombre de déclarations (une centaine par mois) qui font l'objet d'une analyse quantitative et une revue d'expérience sur les événements significatifs. Les chutes font également l'objet d'une analyse quantitative et qualitative.
12	6	Une démarche visant à sécuriser les risques liés aux médicaments existe	Oui	Une pharmacie interne avec la présence de 3 pharmaciennes est le garant d'une bonne pratique des médicaments et donc la prévention des risques est un axe très fort des EHPAD. Il existe un COMEDIMS (en relation avec PMSA) dont la pharmacienne chef fait partie avec le médecin coordonnateur des EHPAD une vigilance informatique permet aux médecins d'être avertis d'une possible erreur dans leurs prescriptions. Un livret thérapeutique est à la disposition des médecins qui est repris dans la base de données des prescriptions médicamenteuses, les antalgiques de paliers 3 sont largement utilisés avec une très grande rigueur et il existe une possibilité que chaque unité ait une réserve de morphiniques pour une meilleure réactivité ; cette réserve est contrôlée par les cadres du service et de la pharmacienne qui délivre ces antalgiques
12	7	Une démarche d'identification et de prévention des risques professionnels existe	Oui	Le document unique est formalisé, réactualisé et validé en CHSCT qui se réunit trois fois par an et qui associe la médecine préventive du travail.
12	8	L'établissement a anticipé une organisation en cas de situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, exercices de crise, modalités de communication, salle de crise identifiée. (plan blanc, plan bleu...)	En grande partie	Le plan blanc réglementaire existe. Le plan risque inondation concerne l'établissement qui s'y est préparé et a réalisé un exercice ; Le plan bleu pour le secteur EHPAD n'est pas formalisé.



## B - Synthèse du thème

Nombre de "Oui"	5
Nombre de "En grande partie"	3
Nombre de "Partiellement"	0
Nombre de " Non"	0
Nombre de "NA"	0
<b>Score du thème :</b>	<b>87%</b>

### *Synthèse*

- Il existe une organisation commune à la démarche qualité, gestion des risques sur le centre hospitalier.
- Un comité de pilotage de la démarche, une cellule gestion des risques effectuant la revue des évènements indésirables.
- Des instances réglementaires au secteur sanitaires qui œuvrent pour la qualité et les démarches transversales de la prise en charge de la douleur, de la nutrition et du risque infectieux.
- La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'une démarche qualité avec une évaluation des risques réalisée sur ARCHIMED et un programme d'amélioration en cours.
- Une cartographie des risques est en cours d'élaboration.
- Le document unique des risques professionnels est élaboré et présenté en CHSCT.
- Les chutes sont analysées chaque année.
- les évènements indésirables font l'objet d'un bilan annuel.
- Le plan bleu n'est pas formalisé à ce jour.

### *Personnes rencontrées, observations et documents consultés*

- **Personnes ressources** : Le Directeur, le cadre de santé, responsable qualité, qualitiennne
- **Documents** : le projet d'Établissement, le PAQ, le-suivi des Évènements Indésirables, CR d'évaluation interne, rapports d'activité.
- **Indicateurs** : Indicateurs institutionnels, DARI. Plan Blanc.

## RECOMMANDATIONS

Comme le font ressortir l'ensemble des constatations effectuées, l'EHPAD du Centre Hospitalier du Mont D'or s'inscrit dans une démarche d'évolution et d'adaptation des prises en charge proposées aux publics accueillis.

Le résultat global de 87 % met en évidence un établissement dont le fonctionnement répond aux exigences de l'ANESM.

Les 12 thèmes évalués au cours de cette évaluation externe satisfont de 63% à 100% aux recommandations de l'ANESM.

Un thème fait l'objet de préconisations.

### Les évaluateurs préconisent d'orienter prioritairement vos actions autour

#### Les attentes et projet de la personne âgée.

L'EHPAD ne déploie pas toute la dimension sociale nécessaire et indispensable à la vie de la personne âgée dont les attentes sont différentes de celles du résident hospitalisé.

Cet écart est perceptible sur les scores obtenus pour les thèmes : Expression des usagers : 75% et attentes de la personne et projet personnalisé : 63%

L'EHPAD devra prendre appui sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM : « qualité de vie en EHPAD » et « les attentes de la personne et le projet personnalisé » pour développer le projet de vie personnalisé différent du projet de soins individualisé. L'élaboration du projet de vie personnalisé sera le résultat d'un travail pluridisciplinaire et associera les professionnels du social dans la démarche.

### Par ailleurs, les évaluateurs vous invitent à poursuivre votre dynamique autour :

#### *Du projet d'établissement EHPAD*

Afin d'encadrer la démarche d'ouverture, versant social, il convient que le Centre Hospitalier Gériatrique d'Albigny construise un projet d'établissement spécifique à l'EHPAD.

Celui-ci précisera les modalités d'élaboration du projet personnalisé du résident en EHPAD.

#### *De la prévention des risques*

Le projet d'établissement EHPAD prendra en compte l'aspect gestion des risques. Il convient de formaliser la démarche de prévention des risques et formaliser le plan bleu pour ce secteur d'activité.

#### *Du droit des usagers*

L'établissement Hospitalier Gériatrique dispose d'un livret d'accueil commun aux deux secteurs sanitaire et médico-social. Il conviendra d'établir un livret d'accueil spécifique au secteur EHPAD

#### *L'ouverture de l'EHPAD*

L'ouverture de l'établissement est remarquable avec de nombreuses activités proposées et des partenariats divers. Toutefois, le résultat du thème n'est pas à la hauteur des efforts fournis. L'écart est généré par l'architecture différente suivant les lieux et qui n'offre pas toujours les mêmes facilités de rencontre.

# SYNTHESE DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

## Projet d'Établissement

- L'établissement a élaboré un projet institutionnel pour la période 2012-2016.
- Son élaboration a respecté les règles de participation des différents acteurs, de participation des instances et de communication.
- Le projet de l'EHPAD n'est pas distinct du projet du Centre Hospitalier.
- Trois actions concernent l'EHPAD: la création d'une UHR et d'un PASA, la création de deux places d'accueil de nuit et la mise en œuvre du projet individualisé.
- L'EHPAD bénéficie largement de l'organisation hospitalière qui lui confère un niveau élevé de qualité de prise en soins.
- Toutefois, il est indispensable que le secteur de l'EHPAD développe l'aspect lieu de vie en élaborant un projet d'établissement EHPAD différent du secteur sanitaire et plus centré sur les attentes de la personne âgée hébergée jusqu'à la fin de vie.

## Suivi de l'Évaluation Interne

- La démarche d'évaluation interne a été conduite de façon exemplaire.
- La création d'un poste de qualicien pour le secteur de l'EHPAD en septembre 2013 contribue largement à la qualité de la démarche.
- La démarche d'évaluation fait partie du fonctionnement de l'établissement qui depuis 2007 a débuté avec la grille d'évaluation Angélique.
- L'ensemble des professionnels, des usagers et des proches a été associé à la démarche.
- Toutes les instances ont participé ou ont été informées.
- Une opération de communication organisée en fin de parcours permet à tous les acteurs de connaître la suite réservée à l'évaluation interne et les actions d'améliorations définies.

## Les ressources humaines

- Le service des ressources humaines est organisé pour l'ensemble du Centre Hospitalier.
- le bilan social est établi pour l'ensemble de l'établissement sans distinction entre le secteur sanitaire et l'EHPAD. par conséquent, il n'est pas possible de connaître avec exactitudes les caractéristiques relatives au personnel du médico-social.
- Un CLACT est signé en 2015 avec l'ARS pour développer la prévention des TMS et la qualité de vie au travail.
- Il est indispensable que l'établissement gère les ressources humaines de l'EHPAD indépendamment du secteur sanitaire pour un meilleur suivi et accompagnement du personnel et la mise en adéquation avec les besoins spécifiques de la population.

## L'ouverture de l'établissement

- L'établissement a une large ouverture sur son environnement.
- La filière gérontologique de Lyon Nord est organisée à partir du CHG d'Albigny ce qui impulse une dynamique de partenariat forte pour l'établissement.
- Le programme d'animation est riche et les partenariats multiples.
- Le projet d'animation est construit avec des objectifs clairement définis.
- Toutefois, les résidents et familles rencontrés déplorent un manque d'animation dans les structures.
- Deux animatrices employées à 1,9 ETP se répartissent la mission et chacune a en charge le suivi de 215 résidents sur 7 unités.
- Les moyens humains dans le secteur animation ne semblent pas en adéquation avec la répartition de l'EHPAD sur 4 sites et le nombre de résident.
- L'organisation actuelle ne permet pas de prendre en compte la plus grande dépendance et le besoin accru d'accompagnement en plus petit groupe voir en individuel.

## Droits et expression des usagers

- Le projet d'accueil de la personne admise en EHPAD commence dès la visite de préadmission.
- Le respect des droits des usagers est inscrit dans les pratiques quotidiennes. Le refus de soins ou examens est respecté.
- Le résident est informé (lui ou sa famille) de son programme de soins.
- L'accompagnement est individualisé et orienté sur l'accompagnement médical et soignant avec le Projet de Soins Individualisé et l'animation.
- Les documents transmis à la personne accompagnée font état du fonctionnement et du règlement du centre hospitalier.
- La convention de séjour fait état de certains droits: la liberté d'opinion et de culte, d'expression et le droit à l'information, de communication, d'aller et de venir, Le droit à l'intimité.
- Le règlement de fonctionnement commun au secteur EHPAD et soins de longue durée fait état de l'existence du conseil de vie sociale et de la commission des relations avec les usagers (CRU).
- L'ensemble des documents transmis datent de plusieurs années. Ils sont davantage centrés sur le secteur sanitaire que le secteur médico-social.
- Les locaux permettent de garantir la confidentialité des informations bien qu'il ne soit pas toujours fait attention aux portes des offices de soins ouvertes.
- Les agents sont attentifs à la dignité des personnes lors des soins, toutefois, les paravents ne sont jamais utilisés.
- Des modalités de projet de soins individualisé existent.
- Ce projet prend en compte l'histoire de vie de la personne accueillie, son histoire médicale et sa dépendance.
- Le résident est impliqué de façon implicite et ses souhaits sont entendus et pris en compte dans l'organisation des soins. Toutefois, la structuration actuelle du projet personnalisé orienté sur le soin ne permet pas explicitement à la personne d'exprimer ses volontés quand elle est en capacité de le faire (ou par l'intermédiaire de sa famille) sur ses souhaits ou ses choix en lien avec ce qu'elle faisait ou aimait faire avant son entrée dans l'institution.

## Bientraitance

- La bientraitance est un point fort de l'EHPAD ALBIGNY, tous les acteurs sont concernés par la politique de bientraitance et la prévention de la maltraitance.
- La prise en charge du résident se décline sur le soin ou la promotion de bientraitance est acquise et également dans le respect de la personne humaine et sa dignité.
- Reste à formaliser le processus de signalement externe.

## Attentes de la personne et projet personnalisé

- Le projet de soin est bien élaboré, avec l'aide des professionnels en amont de l'entrée du résident en EHPAD.
- Reste le projet de vie personnalisé qui permet d'associer les professionnels (animateur psychologues etc. ) afin d'associer le résident à la construction de ce projet dans laquelle il devient l'acteur principal, aidé par son référent familial qui fait le lien entre le passé et le présent de son parent.
- Il est donc nécessaire d'accélérer la formalisation du processus d'élaboration du projet de vie individualisé.

## Cohérence et continuité des actions et interventions

- La concertation des acteurs en charge du résident est assurée, même si elle est rendue difficile par la spécificité architecturale des pavillons EHPAD.
- Il existe cependant une grande homogénéité de cette prise en charge qui sera encore optimale lorsque l'informatisation sera effective d'ici 2 à 3 ans.
- La permanence des soins est un point fort de l'EHPAD, en raison de sa proximité avec le CH d'Albigny

## Application des bonnes pratiques de soins

- Les bonnes pratiques médicales et la prise en soin globale, dont l'approche psychologique du résident sont assurées dans les EHPAD.
- Les essentiels : douleurs, nutrition, prise en charge des résidents présentant une pathologie cognitive, fin de vie sont intégrés chez tous les professionnels.
- Reste la prise en charge des chutes dont la formalisation est incomplète ; les médecins ne sont pas totalement associés aux chutes des résidents, la prévention de celles-ci passe donc par une gestion rigoureuse et pérenne des fiches de déclaration des chutes.

## Démarche qualité

- La démarche continue d'amélioration de la qualité est déployée dans le centre hospitalier d'ALBIGNY dans le secteur sanitaire et médico-social.

- Le management de la qualité est piloté par le « service qualité » qui comprend un praticien hospitalier hygiéniste chef de service, une qualitiennne chargée du secteur médico-social, d'un cadre de santé hygiéniste et d'un secrétariat.
- L'accompagnement méthodologique et formatif à la démarche est effectif et les outils qualité sont utilisés.
- Les missions transversales sont mises en œuvre sur les thèmes de la douleur, la nutrition, la prise en charge médicamenteuse et la prévention du risque infectieux par les instances réglementaires (CLUD, COMEDIMS, CLAN) auxquelles participent des professionnels de l'EHPAD.
- L'ensemble de la démarche s'inscrit dans une dynamique à laquelle participe fortement l'encadrement. Il reste à consolider les outils et les évaluations dont les évaluations de pratiques professionnelles sur le secteur EHPAD.

## Prévention des risques

- Il existe une organisation commune à la démarche qualité, gestion des risques sur le centre hospitalier.
- Un comité de pilotage de la démarche, une cellule gestion des risques effectuant la revue des événements indésirables.
- Des instances réglementaires au secteur sanitaires qui œuvrent pour la qualité et les démarches transversales de la prise en charge de la douleur, de la nutrition et du risque infectieux.
- La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'une démarche qualité avec une évaluation des risques réalisée sur ARCHIMED et un programme d'amélioration en cours.
- Une cartographie des risques est en cours d'élaboration.
- Le document unique des risques professionnels est élaboré et présenté en CHSCT.
- Les chutes sont analysées chaque année.
- les événements indésirables font l'objet d'un bilan annuel
- Le plan bleu n'est pas formalisé à ce jour.

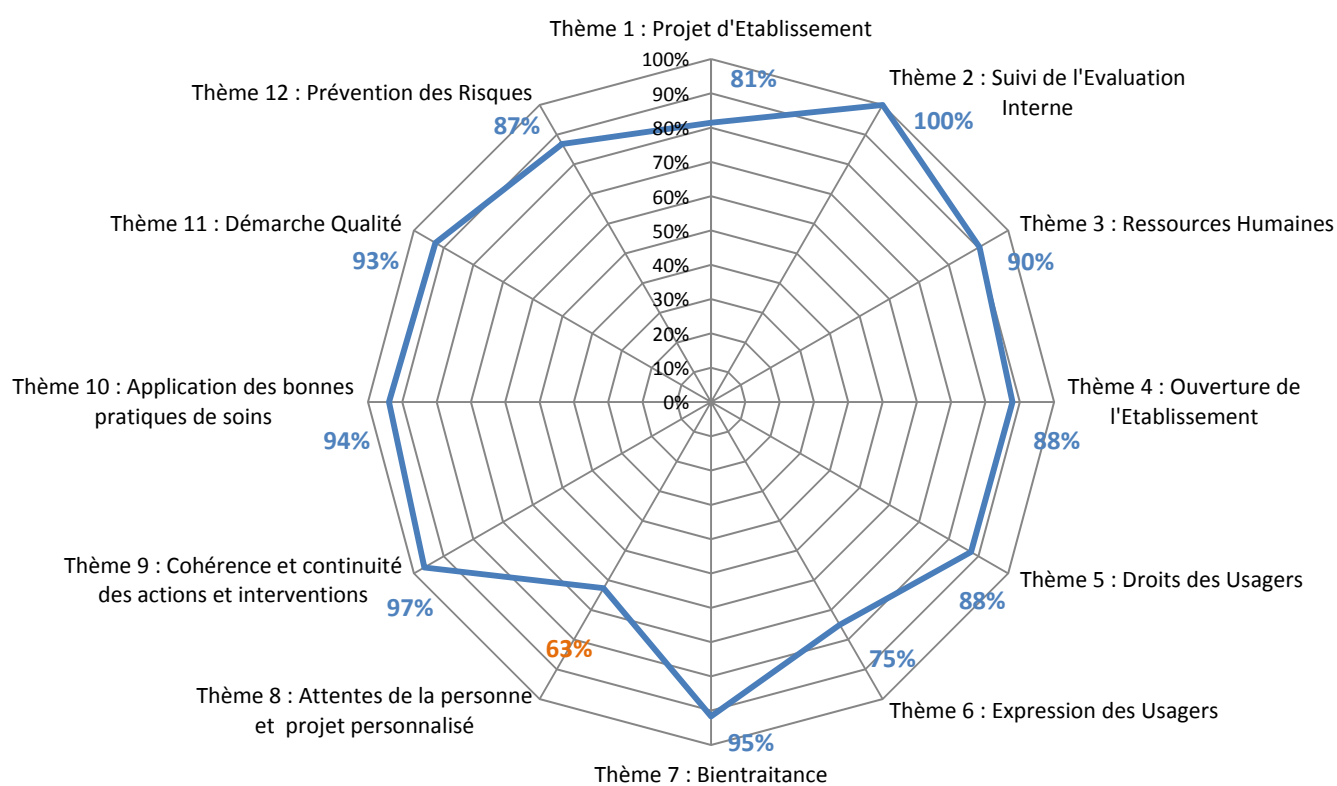
# PRESENTATION GRAPHIQUE :

## Représentation 1

Management de l'Établissement	90%
Thème 1 : Projet d'Établissement	81%
Thème 2 : Suivi de l'Évaluation Interne	100%
Thème 3 : Ressources Humaines	90%
Thème 4 : Ouverture de l'Établissement	88%
Droits des Usagers et Politique de Bienveillance	85%
Thème 5 : Droits des Usagers	88%
Thème 6 : Expression des Usagers	75%
Thème 7 : Bienveillance	95%
Prise en charge de l'Usager	84%
Thème 8 : Attentes de la personne et projet personnalisé	63%
Thème 9 : Cohérence et continuité des actions et interventions	97%
Thème 10 : Application des bonnes pratiques de soins	94%
Qualité et Risques	90%
Thème 11 : Démarche Qualité	93%
Thème 12 : Prévention des Risques	87%

Score global : 87%

## Représentation 2





# ABREGE DU RAPPORT PROJET D'ETABLISSEMENT

## 1. La démarche d'évaluation interne

Item : Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats, de participation des usagers.		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une démarche engagée depuis 2007 et soutenue par la présence d'une qualitiennne pour l'EHPAD depuis 2014</li> <li>• Un engagement fort de la part de l'encadrement ;</li> <li>• Un référentiel spécifique pour l'EHPAD du CHG d'Albigny ;</li> <li>• Une prise en compte de tous les domaines des recommandations de l'ANESM ;</li> <li>• Une large participation de tous les acteurs : professionnels, usagers et l'ensemble des instances associé à la démarche d'évaluation.</li> <li>• Élaboration d'un PAQ à l'issue de l'EI faisant l'objet d'un priorisation des actions</li> <li>• Le suivi du PAQ est organisé par un COPIL dédié.</li> </ul>		<p>Pas de préconisation, les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique engagée.</p>

## 2. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM relative à l'ESSMS.

Items : Les modalités de prise en compte des recommandations des bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM.		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les principes de bases en hygiène sont connus et respectés ;</li> <li>• Les recommandations ANESM sont disponible sur la base documentaire ;</li> <li>• Les professionnels sont formées et prennent en compte la douleur, la nutrition, la fin de vie et les troubles cognitifs ;</li> <li>• Le respect de l'intimité doit faire l'objet d'une attention renforcée et l'utilisation systématique de paravent.</li> <li>• La gestion des déchets est une démarche formalisé avec tri sélectif ;</li> <li>• Le CLIN du CHG présente un programme annuel d'actions de prévention ;</li> <li>• Les recommandations concernant la prévention de la légionellose sont suivies.</li> </ul>		<p>Les évaluateurs vous encouragent à poursuivre la dynamique et à développer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le renforcement de l'attention portée à l'intimité du résident</li> </ul>

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

Items : L'actualisation du projet d'établissement.		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet d'établissement couvre la période : 2012-2016.</li> <li>Sa construction a associé tous les acteurs ;</li> <li>Il existe des projets spécifiques PASA et UHR et des projets d'animation ;</li> <li>Le projet de vie n'est pas intégré au projet institutionnel.</li> </ul>		<p>Les évaluateurs recommandent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'élaboration d'un projet d'établissement <b>spécifique à l'EHPAD</b> qui prendra en compte les besoins et attentes de la population accueillie dans ce cadre et les particularités de chacune des structures.</li> </ul>

Items : L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>La première convention tripartite est signée en juin 2007. Son renouvellement n'a pas été étudié en 2013 ;</li> <li>Le nombre de lit est passé de 89 (cure médicale) en 2007 à 352 lits d'EHPAD en 2015 ;</li> <li>Deux avenants signés en 2009 : dotation globale dépendance et 2013 pour ouverture UHR et PASA.</li> <li>Les ratios professionnels varient suivant les sites sans rapports immédiats avec les besoins ;</li> <li>Les fiches de postes existent pour les professions du soin, leur réactualisation est en cours.</li> <li>Groupe de travail des psychologues pour élaboration fiches de poste et grille d'évaluation des compétences ;</li> <li>La procédure de recrutement n'est pas formalisée ;</li> <li>L'accueil du nouveau salarié est organisé ;</li> <li>Le bilan social est établi au niveau CHG et un CLACT a été signé en mars 2015 ;</li> <li>Le plan de formation est en cohérence avec les besoins de la population ; il est construit à partir des entretiens annuels d'évaluation ;</li> <li>L'établissement encourage et accompagne la professionnalisation par la formation diplômante.</li> </ul>		<p>Les évaluateurs vous invitent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Séparer la gestion des ressources humaines relative à l'EHPAD.</li> <li>Poursuivre la réactualisation des fiches de postes ;</li> <li>Établir les fiches de postes pour l'ensemble des professions de l'EHPAD ;</li> <li>Faire un bilan social spécifique pour l'EHPAD ;</li> <li>Établir un plan de formation distinct pour l'EHPAD ;</li> </ul>

#### 4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement

Items : Les partenariats mis en place.

Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ouverture sur l'extérieur est un point fort de l'établissement ; Il co-pilote la filière gérontologique de Lyon Nord, basée dans ses locaux.</li> <li>• Les associations « Baskets et charentaise », « JALMAV », « Les petits frères des pauvres » interviennent dans l'EHPAD ; Ces associations siègent au CVS,</li> <li>• L'établissement héberge :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- une association d'artiste « ANIMAGIC »</li> <li>- le CMP ;</li> <li>- l'école Montessori avec laquelle sont organisés des échanges intergénérationnels ;</li> </ul> </li> <li>• Des conventions de partenariat sont conclues ;</li> <li>• Le programme d'animation est riche et varié ;</li> <li>• Deux animatrices sur 1.9 ETP travaillent pour 352 résidents ;</li> <li>• Les membres du CVS résidents et familles, déplorent un manque d'animation.</li> </ul>		<p>Les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique et à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer l'aspect lieu de vie en lien avec l'éventuelle augmentation du temps d'animateur salarié.</li> </ul>

#### 5. Personnalisation de l'accompagnement

Items : Condition d'élaboration du projet personnalisé

Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le livret d'accueil de la personne est commun aux secteurs sanitaire et médico-social ;</li> <li>• La procédure d'élaboration du projet personnalisé existe.</li> <li>• Des référents sont nommés pour chaque résident ;</li> <li>• Rencontre systématique avec un psychologue dans un délai de deux mois après l'admission ;</li> <li>• Le recueil de besoins de l'usager existe dans le cadre du projet de soins individualisé ;</li> <li>• Les avis, attentes et propositions du résident ne sont pas recueillies de façon explicite ;</li> <li>• L'orientation du projet est porté davantage sur le soin que sur les choix de vie ;</li> <li>• Le dispositif d'écoute des résidents existe mais n'est pas formalisé.</li> </ul>		<p>Les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique engagée et :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer la personnalisation du projet à partir des attentes du résident ;</li> <li>• Associer clairement le résident et sa famille à l'élaboration de son projet personnalisé ;</li> <li>• Inviter le résident à valider le projet personnalisé finalisé ;</li> <li>• Associer les professionnels du social et du paramédical à la construction du projet personnalisé : psychologues, assistante sociale, animatrices.</li> <li>• Organiser la mise en œuvre et le suivi de chaque projet personnalisé en s'appuyant sur le référent.</li> </ul>

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

Items : Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux CVS sont organisés et fonctionnent régulièrement ;</li> <li>• Le service animation réalise une enquête annuelle des désirs et de satisfaction auprès des résidents ;</li> <li>• Une visite de préadmission est systématiquement organisée ;</li> <li>• Un recueil de données est complété à l'entrée du résident ;</li> <li>• La mandataire judiciaire du CHG gère 65 mesures de protection juridique, elle rencontre régulièrement les protégés.</li> </ul>		Les évaluateurs vous invitent à poursuivre la dynamique.

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

Items : Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une visite de pré admission est systématique et le consentement de la personne âgée est recherché ;</li> <li>• Présence d'un IDE la nuit au Val d'Or ;</li> <li>• Une diététicienne prépare des textures alimentaires spécifiques ;</li> <li>• Une orthophoniste intervient en cas de troubles de déglutition ;</li> <li>• Les chutes sont analysées quantitativement et qualitativement ;</li> <li>• Les déclarations d'événements indésirables sont nombreuses ;</li> <li>• Les évènements significatifs font l'objet d'une revue d'expérience ;</li> <li>• Psychologues organisent des formations en interne sur la bientraitance 2 fois / an ;</li> <li>• Psychologues utilisent la mallette Mobiquial ;</li> <li>• Rôle des cadres de santé dans l'information aux professionnels sur le thème ;</li> <li>• Encadrement de proximité adapté pour chaque site.</li> </ul>		Les évaluateurs vous encouragent à poursuivre la dynamique.

Items : Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'établissement comprend une pharmacie interne ;</li> <li>• Le médecin coordonnateur de l'EHPAD participe au COMEDIMS.</li> <li>• Les instances CLIN, CLAN et CLUD sont communes aux secteurs sanitaire et médico-social ;</li> <li>• La politique de prévention des risques n'est pas formalisée pour l'EHPAD ;</li> <li>• La sécurité des bâtiments est organisée ;</li> <li>• Le plan blanc existe ;</li> <li>• Le risque inondation est pris en compte ;</li> <li>• Le plan bleu n'est pas formalisé ;</li> <li>• Le document unique est réalisé et actualisé.</li> </ul>	Les évaluateurs vous encouragent à poursuivre la dynamique.

Items : Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables permettent de traiter les faits indésirables.		
Forces	Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les instances du centre hospitalier :CLIN, CLAN et CLUD participent au programme de prévention des risques.</li> <li>• L'organisation de la démarche qualité est commune aux secteurs sanitaire et médico-social.</li> <li>• EPP déployées sur le secteur sanitaire concernent l'EHPAD (médicaments et escarres) ;</li> <li>• Une EPP sur les événements indésirables liés aux médicaments est programmées.</li> </ul>	Les évaluateurs vous encouragent à poursuivre la dynamique.

## Appréciation globale des évaluateurs

La visite d'évaluation externe s'est déroulée dans de bonnes conditions d'accueil et de participation. Les évaluateurs ont rencontré l'équipe de direction, de nombreux professionnels de tous les secteurs d'activité, des bénévoles, les membres des deux CVS et des usagers dans les différents lieux d'hébergement.

Le professionnalisme et l'investissement de chacun participant à une bonne qualité de vie des résidents.

L'EHPAD fait partie de l'établissement hospitalier ce qui participe au niveau élevé de la qualité de la prise en soin des résidents, de la démarche qualité et de la prévention des risques.

L'EHPAD doit affirmer son positionnement médico-social en élaborant un projet d'établissement spécifique pour sa partie. Le travail de construction du projet sera l'occasion d'une réflexion sur le projet personnalisé du résident et le déploiement du secteur animation.

## 9. Méthodologie de l'évaluation externe :

Préparation de la visite	Une rencontre avec la direction a eu lieu au sein de l'établissement afin de lancer la mission et de préparer la visite. Une présentation de la démarche à l'ensemble des professionnels a été réalisée le 5 mars 2015. Entre ces dates, des documents ont été demandés et analysés ; un planning d'intervention a été proposé et validé par l'établissement.
La visite d'évaluation	La visite d'évaluation a été menée (les 23, 24 et 25 mars 2015) par 3 évaluateurs de profils professionnels différents – directeur, médecin et cadre de santé – ayant de l'expérience à la fois en évaluation mais également une expérience dans des établissements similaires à celui évalué. Des entretiens individuels et collectifs ont été réalisés (avec les professionnels, représentants du CVS, résidents ...). Des documents ont été consultés sur place pour approfondir le recueil d'informations et l'analyse.
Le rapport d'évaluation externe	Le rapport réalisé par les évaluateurs a été transmis à un groupe de relecture, indépendant de l'équipe d'évaluateurs. Le pré-rapport a été ensuite transmis au commanditaire pour mise en débat (procédure contradictoire), avant remise du rapport définitif.

## 10. Commentaires de la structure sur l'évaluation externe

Commentaires de l'EHPAD du CHG d'ALBIGNY-SUR-SAONE	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
Conforme à nos attentes.	Avis conforme aux conclusions de l'organisme évaluateur

## INDICATEURS

Axes d'évaluation	Thèmes	Indicateurs de suivi	Résultat
Droits	Garantie des droits individuels	Taux de contention passive	NS
	Recueil de la personne de confiance	Taux de recueil dans les dossiers médicaux	83%
	Garantie des droits collectifs	Taux de réponses apportées aux demandes du CVS	90%
Prise en charge	Prévention et prise en charge de la douleur	Taux évaluation douleur dossier médical	64%
	Prévention et prise en charge de la douleur	Taux évaluation douleur dossier de soin	15%
	Prévention et prise en charge des chutes	Taux de résidents identifiés à risque de chute	31%
	Prévention et prise en charge des escarres	Taux d'escarres acquises dans EHPAD	NS
	Prévention et prise en charge des escarres	Nombre de dossiers avec grille d'ANGER	14%
	Prévention et prise en charge de la dénutrition	Taux de résidents pesés une fois par mois	89%
	Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement	Taux évaluation troubles humeur/ comportement (présence d'un MMS dans le dossier)	14%
	Analyse et maîtrise du risque infectieux	Taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués	76%
	Continuité des soins	Taux d'hospitalisation en urgence	NS
	Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes invalides	Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre 2 évaluations	NS
	Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale	Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre 2 évaluations	NS
Projet et personnalisation	Le projet personnalisé	Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement	NS
	Projet de soins élaboré	Taux de résidents ayant le PSI élaboré	76%
	Fiche de connaissance de la personne accueillie renseignée	Taux de fiches renseignées	56%
	Personnalisation des activités individuelles et collectives	Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées	77%



Axes d'évaluation	Thèmes	Indicateurs de suivi	Résultat
	Possibilité du maintien des liens sociaux	Taux de résidents isolés	NS
Accompagnement de la fin de vie	Accompagnement de la personne	Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie	NS
	Le soutien des proches et des professionnels		NS
Satisfaction	Taux global de satisfaction des familles des résidents		86%
Satisfaction	Taux global de satisfaction des résidents		93%

## VOS INTERLOCUTEURS POUR CE DOSSIER

Marie-Frédérique BRUN

Responsable régionale

Tél. 06 18 23 69 00

mf.brun@grieps.fr

Sabrina DEVIGNES

Assistante régionale

Tél. 04 72 66 20 48

s.devignes@grieps.fr



[www.grieps.fr](http://www.grieps.fr)

Les Berges du Rhône  
64, avenue Leclerc  
69007 Lyon

Tél. 04 72 66 20 30  
Fax. 04 72 66 20 44

[contact@grieps.fr](mailto:contact@grieps.fr)

Société anonyme coopérative  
et participative à capital variable  
**SIÈGE SOCIAL**  
58 à 60, avenue Leclerc - Bâtiment 64  
69007 Lyon

**SIREN 414 862 672 RCS Lyon**  
**Centre de formation n°82 69 0577869**  
**Code APE 8559A**  
**TVA/CEE FR 40 414 862 672 000 48**