

2014

Rapport d'évaluation externe Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes



EHPAD
59, rue Papu
35000 RENNES



Validé le 21/07/2014

GALATA Organisation
François DEFFAIX



SOMMAIRE

Éléments de cadrage	3
Présentation de l'établissement	4
Descriptif de la procédure d'évaluation externe	10
Méthodologie générale	11
Intervenants	12
Projet évaluatif	13
Volet commun.....	14
Cadre spécifique de l'établissement	15
Projet évaluatif.....	16
Questionnement évaluatif	18
Résultats de l'analyse détaillée	21
Analyse des pièces techniques	22
Evaluation sur site	35
EVALUATION INTERNE	36
PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	39
PROJET D'ETABLISSEMENT.....	40
MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT – ORGANISATION GENERALE	48
MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT – RESSOURCES HUMAINES.....	51
OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT	54
PROJET PERSONNALISE	59
DISPOSITIONS D'ADMISSION DES USAGERS	63
DISPOSITIONS D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS.....	68
EXPRESSION ET PARTICIPATION DES USAGERS.....	73
GARANTIE DES DROITS ET POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES	74
PERCEPTION DE L'ETABLISSEMENT	78
Synthèse	82
INTRODUCTION.....	83
A. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers	85
B. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	96
C. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers ...	100
D. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	106
Abrégé du rapport d'évaluation externe	109
Annexes	124
Annexe 1 : Contrat de réalisation de l'évaluation externe	125
Annexe 2 : CV des intervenants	138
Annexe 3 : Calendrier de réalisation	140
Annexe 4 : Programme d'intervention	141
Annexe 5 : Habilitation GALATA Organisation	145



Éléments de cadrage



Présentation de l'établissement

📌 SIGNALÉTIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT :

Nom de l'établissement : MAISON DE RETRAITE SAINT-CYR	
Adresse : 59, rue Papu	
CP : 35000	Ville : RENNES
Téléphone : 02 99 59 48 80	Fax : 02 99 59 92 73
E-mail : irene.sipos@alfainfo.net ou roselyne.herve@alfainfo.net	
Code FINESS géographique (8 chiffres + clé) : 350 052 052	
Numéro SIRET : 339 838 237 00016	

Date de création de l'établissement :	A partir de 1976 l'établissement a commencé à accueillir des personnes âgées.
Date de rénovation éventuelle :	01/01/1989

Nature juridique de la structure :	Association loi 1901 à but non lucratif
Organisme gestionnaire éventuel :	Association Saint-Cyr

Responsable de l'organisme gestionnaire :	Monsieur Michel BLANC
Directeur / Directrice de l'établissement :	Madame Irène SIPOS

Date de la convention tripartite :	
CTP 1 : 26 DECEMBRE 2001	CTP 2 : 29 JUIN 2007

📌 CAPACITÉ D'ACCUEIL DE L'ÉTABLISSEMENT :

Nombre de places autorisées :	152
Dont hébergement à temps complet :	130
Dont hébergement temporaire :	12
Dont accueil de jour :	10

Nombres de places habilitées à l'aide sociale :	130
---	-----

Nombre d'usagers accueillis au moment de l'évaluation :	152
Dont nombre de personnes en hébergement à temps complet :	131
Dont nombre de personnes en hébergement temporaire :	11
Dont nombre de personnes en accueil de jour :	10 (sur 33 bénéficiaires)
Taux d'occupation au 31/12/2013 :	-
Coefficient d'occupation moyen en 2013 :	99.27 %

👉 DESCRIPTIF DE L'ÉTABLISSEMENT :

Descriptif général :

L'établissement est-il implanté en milieu urbain (ou périurbain ? Oui X Non <input type="checkbox"/>	Existe-t-il un plan d'accès à l'établissement ? Oui X Non <input type="checkbox"/>	
	Nombre de places de stationnement :	
Existe-t-il une signalétique extérieure : Oui X Non <input type="checkbox"/>	Dont nombre à proximité immédiate de l'établissement :	
Aux abords de l'établissement ? Oui X Non <input type="checkbox"/>	Dont nombre accessibles aux personnes circulant en fauteuil roulant :	
Intégrée à la signalétique routière ou urbaine ? Oui <input type="checkbox"/> Non X	Dont nombre gratuites :	
L'établissement :	Dispositif de prévention de quelques risques ? Oui X Non <input type="checkbox"/>	
- Est implanté à moins de 500 mètres de commerces ? Oui X Non <input type="checkbox"/>	Un diagnostic de présence d'amiante a-t-il été réalisé ? Oui X Non <input type="checkbox"/>	
- Est accessible par les transports en commun ou par une navette ? Oui X Non <input type="checkbox"/>	La prévention des risques de légionellose est-elle prise en compte ? Oui X Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, selon quel rythme journalier ?	7/7	
- Est de plain-pied ? Oui <input type="checkbox"/> Non X		
Si non, nombre d'étages :	4	
Nombre d'ascenseurs dans l'établissement :	7	
Nombre d'ascenseurs accessibles en fauteuil roulant :	6	

Descriptif des chambres/logements et des locaux spécifiques :

Description quantitative des chambres/logements	Une place	Deux places	Plus de deux places	Total
Nombre de chambres/logements	139	3	0	142
Dont chambres/logements accessibles en fauteuil roulant	139	3	0	142
Dont chambres/logements disposant de cabinet de toilette intégré (douche, lavabo, sanitaire)	138	3	0	141
Dont chambres/logements disposant de cabinet de toilette intégré accessible en fauteuil roulant	137	3	0	140
Pourcentage de chambres doubles		2.11 %		

L'établissement dispose-t-il de :	
Une pharmacie à usage intérieur (date de l'arrêté d'autorisation)	Oui <input type="checkbox"/> Non X
Un local pour les soins (chambre ou salle de soins)	Oui X Non <input type="checkbox"/>
Un cabinet médical :	Oui <input type="checkbox"/> Non X
Une salle de kinésithérapie/ergothérapie	Oui <input type="checkbox"/> Non X
Salle d'activités :	Oui X Non <input type="checkbox"/>

Les moyens humains :

Personnel de l'établissement		
Fonction	Effectif	ETP
Médecin – Directeur	1	1
Médecin coordinateur	1	0.15
Psychologue	1	0.62
Adjoint de direction	1	0.80
Infirmier Coordinateur	1	1
Infirmiers	8	6.75
Ergothérapeute	1	1
Assistant de soins en gérontologie	2	2
Aides-soignants et AMP	39	35.79
Agents hôteliers spécialisés	34	28.56
Responsable animation	1	1
Animatrice Personnes Agées dépendantes	1	1
Agents hôteliers	6	3.80
Ouvriers Hautement Qualifiés	2	2
Responsable logistique	1	1
Hôtesse d'accueil	1	1
Secrétaires chargée de l'accueil des résidents	2	1.80
Assistante ressources humaines	1	1
Comptable	1	1
TOTAL	105	91.27

Personnel libéral exerçant dans l'établissement			
Fonction	Nombre	Nombre de résidents suivis	Durée moyenne d'intervention hebdomadaire
Médecins généralistes	55	142	Non mesurable
Kinésithérapeutes	11		Non mesurable
Orthophonistes	5		Non mesurable
Pédicure	3		Non mesurable
TOTAL	74		

Les moyens matériels (médical, transports, informatique, ...) :

Matériels :

matériel médical : lits médicalisés et accessoires (barrières, potences...) matelas préventifs et curatifs, verticalisateurs, lèves-malades, chaises de douche, chariot Snoezelen, appareils respiratoires, fauteuils médicalisés...

Transports :

3 véhicules : 2 véhicules adaptés pour les personnes en fauteuil et 1 minibus 9 places.

Informatique : réseau informatisé sécurisé (1 serveur pour des sauvegardes à chaud) ;

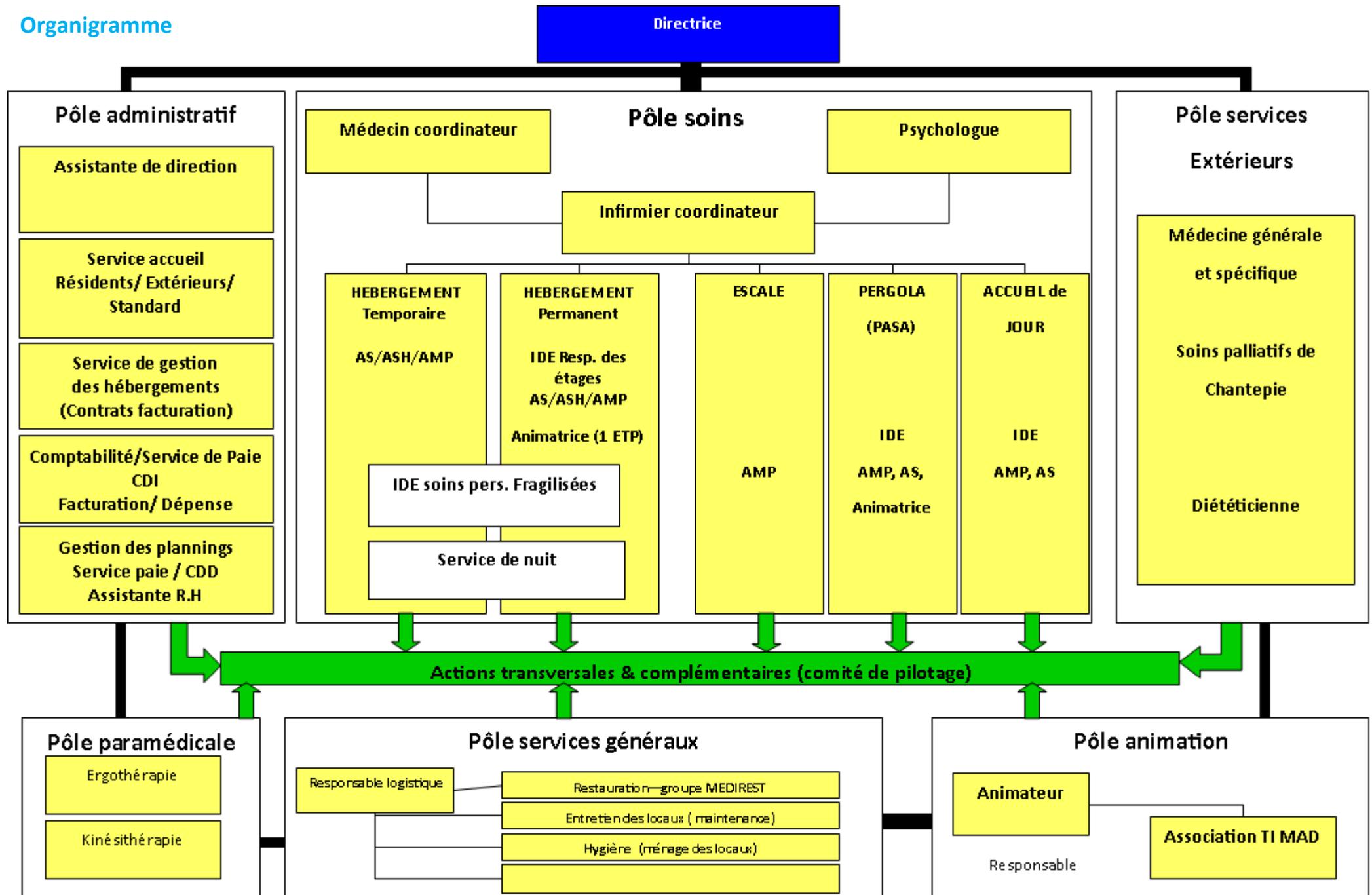
Postes informatiques à chaque étage (1 pour chaque IDE, et 1 portable par service).

Sous-traitance des fonctions logistiques et maintenance :

Fonctions logistiques	Sous-traitance	
	Partielle	Totale
Cuisine	X	
Lingerie	X	
Nettoyage	X	
Informatique		X
Espaces verts	X	
Entretien du bâtiment	X	
Autres (à préciser)		

Existe-t-il des un ou des contrats de maintenance ?	Oui X	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, le(s)quel(s) ? : Ascenseurs, chauffage, matériel de cuisine, téléphonie, détection incendie, informatique (matériel et logiciel), ventilation/extraction, destruction des nuisibles, cloches, sécurité des installations (électriques, gaz, ascenseurs...).		

Organigramme



Descriptif des usagers

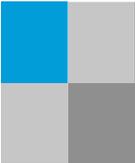
Origine géographique	Nombre de résidents au 31/12/2013
Du département d'implantation de l'établissement	1
Du canton ou de la ville d'implantation de l'établissement	87
Des cantons limitrophes	20
Du ou des départements limitrophes	6
D'autres départements	17

Bénéficiaires d'aides légales	Nombre au 31/12/2013
Aide Sociale du département	2
Aide Sociale d'autres départements	2
Allocation personnalisée d'autonomie du département	113
Allocation personnalisée d'autonomie d'autres départements	17
Aide personnalisée au logement ou Allocation logement social	42

Mouvements des résidents	Du 01/01 au 31/12/2013
Nombre d'admissions	17
Durée moyenne de séjour des résidents	5.05 ans
Nombre de transferts vers une autre structure	0
Nombre de résidents décédés dans l'établissement	22
Nombre de résidents décédés hors de l'établissement	21
Nombre de journées de séjours de résidents en hospitalisation	538

Evaluation de la dépendance	Nombre de résidents au 31/12/2013
Personnes en GIR 1	30
Personnes en GIR 2	42
Personnes en GIR 3	17
Personnes en GIR 4	20
Personnes en GIR 5	6
Personnes en GIR 6	15

Age	Au 31/12/2013
Nombre de résidents de moins de 60 ans	0
Age moyen des résidents	88.94 ans
GIR moyen pondéré de l'établissement (validé le 14 avril 2014)	645.34
Coupe Pathos (faite le 22 avril 2014, document officiel en attente)	235

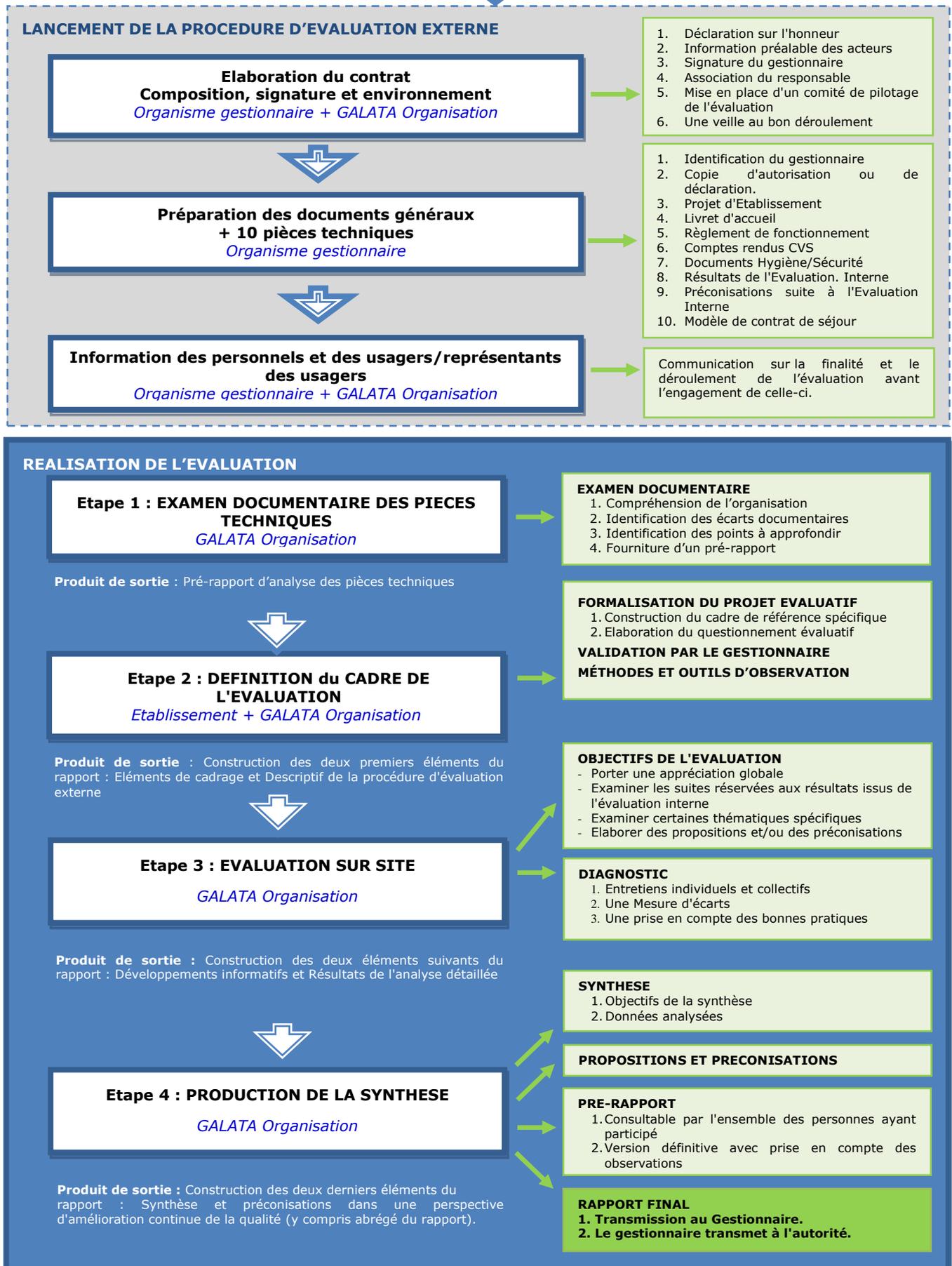


Descriptif de la procédure d'évaluation externe



Méthodologie générale

Engagement de la procédure d'EVALUATION EXTERNE par le **GESTIONNAIRE** de l'établissement



Intervenants

Equipe des intervenants :

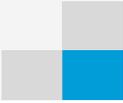
- Chef de projet : François DEFFAIX
- Evalueur(s) : Gaëlle DESDOUETS

Constitution du comité de pilotage :

Nom	Prénom	Fonction
de St Gilles	Aliette	Présidente CVS
Battini-Thomas	Magguy	Vice-Présidente CVS
Gautier	Yves	Membre du Conseil d'Administration
Giffard	Didier	Infirmier coordonateur
Cuvelier	Laetitia	Infirmière DE
Charbonneau	Annick	Aide-soignante
Bouget	Julie	Agent Hospitalier spécialisé
Joubert	Christelle	Agent services techniques
Gouy	Vincent	Responsable Logistique
Hervé	Roselyne	Adjointe de Direction
Sipos	Irène	Médecin Directeur



Projet évaluatif



Cadre réglementaire de référence :

- Code de l'Action Sociale et des Familles
- Loi du 2 janvier 2002 portant rénovation sociale
- Loi HSPT du 21/07/2009
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie (article L 311-4 du CASF)
- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM applicables :

Recommandations générales :

- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement (2014)
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (octobre 2010)
- Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (juillet 2009)
- Mission du responsable de l'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008)
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)
- Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (avril 2008)

Recommandations spécifiques :

- Qualité de vie en EHPAD (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012)
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 3) - La vie sociale des résidents (janvier 2012)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (juin 2011)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011)
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social (février 2009)

Cadre spécifique de l'établissement

Missions et le cadre réglementaire, contenus dans l'autorisation :

L'établissement, en date du 22 juillet 1987, a reçu l'autorisation du Conseil Général d'Ille et Vilaine pour accueillir 142 personnes âgées dépendantes dont 12 places en hébergement temporaire.

Certification :

Néant.

Contractualisations engagées (CPOM, autres, etc.) :

L'établissement a signé sa convention tripartite de 2^{ème} génération le 22 juin 2007.

Principales valeurs de l'établissement :

Le projet associatif présente les valeurs suivantes :

- Choix, libertés et contraintes du résident,
- Projet individuel,
- Respect et dignité,
- Droit à la parole,
- Autonomie,
- Tolérance,
- Ouverture sur l'extérieur,
- Le souci d'un accompagnement de qualité.

Objectifs généraux :

Le projet d'établissement présente les objectifs généraux suivant :

- La création d'un lieu de vie, dans un climat de confiance mutuelle et dans une ambiance chaleureuse,
- La satisfaction des résidents par une écoute attentive,
- L'apport de soins et d'une aide au confort pour favoriser l'autonomie des personnes,
- Le maintien des liens entre les résidents et leurs familles, leurs amis en respectant l'histoire et les habitudes de chacun.

Objectifs opérationnels :

Pour le projet de soins :

- Amélioration de la prise en compte des soins de base et de l'accompagnement individuel,
- Amélioration de la prise en charge des personnes ayant la maladie d'Alzheimer,
- Adaptation des animations,
- Meilleure prise en compte de la diététique, de l'autonomie,
- Soins palliatifs.

Pour le projet d'animation :

- Créer un cadre d'existence plus agréable,
- Valoriser l'image du corps,
- Accompagner les personnes les plus fragiles,
- Stimuler la communication,
- Favoriser une vie en collectivité sereine,
- Proposer des relations sociales nouvelles,
- Ouvrir sur le monde extérieur.

Projet évaluatif

Après analyse des documents remis par l'établissement, le projet évaluatif a été défini comme suit :

Domaines	Thèmes
 La démarche d'évaluation interne	<p>La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.)</p> <p>Résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité</p> <p>Appréciation de la communication, de la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'EI</p> <p>Pertinence, effets prévus et imprévus, efficience</p>
 Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement	<p>Elaboration et actualisation du PE, pertinence au regard des missions</p> <p>Adéquation des objectifs par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs</p> <p>Cohérence des différents objectifs entre eux et adaptés aux missions</p> <p>Adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place</p> <p>Adéquation entre les besoins de la population et le profil des personnels</p> <p>Modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences</p> <p>Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers</p> <p>Cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS dans le projet d'établissement</p>

Domaines	Thèmes
 Thématiques retenues dans le cadre du projet évaluatif	Admission
	Expression et participation des usagers
	Garantie des droits - et politique de prévention et de gestion des risques
	Management de l'établissement - Organisation du travail
	Management de l'établissement - Ressources humaines
	Ouverture de l'établissement sur son environnement
	Perception de l'établissement
	Prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
	Projet personnalisé
	Réponses apportées aux attentes exprimées par les usagers

Questionnement évaluatif

THEMES	Sujets à aborder	Fonctions concernées
Projet d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> - Adéquation des objectifs du projet d'établissement par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties - Cohérence des différents objectifs entre eux - Adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place - Existence et pertinence de dispositifs de gestion et de suivi - Appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs - Appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés - Conditions d'efficacité des actions et de réactualisation régulière de l'organisation 	CODIR
Evaluation interne	<ul style="list-style-type: none"> - Méthodologie de mise en œuvre de l'évaluation interne - Dispositions de communication et de diffusion des propositions d'amélioration résultants de l'évaluation interne et manière dont les acteurs ont été impliqués - Résultats et axes d'amélioration mis en œuvre, modalités de suivi du plan d'actions - Effets observés 	COPIL
Accueil	Pré-admission : <ul style="list-style-type: none"> - information initiale - recueil de données - décision d'admission - Liste d'attente 	Directrice Secrétaire administrative
Accompagnement	Admission : <ul style="list-style-type: none"> - Décision d'entrée - Signature du contrat - Intégration - Adaptation 	Directrice Secrétaire administrative IDEC / IDE Resp. logistique AS référent Animateur
Accompagnement	Dispositif d'accueil temporaire : <ul style="list-style-type: none"> - Préadmission / Admission - Projet personnalisé - Sortie 	Directrice Secrétaire Administrative. IDE / AS
Accompagnement	Projet personnalisé : <ul style="list-style-type: none"> - Recueil de données - Elaboration et validation - Suivi et actualisation - PASA 	IDEC / IDE Psychologue Animatrice Référent Médecin Directeur AS / ASG / AMP / AHS

THEMES	Sujets à aborder	Fonctions concernées
Accompagnement	Soins : <ul style="list-style-type: none"> - Dossier médical - Prise en charge - Circuit du médicament 	Médecin coordonnateur IDEDEC IDE Psychologue AS / AMP / AHS IDE hygiéniste
Accompagnement	Hébergement : <ul style="list-style-type: none"> - Entretien des locaux - Maintenance - Lingerie 	Resp. logistique Agent d'entretien Lingère AS / AHS
Accompagnement	Restauration : <ul style="list-style-type: none"> - Préparation des repas - Service de restauration - Risques alimentaires 	Chef gérant Cuisiniers Diététicienne Resp. logistique IDE AS / AHS
Accompagnement	Vie sociale / animation : <ul style="list-style-type: none"> - Animations - Bénévolat - Droits des usagers 	Animateurs Psychologue AS / AHS / AMP
Accompagnement	Accueil de jour : <ul style="list-style-type: none"> - Admission - Projet personnalisé 	Psychologue Médecin directeur AS / AHS / AMP
Accompagnement	Plate-forme de répit : <ul style="list-style-type: none"> - Entrée / sortie - Accompagnement 	Psychologue Equipe dédiée
Accompagnement	Sortie : <ul style="list-style-type: none"> - Préparation à la sortie - Transferts - Gestion dossier administratif 	Médecin directeur Secrétaire Ad m. IDEDEC / IDE Animateur
Management établissement	Réponse téléphonique : <ul style="list-style-type: none"> - Pendant les heures d'ouverture - En dehors des heures d'ouverture - Urgences 	Secrétaire accueil Personnels de nuit
Management établissement	Organisation générale : <ul style="list-style-type: none"> - Gestion des moyens (H et M) - Adaptation de l'organisation - Cohérence et continuité des actions 	Directrice Assistante de Direction Assistant RH IDEDEC
Management établissement	Gestion des Ressources humaines : <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des personnels - Gestion des compétences - GPEC - Fatigue professionnelle (DU) - Risques psychosociaux (DU) 	Directrice Assistant RH Psychologue IDEDEC
Gestion des risques	Politique générale de gestion des risques : <ul style="list-style-type: none"> - Résidents - Gestion de crise - CHSCT 	Direction Agent d'entretien Médecin Co Assistante de Direction IDEDEC

THEMES	Sujets à aborder	Fonctions concernées
Recommandations des bonnes pratiques de l'Anesm	Prise en compte : - Veille - Formation / sensibilisation - Appropriation dans les pratiques	Médecin Directeur IDEC
Ouverture sur l'environnement	Dispositions : - Conventions de partenariats - Réseau	Médecin Directeur Médecin coordonnateur IDEC
Perception de l'établissement	Résidents / familles : - Fonctionnement du CVS	Membres du CVS
Perception de l'établissement	Résidents / familles : - Perception globale	Résidents Familles
Perception de l'établissement	Personnel : - Instances représentatives - Réunions internes	Délégués du personnel
Perception de l'établissement	Partenaires : - Échanges - Communication	Médecins traitants Kinésithérapeutes Pédicures Pharmacien Orthophoniste Coiffeuse
Perception de l'établissement	Bénévoles : - Échanges - Communication	Bénévoles
Evaluation de la qualité	Evaluation et amélioration : - Evènements indésirables - Réclamations / suggestions - Enquêtes - Amélioration continue	CODIR

Le programme d'intervention est présenté en annexe.

Modalités de consultation des usagers aux différentes étapes de la démarche :

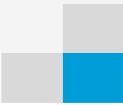
Des résidents et familles de résidents ont été rencontrés au cours de la phase d'évaluation sur site.



Résultats de l'analyse détaillée



Analyse des pièces techniques



Objectifs

Conformément au cahier des charges défini par le **décret n°2007-975 du 15 mai 2007**, la réalisation de l'évaluation externe débute par une phase d'examen documentaire.

Conformément au cahier des charges défini par le **décret n°2007-975 du 15 mai 2007**, la réalisation de l'évaluation externe débute par une phase d'examen documentaire.

Cet examen porte sur neuf pièces techniques énumérées par le décret, et remises par l'ESSMS à l'évaluateur externe :

1. tout document public permettant d'identifier la personne physique ou morale de droit public ou privé gestionnaire de l'établissement ;
2. une copie de l'autorisation ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis, un organigramme et un document relatif aux personnels (effectifs en poste, répartition par catégorie) ;
3. le projet d'établissement ou de service et autres documents de référence utilisés (chartes, supports de démarche qualité) ;
4. le livret d'accueil ;
5. le règlement de fonctionnement ;
6. les comptes-rendus du CVS ou autres formes de participation ;
7. les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité ;
8. une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne ;
9. les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation.

En complément, l'établissement remet a minima au chef de projet :

- le rapport de certification NF SERVICE réalisé par AFNOR Certification conformément à l'Arrêté du 17 avril 2013 ;
- un modèle contrat de séjour.

L'analyse de ces documents permet à l'évaluateur externe d'acquérir une meilleure compréhension de l'organisation de l'ESSMS, de déceler les écarts documentaires au regard de la réglementation en vigueur, et de repérer les points à approfondir lors de l'évaluation sur site.

En fonction des résultats de l'analyse, l'évaluateur externe soumet à l'ESSMS les préconisations qui en découlent.

Documents examinés

Liste des documents remis par l'établissement :

- 1/ Publication au Journal Officiel de la création de l'Association Saint-Cyr - 2 Juillet 1986 ;**
- 2/ Récépissé de déclaration d'association, Préfecture d'Ille-et-Vilaine – 10 Juin 1986 ;**
- 3/ Autorisation d'extension, Conseil Général d'Ille-et-Vilaine – 20 Juillet 1987 ;**
- 4/ Projet d'établissement – Septembre 2013 ;**
- 5/ Le Livret d'accueil - 20 Septembre 2011 ;**
- 6/ Le règlement de fonctionnement – 25 Avril 2014 ;**
- 7/ Contrats de séjour :**
 - Le contrat de séjour pour l'accueil de jour - non daté ;
 - Le contrat de séjour pour l'accueil permanent - 8 Avril 2004 ;
 - Le contrat de séjour pour l'accueil permanent - 27 Février 2009 ;
- 8/ Règlement intérieur du Conseil de la Vie Sociale – Année 2008/Janvier 2014 ;**
- 9/ Comptes-rendus de réunion du Conseil de la Vie Sociale :**
 - 13 Février 2013 ;
 - 23 Avril 2013 ;
 - 27 Juin 2013 ;
 - 26 Avril 2014 ;
- 10/ Maitrise du risque infectieux, Protocoles et fiches pratiques – Août 2013 ;**
- 11/ Accord d'entreprise instituant des mesures de prévention de la pénibilité – 26 Juin 2012 ;**
- 12/ Documents du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail – 5 Août 2008 au 29 Avril 2014 ;**
- 13/ Manuel d'auto-évaluation du risque infectieux, Groupe d'évaluation des pratiques en Hygiène Hospitalière – 25 Avril 2013 ;**
- 14/ Rapport d'Evaluation Interne – 1^{er} Mars 2013**
- 15/ Note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne – 30 Avril 2014 ;**

En Gras, pièces exigibles au regard de la section III du Chapitre III du décret 2007-975 (15 Mai 2007).
En non gras : autres pièces fournies par l'établissement

Résultats de l'analyse des pièces techniques

Document public permettant d'identifier la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'ESSMS

Forces
<ul style="list-style-type: none">- La publication au Journal Officiel le 2 Juillet 1986 de la création le 10 Juin 1986 de l'Association Saint-Cyr, autorisée à gérer et faire fonctionner une maison de retraite.- Récépissé de déclaration d'association de la Préfecture d'Ille-et-Vilaine datée du 10 Juin 1986.

Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
Néant.	Néant.

Points à approfondir lors de la phase sur site
Néant.

Autorisation ou déclaration avec descriptif des activités, des publics accueillis, organigramme et document relatif aux personnels (effectifs en poste, répartition par catégorie)

Forces
L'autorisation d'extension de la maison de retraite « Saint-Cyr », délivrée par le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine et datée du 20 Juillet 1987.

Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
Néant.	Néant.

Points à approfondir lors de la phase sur site
Néant.

Projet d'établissement ou de service et autres documents de référence utilisés

Forces
<p>Le projet d'établissement est daté du mois de Septembre 2013.</p> <p>Le projet d'établissement détaille le cadre de fonctionnement de l'établissement, la population accueillie, les principes généraux qui animent l'établissement, et l'organisation des services.</p> <p>Le projet d'établissement s'articule autour de 3 volets:</p> <ul style="list-style-type: none">- Le volet soins,- Le confort et le cadre de vie des résidents,- Le volet social. <p>Le projet d'établissement développe également les sujets de maltraitance-bienveillance et d'évaluation de la qualité.</p> <p>Le projet d'établissement comprend enfin une synthèse des objectifs généraux du projet d'établissement, et un plan d'actions.</p>

Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Le projet d'établissement ne décrit pas la méthodologie utilisée pour la rédaction du projet d'établissement.</p> <p>Le projet d'établissement ne décrit pas la méthode de consultation des intervenants et instances avant rédaction du projet d'établissement. (Art L 311.8 CASF).</p> <p>Le projet d'établissement ne mentionne pas l'existence d'une synthèse du projet d'établissement.</p>	<p>L'établissement doit actualiser son projet d'établissement afin de le rendre conformes aux dispositions prévues dans le Code de l'Action Sociale et des Familles.</p>

Points à approfondir lors de la phase sur site
<ul style="list-style-type: none">- Vérification de la méthodologie utilisée pour la rédaction du projet d'établissement.- Mise à disposition du projet à tous les intervenants et acteurs de l'établissement.- Existence d'une synthèse du projet d'établissement.- Adéquation et cohérence des objectifs du projet d'établissement par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties.- Adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place.- Existence et pertinence de dispositifs de suivi et de réactualisation.- Appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs.

Forces
<p>Le Livret d'accueil, daté du 20 Septembre 2011, est structuré de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Maison Saint-Cyr, un passé prestigieux, - Les objectifs de la Maison Saint-Cyr, - Le public résidant, - Un réseau de professionnels pour le bien-être des résidants, - Les prestations de la Maison Saint-Cyr, - Une équipe professionnelle, - Le cadre de vie à la Maison Saint-Cyr, - Une journée à la Maison Saint-Cyr, - Les conditions d'admission et les frais de séjour, - Organigramme, - Documents joints.

Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Le livret d'accueil ne comporte pas l'ensemble des informations prévues au Code de l'Action Sociale et des Familles (Circulaire DGAS/SD N°2004-138 du 24 Mars 2004 – cf Art 311.4 CASF) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La situation géographique de l'établissement (...) et les différents sites qui le composent, leurs voies et moyens d'accès, - Les modalités de sortie de l'établissement, - Les possibilités et conditions d'accueil et d'hébergement éventuellement proposées aux proches. 	<p>L'établissement devrait actualiser son livret d'accueil pour prendre en compte les données proposées par le Code de l'Action Sociale et des Familles.</p>

Points à approfondir lors de la phase sur site
<ul style="list-style-type: none"> - Modalités de mise à disposition du livret d'accueil aux usagers. - Présence effective des documents joints au livret d'accueil.

Règlement de fonctionnement

Forces
<p>Le règlement de fonctionnement, voté en Conseil d'Administration le 25 Avril 2014, est structuré de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none">- Dispositions générales,- Modalités de vie,- Vivre ensemble,- Divers.

Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Le règlement de fonctionnement ne respecte pas toutes les dispositions prévues par le Code de l'Action Sociale et des Familles :</p> <ul style="list-style-type: none">- Le règlement de fonctionnement ne fait pas mention des mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles (R311-35 et 36 du CASF).- Le règlement de fonctionnement ne précise pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues.- Le règlement de fonctionnement ne précise pas les dispositions relatives aux transferts et déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux conditions de la délivrance de prestations offertes par l'établissement à l'extérieur.	<p>L'établissement doit actualiser son règlement de fonctionnement afin de le rendre conformes à la réglementation et aux dispositions prévues dans le Code de l'Action Sociale et des Familles.</p>

Points à approfondir lors de la phase sur site
<p>Modalités de consultation du règlement de fonctionnement.</p>

Contrat de séjour

Forces
<ul style="list-style-type: none">- Le contrat de séjour pour l'accueil de jour, non daté.- Le contrat de séjour pour l'accueil permanent, mis à jour le 8 Avril 2004.- Le contrat de séjour pour l'accueil temporaire, mis à jour le 27 Février 2009. <p>Le contrat de séjour renseigne sur la durée du séjour, la vie quotidienne, l'aide aux actes de la vie quotidienne et la surveillance médicale, les modalités administratives d'accueil, les coûts du séjour, les conditions particulières de facturation, la résiliation du contrat, les responsabilités respectives, le décès.</p> <p>Il comporte des éléments variables en fonction du type de séjour comme la réservation du séjour, le coût des prestations, l'état des lieux ou encore l'acte de cautionnement solidaire.</p>

Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Le contrat de séjour ne respecte pas toutes les dispositions prévues par le Code de l'Action Sociale et des Familles :</p> <ul style="list-style-type: none">- Le contrat de séjour pour l'Accueil de jour n'est pas daté.- Le contrat de séjour ne comprend pas la mention de l'obligation, pour les professionnels de santé libéraux appelés à intervenir au sein de l'établissement, de conclure avec ce dernier le contrat prévu à l'article R. 313-30-1.	<p>L'établissement doit actualiser son contrat de séjour afin de le rendre conformes à la réglementation et aux dispositions prévues dans le Code de l'Action Sociale et des Familles.</p>

Points à approfondir lors de la phase sur site
<ul style="list-style-type: none">- Les dispositions de remise et de signature des contrats de séjour.- Les relations entre le contrat de séjour et le projet personnalisé.

Comptes rendus du Conseil de la Vie Sociale ou de toute autre forme de participation

Forces
<p>Le règlement intérieur du Conseil de la Vie Sociale est daté de l'année 2008 et de Janvier 2014.</p> <p>Les comptes-rendus de réunion du Conseil de la Vie Sociale :</p> <ul style="list-style-type: none">- 13 Février 2013,- 23 Avril 2013,- 27 Juin 2013,- 26 Avril 2014. <p>La composition et l'organisation du CVS est conforme aux dispositions prévues dans le Code de l'Action Sociale et des familles.</p> <p>Chaque réunion du CVS fait l'objet d'échanges autour de l'organisation du fonctionnement de l'établissement.</p> <p>Des réponses sont apportées aux demandes et suggestions des représentants des résidents et familles de résidents.</p>

Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
Néant.	Néant.

Points à approfondir lors de la phase sur site
<ul style="list-style-type: none">- Disponibilité des comptes rendus du Conseil de Vie Sociale.- Dispositions de communication des décisions du Conseil de la Vie Sociale auprès des parties prenantes.

Documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité

Forces
<ul style="list-style-type: none">- Les protocoles et fiches pratiques liés à la Maitrise du risque infectieux, datés du mois d'Août 2013.- L'accord d'entreprise instituant des mesures de prévention de la pénibilité est daté du 26 Juin 2012- Les documents du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail présentent des dates de mises à jour du 5 Août 2008 au 29 Avril 2014.- Les résultats du manuel d'auto-évaluation du risque infectieux sont datés du 25 Avril 2013.

Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
Les documents du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ne sont pas toutes datées.	Néant.

Points à approfondir lors de la phase sur site
<ul style="list-style-type: none">- Document unique.- Plan de prévention concernant la sécurité au travail.- Procédures d'entretien des locaux.-Affichage et remise effective du règlement intérieur et livret d'accueil lors de l'arrivée de chaque nouveau salarié.- Disponibilité des documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité.

Résultats de l'évaluation interne

Forces
<p>Le rapport d'évaluation interne est daté du 1^{er} Mars 2013 et comprend une description de l'établissement et une description des éléments méthodologiques de l'évaluation interne.</p> <p>Les domaines d'application du protocole de l'évaluation interne sont :</p> <ul style="list-style-type: none">- La promotion de l'autonomie, de la santé, de la qualité de vie, et de la participation sociale,- La personnalisation de l'accompagnement,- La garantie des droits et la participation des usagers,- La protection et la prévention des risques inhérents à la situation des usagers,- L'accompagnement de la fin de vie. <p>Les résidents, les familles des résidents, le personnel et les partenaires de l'établissement ont été associés à la démarche d'évaluation interne selon des modalités différentes.</p> <p>Le rapport de l'évaluation interne comprend un plan d'action sous la forme d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité.</p>

Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Le rapport d'évaluation interne ne fait pas apparaître les résultats de l'évaluation interne par champs d'exploration.</p>	<p>Néant.</p>

Points à approfondir lors de la phase sur site
<p>Dispositions de diffusion du rapport de l'évaluation interne à l'ensemble des parties prenantes (intervenants extérieurs, partenaires, bénévoles,...).</p>

Note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne

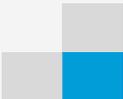
Forces
Une note du 30 Avril 2014 retrace les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne.

Faiblesses	Préconisations formulées par l'évaluateur externe
Néant.	Néant.

Points à approfondir lors de la phase sur site
Etat de réalisation du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité.



Evaluation sur site



EVALUATION INTERNE

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Principales caractéristiques, modalités de participation des usagers, données recueillies	Section 2
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment avez-mis en œuvre votre évaluation interne ?</i>	
CONSTATS	
L'établissement a fait appel à un prestataire externe pour l'accompagner dans la mise en œuvre de sa démarche d'évaluation interne.	
Le référentiel proposé par le prestataire a été construit sur la base des 7 axes de la Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM.	
La première étape de l'évaluation interne a consisté à mettre en place un comité de pilotage regroupant des représentants du Conseil d'Administration, des résidents, familles de résidents, professionnels et responsables de service.	
Le comité de pilotage avait pour mission le suivi de la mise en place de la démarche et la validation aux différentes étapes.	
Le Comité de pilotage a renseigné le support d'évaluation proposé par l'organisme extérieur pour chacun des 7 axes proposés.	
L'établissement a mis en place des groupes de travail avec participation de représentants des résidents, familles de résidents et personnels, ainsi qu'un des membres du comité de pilotage.	
Chaque groupe de travail avait pour objectif d'identifier les axes d'amélioration pour les thèmes les concernant.	
Les partenaires n'ont pas été associés à la démarche d'évaluation interne.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Résultats et axes d'amélioration mis en œuvre, modalités de suivi des actions d'amélioration continue de la qualité	Section 2
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment avez-vous identifié les résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ? Comment suivez-vous les actions d'amélioration ?</i>	
CONSTATS	
Chaque groupe de travail a défini les actions d'amélioration à mettre en œuvre pour les axes dont il avait la charge.	
Un plan d'action d'amélioration a été élaboré pour chacun des groupes de travail, plan validé par le comité de pilotage.	
Chaque action d'amélioration retenue a fait l'objet de la création d'une fiche action spécifique.	
Chaque fiche action comprenait : <ul style="list-style-type: none"> - L'axe d'amélioration concerné, - La définition de l'action, - Le délai prévisionnel de mise en œuvre, - Le pilote désigné pour la mise en œuvre, - Les pièces justificatives attendues. 	
Au cours des réunions du comité de pilotage fait du suivi du plan d'actions, le pilote présente l'état d'avancement des actions dont il est responsable.	
L'établissement a mis en place et suit des indicateurs relatifs aux actions retenues, les indicateurs retenus, en partie tirés de la Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM ne permettent pas de statuer sur les effets des actions mise en place.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Appréciation de la communication, de la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne	Section 2
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment avez-vous communiqué sur la démarche d'évaluation interne ? Comment avez-vous diffusé les résultats et propositions d'amélioration ?</i>	
CONSTATS	
Une première réunion organisée en mars 2012 a permis de communiquer aux résidents, familles, personnels et bénévoles sur la démarche d'évaluation interne.	
Une seconde réunion à destination des résidents et familles a permis de donner des informations sur la méthodologie de mise en œuvre, et de présenter une première fiche action rédigée par un groupe de travail.	
Chaque réunion du Conseil de la Vie Sociale intègre à son ordre du jour un point d'avancement de la démarche d'évaluation interne.	
En mars 2013, au cours d'une réunion mensuelle avec les résidents et familles, les résultats de l'évaluation interne ont été présentés.	
Les résultats de l'évaluation interne ont fait l'objet d'une diffusion générale via la gazette mensuelle, le site Internet.	
Un classeur présentant les plans d'actions a été mis à disposition des membres du personnel par étage.	
L'établissement n'a pas à ce jour mis en place de dispositions particulières de communication aux partenaires.	

PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Modalités de prise en compte des RBPP	Section 3 Point 8
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment avez-vous pris en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM ?</i>	
Constats	
<p>La Direction de l'établissement a organisé une veille en collaboration avec la Direction de plusieurs autres établissements : suite à la publication d'une Recommandation, les établissements se réunissent et procèdent à une analyse commune afin de s'assurer de la bonne compréhension du contenu de la Recommandation.</p>	
<p>Cette concertation permet aux établissements de discuter de la mise en œuvre des Recommandations et des impacts attendus.</p>	
<p>L'établissement met en place une diffusion « ciblée » des Recommandations aux professionnels concernés en différenciant notamment les « destinataires » de chaque Recommandation (équipe soignante, équipe administrative, équipe d'animation, équipe d'encadrement/Direction).</p>	
<p>L'établissement organise le travail des groupes de réflexion en lien avec les différentes thématiques abordées par les Recommandations (soins, hébergement, vie sociale, ...). Les groupes de travail sont chargés de s'assurer de la sensibilisation et de faciliter l'appropriation des Recommandations : organisation de formations internes et externe (Formations en lien avec la Bienveillance par exemple), élaboration de procédures, vérification de l'adéquation entre les procédures existantes et le contenu des Recommandations (exemple de la Recommandation traitant des troubles psychiques de la personne âgée).</p>	
<p>La Direction et certains professionnels de l'établissement ont participé à l'élaboration de plusieurs Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (Volet Animation, Volet Santé).</p>	
<p>L'établissement n'a pas défini les dispositions de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (Méthode, veille, formation, sensibilisation, appropriation).</p>	

PROJET D'ETABLISSEMENT

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Elaboration et actualisation du Projet d'Etablissement, pertinence au regard des missions	Section 1
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment avez-vous élaboré votre projet d'établissement ? Comment l'actualisez-vous ?</i>	
CONSTATS	
Le projet d'établissement a fait l'objet d'une actualisation à partir de la refonte totale réalisée en 2010.	
Le projet d'établissement est remis à jour annuellement à partir de réunions organisées avec les résidents, familles, personnels et bénévoles.	
L'actualisation du projet d'établissement en 2013a fait l'objet de la mise en œuvre de réunions par étage afin de redéfinir de nouveaux objectifs.	
Le projet d'établissement a été rédigé en prenant en compte les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM.	
Le projet d'établissement a fait l'objet d'une présentation pour validation au Conseil d'Administration et au Conseil de la Vie Sociale.	
L'actualisation de 2013 a permis d'intégrer les résultats de la démarche d'évaluation interne et les actions d'amélioration associées.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Adéquation des objectifs par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs.	Section 1
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment recueillez-vous les besoins et attentes de vos résidents ? Comment fixez-vous les objectifs généraux ? Comment les objectifs généraux sont-ils déclinés en objectifs opérationnels ?</i>	
CONSTATS	
Le projet d'établissement fait référence aux valeurs définies dans le projet associatif élaboré en janvier 2014.	
Le projet d'établissement rappelle les missions, des données relatives à la caractérisation des usagers et des orientations du schéma départemental et du plan gérontologique de Rennes.	
Le projet d'établissement comporte des objectifs généraux liés à l'accompagnement des résidents définis à partir des données relatives aux besoins des usagers.	
En complément du projet d'établissement, un projet spécifique a été élaboré pour l'animation, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les soins. Chaque sous-projet définit des objectifs opérationnels et décrit les actions d'accompagnement mises en œuvre, ainsi que les dispositions d'organisation.	
L'établissement n'a pas élaboré de « sous-projet » pour la plate-forme de répit.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Cohérence des objectifs entre eux et adaptation aux missions	Section 1
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p style="text-align: center;"><i>Comment vos-assurez-vous de la cohérence de vos objectifs entre eux ? Les objectifs sont-ils adaptés aux missions ?</i></p>	
CONSTATS	
<p>Les objectifs généraux du projet d'établissement sont déclinés en objectifs opérationnels pour chaque composante de l'accompagnement des résidents.</p>	
<p>Des projets spécifiques ont été élaborés pour l'animation, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les soins, chaque sous projet comporte des objectifs opérationnels spécifiques.</p>	
<p>Tous les objectifs sont orientés satisfaction des usagers, ils sont cohérents et complémentaires.</p>	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Adaptation aux objectifs des moyens humains et matériels.	Section 1
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p><i>Comment adaptez-vous les moyens humains et matériels aux objectifs de votre Projet d'Etablissement ?</i></p> <p><i>Comment les objectifs du projet prennent-ils en compte les ressources du territoire d'intervention ?</i></p>	
CONSTATS	
L'établissement a adapté son organisation au regard des objectifs du projet d'établissement.	
L'établissement a mis en places à l'attention des professionnels diverses formations liées aux valeur et objectifs du projet d'établissement.	
Les moyens déployés sont en adéquation avec ceux définis dans la convention tripartite en cours, l'établissement a prévu de prévoir des moyens humains supplémentaires dans la convention tripartite de troisième génération qui devrait être signée en 2015, et ceci au regard des objectifs fixés.	
Le projet d'établissement fait référence aux partenariats mis en œuvre et à la participation de l'établissement aux réseaux locaux.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Adéquation entre les besoins de la population accueillie et le profil des personnels.	Section 1
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment mesurez-vous l'adéquation entre les besoins de la population accueillie et les besoins en personnel (formation initiale et compétences) ?</i>	
CONSTATS	
Les effectifs de l'établissement sont en conformité avec ceux définis dans la convention tripartite, y compris concernant le profil des professionnels.	
L'établissement analyse en continu le profil des professionnels en place au regard de l'évolution des besoins des usagers.	
L'établissement a prévu l'augmentation du temps de présence de la psychologue pour répondre de façon pertinente à l'évolution des besoins d'accompagnement des résidents constatée. Ce point fera l'objet d'une demande dans la convention tripartite de troisième génération en cours d'élaboration.	
L'établissement propose aux personnels de bénéficier de formations diplômantes afin d'améliorer leurs compétences et ainsi d'apporter une réponse plus adaptée aux besoins des usagers.	
Des formations spécifiques sont mises en œuvre en fonction des besoins identifiés : <ul style="list-style-type: none"> - Soins palliatifs, - Soins dentaires, - Hygiène, - ... 	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences	Section 1
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment accompagnez-vous les nouveaux professionnels dans l'établissement ? Comment actualisez-vous les compétences de votre personnel ?</i>	
CONSTATS	
L'établissement a mis en place les dispositions d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels afin de leur permettre d'avoir toutes les informations nécessaires à leur prise de poste.	
Ces dispositions d'intégration s'appliquent au personnel temporaire et aux stagiaires.	
L'établissement a mis en place des formations internes réalisées par certains professionnels (ergothérapeute, médecin coordonnateur, ...) ou par des partenaires tels que l'équipe mobile de soins palliatifs avec laquelle l'établissement a mis en place un partenariat.	
L'établissement organise différentes réunions d'échange pluridisciplinaire.	
L'établissement a mis en place des réunions par service avec les membres de l'équipe : - PASA, - Accueil de jour, - Accueil temporaire, - Cuisine, - Blanchisserie, - Maintenance, - Animation.	
Des réunions d'échanges sont organisées par le médecin coordonnateur et l'IDEC pour les professionnels de soin afin d'analyser les pratiques et aborder des situations particulières de résidents.	
L'établissement a mis en place divers Groupes d'Evaluation de Projets pluridisciplinaires pour analyse des pratiques professionnelles et définir des actions d'amélioration.	
L'établissement respecte la réglementation pour la mise en place des réunions des instances représentatives du personnel, Comité Technique d'Etablissement (CTE) et Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Les données disponibles au sein de l'établissement permettant de caractériser le profil de la population, de décrire les modalités d'accompagnement, d'apprécier les ressources mobilisées et d'apprécier les effets de l'accompagnement des usagers	Section 1
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment identifiez-vous les caractéristiques des usagers ? Comment avez-vous défini les modalités d'accompagnement et les ressources à mobiliser ? Comment appréciez-vous les effets de l'accompagnement des résidents ?</i>	
CONSTATS	
L'établissement suit en continu l'évolution des données de caractérisation des usagers.	
Le rapport d'activité annuel fait mention de ces données et des évolutions constatées.	
Depuis 2010, l'établissement a constaté une certaine stabilité de ces données (GMP, âge moyen, durée moyenne de séjour, répartition sociale, ...).	
Les modalités d'accompagnement sont décrites dans le système documentaire mis à disposition des professionnels (procédure et protocoles).	
Les procédures et protocoles sont élaborés par service suite aux réflexions de groupes de travail composés des professionnels concernés.	
La Directrice de l'établissement assure la mise à jour de ces documents en fonction des besoins.	
Le système documentaire mis à disposition du personnel permet un bon niveau de maîtrise des activités.	
Les dispositions de gestion de ces documents pourraient être mieux formalisées.	
Suite à la démarche d'évaluation interne, l'établissement a mis en place des indicateurs, en partie ceux proposés par l'ANESM. La majorité des indicateurs suivis sont plus orientés mise en œuvre des actions que mesure de leurs effets.	
Les différents outils de la qualité mis en place (événements indésirables, réclamations, enquêtes de satisfaction) permettent à l'établissement d'avoir une bonne vision de la qualité de ses prestations d'accompagnement.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS dans son projet d'établissement	Section 1
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment assurez-vous la cohérence des objectifs des projets personnalisés avec ceux du projet d'établissement ?</i>	
CONSTATS	
Les projets personnalisés formalisés comportent des objectifs sur toutes les composantes de l'accompagnement.	
Les objectifs des projets personnalisés sont définis à partir des objectifs opérationnels du projet d'établissement et de chacun des sous-projets.	

MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT – ORGANISATION GENERALE

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Gestion des moyens humains et matériels	Section 3
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p style="text-align: center;"><i>Quels moyens humains et matériels mettez-vous en œuvre ? Comment les déployez-vous dans votre établissement ?</i></p>	
CONSTATS	
<p>A partir de 2012, avec l'aide d'un cabinet conseil, l'établissement a mené une réflexion afin de revoir son organisation à partir de l'identification des besoins des résidents.</p>	
<p>L'analyse a consisté à analyser jour par jour, par tranche horaire et par fonction et tâches les présences des personnels en réponse aux besoins identifiés.</p>	
<p>La démarche a débouché sur la mise en place d'une nouvelle organisation des services, le nouveau planning a été mis en place à partir de janvier 2014.</p>	
<p>L'établissement a mis en place une enquête auprès des personnels en mai 2014 pour s'assurer de la pertinence de la nouvelle organisation, les salariés ont confirmé sa cohérence.</p>	
<p>La direction de l'établissement analyse en continu la cohérence de l'organisation et l'adapte si des problématiques particulières sont identifiées.</p>	
<p>L'ergothérapeute de l'établissement apporte son expérience pour l'identification des besoins en matériels et équipements utilisé par les personnels dans l'accompagnement des résidents. Les besoins sont identifiés avec les professionnels.</p>	
<p>L'ergothérapeute assure la gestion des matériels et équipements, cette gestion permet d'en garantir l'état d'utilisation optimal.</p>	
<p>Les demandes des personnels en matière d'équipements et matériels ont systématiquement une réponse positive de la part de la direction.</p>	
<p>Les besoins de matériels spécifiques pour chaque résident sont définis avec lui et/ou sa famille.</p>	
<p>Les professionnels disposent des équipements et matériels nécessaires.</p>	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Capacité à observer les changements et à s'adapter	Section 3
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p><i>Comment analysez-vous l'adéquation des moyens aux besoins de votre établissement ?</i> <i>Comment adaptez-vous ces besoins en fonction des changements ?</i></p>	
CONSTATS	
L'établissement dispose d'un plan bleu pour pallier aux différentes situations d'urgence.	
L'établissement a élaboré des protocoles pour la canicule, les épidémies, et autres situations particulières nécessitant la modification de l'organisation.	
En cas d'épidémie importante, les résidents concernés sont mis à l'isolement, les familles sont prévenues et les visites limitées afin d'éviter toute propagation.	
L'établissement a défini une procédure de rappel des professionnels en cas d'impossibilité de certains de pouvoir se rendre dans l'établissement (épidémie, problème météorologique, ...).	
L'établissement a déjà eu l'occasion de mettre ces procédures en œuvre suite à un problème de panne d'ascenseur ou de la centrale de détection incendie.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
<p align="center">Capacité à personnaliser l'écoute et la réponse téléphonique, y compris dans le traitement des demandes en urgence</p>	<p align="center">Section 3</p>
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p align="center"><i>Comment organisez-vous votre écoute et réponse téléphonique ?</i> <i>Comment vous assurez-vous de la bonne transmission des informations communiquées par téléphone ?</i> <i>Comment gérez-vous les demandes urgentes, y compris en dehors des horaires ouvrables ?</i></p>	
CONSTATS	
<p>L'établissement a organisé son accueil téléphonique de sorte à garantir le respect des règles de confidentialité et du secret professionnel en utilisant un local cloisonné dédié.</p>	
<p>L'établissement dispose d'une ligne de téléphone portable et de plusieurs lignes fixes indépendantes, auxquels sont associés 8 téléphones sans fil par étage, l'ensemble garantissant la continuité de la réponse téléphonique et le traitement des urgences.</p>	
<p>L'établissement a organisé son accueil téléphonique de sorte à garantir la continuité du service 24h/24, 7jours/7 avec une procédure de transfert de l'écoute téléphonique automatisée vers les différents professionnels qui assurent la permanence en dehors des heures d'ouverture de l'accueil.</p>	
<p>Le service d'accueil téléphonique centralise tous les appels au moyen du standard et les oriente ensuite vers l'interlocuteur concerné. L'ensemble des messages reçus est transmis aux bons interlocuteurs par oral et par écrit (feuilles de message individuelles, cahier de transmission de l'accueil, messagerie informatique interne, 1 boite à lettre par service) en fonction du type de message, ce qui permet une bonne qualité de la circulation de l'information au sein de l'établissement.</p>	
<p>L'établissement a procédé au renseignement des répertoires téléphoniques de chaque poste et a élaboré un abrégé, permettant aux professionnels d'accéder efficacement à la communication téléphonique rapide.</p>	
<p>Les procédures d'appel d'urgence sont formalisées et accessibles : les procédures en lien avec le risque d'incendie, le déclenchement du plan bleu, et la gestion d'une situation de détresse sont affichées dans les offices. Les dispositions à prendre sont connues des professionnels ce qui permet une bonne réactivité du personnel en cas de situation d'urgence.</p>	

MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT – RESSOURCES HUMAINES

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Gestion des ressources humaines	Section 3 Point 9
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p><i>Comment mobilisez-vous votre personnel ?</i> <i>Comment gérez-vous leurs compétences ?</i></p>	
CONSTATS	
L'établissement a mis en place une procédure de recrutement des professionnels, l'identification des besoins est remontée à la Direction par les responsables de service.	
Une première sélection est réalisée à partir des candidatures spontanées reçues ou les réponses aux offres d'emploi transmises à Pôle Emploi, Ouest France ou autre organisme à partir des critères de qualification et d'expérience.	
Des entretiens sont organisés pour les candidats retenus avec la direction, l'IDEC et le responsable RH.	
La démarche est identique pour des personnels en CDD e remplacement de personnels en CDI.	
Les nouveaux professionnels sont mis en période d'essai de 2 fois 0,5 jour avec un tuteur désigné parmi les membres du personnel.	
Les nouveaux arrivants se voient remettre un livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le règlement intérieur.	
Le projet d'établissement est remis aux nouveaux personnels en CDI.	
La période de tutorat est formalisé par la mise en place d'une grille d'évaluation des pratiques pour les personnels soignants (AS et AHS).	
De stagiaires sont accueillis pendant les périodes de congés pour assurer le remplacement des professionnels absents.	
Chaque responsable hiérarchique réalise un entretien annuel des personnels de son service, les entretiens annuels n'ont été que très peu réalisés en 2014.	
Les entretiens annuels sont réalisés à partir d'une trame d'enregistrement, un livret d'information est remis au personnel pour la préparation de l'entretien.	
La réalisation des entretiens individuels fait l'objet de l'élaboration d'une synthèse avec identification des points forts et points d'amélioration observés, ainsi que les objectifs associés.	
Les besoins en matière de formation sont identifiés par la Direction en relation avec les instances représentatives du personnel.	
Un plan de formation annuel est élaboré, comprenant les formations obligatoires.	
Les professionnels bénéficient de formations dispensées en interne par certains professionnels (ergothérapeute, soignants, ...) ou par des partenaires sur des thématiques liées à l'accompagnement des résidents.	
Les professionnels peuvent participer à certains colloques ou conférences relatifs à leurs activités.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Mesure de la fatigue professionnelle et dispositifs de prévention des risques psychosociaux	Section 3 Point 13
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment mesurez-vous et gérez-vous la fatigue professionnelle ? Quelles sont les dispositions de prévention des risques psychosociaux ?</i>	
CONSTATS	
L'établissement a élaboré un Document Unique actualisé annuellement, sa dernière mise à jour date de 2013.	
Le Document Unique présente les risques liés à la fatigue professionnelle et les risques psychosociaux.	
Les risques psychosociaux ne sont pas très développés, ils se limitent essentiellement au stress.	
Les dispositions de prévention de troubles musculo-squelettiques sont traités par le CHSCT.	
En cas de difficultés rencontrées par les équipes dans l'accompagnement des résidents (situations problématiques), la psychologue peut mettre en place des réunions d'équipe, soit à la demande des professionnels, soit sur son initiative.	
Pour le PASA, ou les résidents sont plus difficiles à accompagner en raison de leur pathologie, des réunions d'échanges sont organisées entre professionnels pour limiter le risque d'usure professionnelle.	
L'établissement a élaboré un protocole spécifique concernant les risques de violence des résidents envers les salariés.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Capacité à assurer la cohérence et la continuité de service	Section 3 Point 13
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment assurez-vous la continuité du service ?</i>	
CONSTATS	
Trois personnes sont présentes la nuit dans l'établissement, 2 AS et 1 AHS, ces effectifs permettent de garantir la prise en charge des résidents, et d'en assurer la continuité.	
A l'exception des IDE, les affectifs sont identiques les week-ends et jours fériés aux jours de la semaine.	
Deux IDE sont présentes dans l'établissement les week-ends au lieu de quatre en semaine, les tâches sont moins importantes (pas de visite de médecin, pas de consultation, ...), en conséquence les effectifs permettent de garantir la continuité du service.	
Des membres du service administratif sont présents le samedi, l'établissement a identifié la non nécessité d'une présence le dimanche, la réponse téléphonique est assurée par les personnels soignants.	
La directrice de l'établissement est joignable 24h/24 et 7jours/7 pour répondre à toute sollicitation du personnel en cas de besoin, elle est remplacée pendant ses congés.	

OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Partenariats mis en place en externe et /ou en interne, niveau de formalisation, nature et effets des partenariats développés	Section 3 Points 14 et 15
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment avez-vous mis en place vos différentes conventions et partenariats ?</i> <i>Comment définissez-vous les conventions ou partenariats à développer ?</i>	
CONSTATS	
L'établissement a mis en place des partenariats nombreux et variés afin d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur et de l'inscrire sur le territoire sanitaire et social comme : le Centre hospitalier Psychiatrique de Rennes, le service d'Hospitalisation à Domicile local, les services de soins à domicile de proximité, le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, l'Equipe Mobile des Soins Palliatifs de Chantepie, l'association « Psychologue et Vieillesse », la Plateforme de répit, l'Association d'aide aux immigrés de la Ville de Rennes, l'Association Bistrot Mémoire, l'Association d'animateurs de l'Ille-et-Vilaine anim'PA 35.	
L'établissement bénéficie de la présence d'un animateur dont le travail est orienté sur la facilitation des liens avec l'extérieur ce qui permet d'assurer la variété et la pérennisation des partenariats.	
L'établissement a élaboré des conventions de partenariats qui sont régulièrement proposées aux intervenants extérieurs. Les artistes acceptent systématiquement la formalisation du partenariat dans le cadre de la protection de leurs œuvres.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Modalités de participation de l'établissement à l'évolution de son environnement	Section 3 Point 15
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p><i>Comment avez-vous intégré le réseau de proximité ?</i></p> <p><i>Comment mesurez-vous l'impact de celui-ci sur l'organisation de l'établissement ?</i></p>	
CONSTATS	
<p>L'établissement participe à la mutualisation des formations et des informations à destination des professionnels de santé grâce au travail en réseau avec les différentes structures d'hébergement pour personnes âgées de la Ville de Rennes, et avec les structures sanitaires environnantes comme le Groupe de réflexion éthique en partenariat avec le Service des Soins Palliatifs de Chantepie, les réunions d'informations paramédicales et les réunions de coordination médicale communes à 4 établissements d'hébergement pour personnes âgées, avec la présence d'intervenants extérieurs.</p>	
<p>L'établissement procède au prêt de locaux pour permettre à certains intervenants extérieurs de bénéficier de l'emplacement privilégié de la structure au cœur de la Ville de Rennes, ce qui lui permet de participer à l'évolution de son environnement et augmente l'accessibilité pour les résidents : Club de yoga local, par exemple.</p>	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'établissement	Section 3 Point 15
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment évaluez-vous la perception des partenaires sur votre rôle et vos missions sur le territoire ?</i>	
CONSTATS	
L'établissement est reconnu par ses différents partenaires en regard de son rôle et de ses missions sur le territoire, en particulier dans le cadre de son partenariat avec la Ville de Rennes et de ceux mis en place avec les différentes structures sanitaires du territoire (Centre Hospitalier Universitaire,...).	
L'établissement consulte individuellement ses partenaires, notamment à l'occasion des renouvellements ou de la modification des conventions.	
L'établissement entretient de bonnes relations avec la Ville de Rennes ainsi qu'avec les autorités (Agence Régionale de Santé, Conseil Général) qui l'accompagnent dans ses projets.	
Les différents partenariats sont renouvelés et régulièrement diversifiés dans le contexte d'une relation constante avec les professionnels qui interviennent dans l'établissement auprès des résidents.	
L'établissement sollicite la participation de ses partenaires dans l'évaluation de son rôle et de ses missions (Réunion annuelle des médecins traitants, Réunion de coordination médicale avec 4 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées).	
L'établissement organise une réflexion sur la mise en œuvre de dispositions spécifiques d'évaluation de ses partenaires sur son rôle et ses missions (élaboration d'un questionnaire,...).	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
<p>Modalités de coordination et d'intégration des personnes extérieures à l'établissement autour du projet de chaque personne</p>	<p>Section 3 Point 15</p>
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p><i>Comment avez-vous mis en place les modalités d'intégration et de coordination des personnes extérieures ?</i></p>	
CONSTATS	
<p>L'établissement réalise une intégration du nouveau professionnel intervenant dans l'établissement selon sa fonction auprès des résidents, en particulier par la mise en relation avec le professionnel ou l'interlocuteur référent interne à l'établissement comme l'équipe de bénévole, l'équipe d'animation, ou l'équipe soignante.</p>	
<p>Les dispositions d'échange et de communication en place permettent aux intervenants extérieurs d'accéder aux informations nécessaires pour la mise en œuvre de leurs activités auprès des résidents, en regard de leurs fonctions (accès au dossier médical, accès aux transmissions soignantes, ...).</p>	
<p>Les dispositions d'échange et de communication en place permettent à l'établissement de disposer des informations nécessaires relatives aux activités des intervenants extérieurs et d'en tenir compte dans l'accompagnement des résidents : transmissions orales, cahiers de liaison, transmissions écrites, bilans d'activités.</p>	
<p>Toutes les informations utiles sont saisies dans le dossier informatisé des résidents et permettent de garantir la qualité et la continuité de l'accompagnement.</p>	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir et faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments permettant de développer le caractère accueillant de l'établissement	Section 3 Point 15
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment mobilisez-vous les ressources sur le territoire pour maintenir et faciliter les liens sociaux et de citoyenneté ?</i> <i>Quelles sont les dispositions permettant de développer le caractère accueillant de l'ESMMS ?</i>	
CONSTATS	
L'établissement a mis en place plusieurs partenariats spécifiques pour maintenir ou favoriser les liens sociaux et de citoyenneté : les écoles à proximité de l'établissement, la gendarmerie de proximité, la chaîne de télévision locale, la presse écrite locale, les radios étudiantes de proximité, le réseau local d'animation.	
Ces partenariats permettent l'organisation d'activités partagées : entretiens des jardinets et « Jeux surdimensionnés » avec les écoliers, reportages-découvertes avec les radios, participation à la « Quinzaine bio » avec la Ville de Rennes, etc.	
L'établissement a mis en place une organisation pour permettre aux résidents qui le désirent d'exercer leurs droits civiques (élection municipales et européennes). Les résidents qui souhaitent se déplacer pour aller voter sont accompagnés par des membres du personnel, grâce aux véhicules adaptés mis à leur disposition.	
Des animations spécifiques sont organisées par l'établissement en lien avec l'actualité pour permettre de maintenir ou de développer l'ancrage citoyen de chaque résident qui le souhaite : lecture de journée, visionnage de débats télévisuels, organisation de conférences variées.	
L'établissement a créé une galerie d'exposition de peinture et d'œuvres d'art ce qui lui permet d'organiser, avec le concours d'artistes variés, des expositions permanentes et temporaires, qu'il fait partager au public dans son ensemble toute l'année, et en particulier aux écoliers.	
L'établissement bénéficie de la proximité du parc public qui est également ouvert toute l'année.	
Ces aménagements entraînent de fait une variété importante de la population présente dans les locaux et à proximité, ce qui facilite les échanges et le maintien des liens sociaux et intergénérationnels.	
L'établissement a permis la création d'une association interne, regroupant des résidents, des familles de résidents, des bénévoles et ouverte au public. L'activité et l'implication de cette association au sein de l'établissement concourent au maintien du caractère accueillant de l'établissement (organisation de kermesses, activités d'animation,...).	

PROJET PERSONNALISE

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant d'élaborer les projets personnalisés	Section 3 Points 1 / 3 / 6 / 9
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment recueillez-vous les données nécessaires à l'élaboration des projets personnalisés ? Comment sont-ils élaborés ?</i>	
CONSTATS	
Sauf situation d'entrée en urgence, l'établissement organise une réunion d'accueil avec les résidents, familles, et personnels u secteur avant l'arrivée dans l'établissement. Cette réunion a pour objectif d'apprendre à se connaître, de donner toutes les informations utiles, de rechercher le consentement libre et éclairé du futur résident et d'identifier les situations à risque, ceci afin de mettre en œuvre dès le jour de l'arrivée un accompagnement le plus adapté possible.	
Cette rencontre fait l'objet d'un compte-rendu transmis au résident et/ou sa famille.	
Une AMP désignée est chargée dans les premières semaines sui suivant l'arrivée du résident de recueillir ses habitudes de vie avec assistance de la famille si nécessaire.	
L'établissement a décidé d'utiliser un support élaboré à partir de la méthode RRAI pour le recueil des attentes et besoins des résidents. Ce recueil se fait avec les résidents et familles, la directrice, le référent du résident, les personnels soignants du service et d'autres professionnels de l'établissement.	
Un référent est désigné pour chaque résident, interlocuteur privilégié pour le résident et ses proches, interface avec les équipes.	
Le résident a le libre choix de son référent s'il le souhaite.	
Les projets personnalisés sont élaborés en équipe pluridisciplinaire au moment des transmissions ciblées.	
Chaque projet personnalisé est composé d'un plan de soins et d'une fiche animation et vie sociale comportant : - Les souhaits du résident, - Les activités proposées, - Les observations nécessaires.	
Les objectifs des projets personnalisés ne sont pas systématiquement orientés « effets » des actions d'accompagnement mises en œuvre, ils se limitent souvent à la mise en œuvre de l'accompagnement.	
Les projets personnalisés formalisés pour les résidents accueillis au PASA comportent des objectifs et des dispositions d'évaluation pertinents.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Modes de participation des usagers à l'élaboration de leur projet personnalisé	<p style="text-align: center;">Section 3 Points 1 / 3 / 6 / 9</p>
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p><i>Comment faites-vous participer les résidents à l'élaboration et à l'actualisation de leur projet ? Quel est le mode de concertation des usagers pour toute décision le concernant ?</i></p>	
CONSTATS	
<p>Les résidents et familles de résidents sont associés au recueil des attentes et besoins.</p>	
<p>Les projets personnalisés sont présentés pour validation aux résidents et/ou leurs familles, ils sont modifiés si nécessaire à leur demande et sont signés.</p>	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Rythme d'actualisation des projets personnalisés	<p style="text-align: center;">Section 3 Points 1 / 3 / 6 / 9</p>
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p><i>Quel est le rythme d'actualisation des projets personnalisés ? Comment vous assurez-vous de leur adaptation à l'évolution de la situation de la personne accompagnée ?</i></p>	
CONSTATS	
<p>Les projets personnalisés sont pour la majorité élaborés dans les trois mois qui suivent l'arrivée des résidents, au plus tard dans les six mois.</p>	
<p>L'établissement a prévu l'actualisation annuelle des projets personnalisés, cette disposition n'est pas à ce jour réellement mise en œuvre.</p>	
<p>L'établissement n'a pas mis en place de système de planification de l'élaboration et de d'actualisation des projets personnalisés.</p>	
<p>Chaque projet personnalisé est actualisé en cas de modification significative de la situation du résident (hospitalisation, dégradation de l'état de santé, ...) ou sur demande du résident ou de ses proches.</p>	
<p>Les plans de soin sont actualisés en continu en fonction des besoins.</p>	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Accès aux informations	<p style="text-align: center;">Section 3 Points 1 / 3 / 6 / 9</p>
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Quelles sont les modalités d'accès des usagers aux informations les concernant ?</i>	
CONSTATS	
Le référent de chaque résident est l'interlocuteur privilégié pour le résident et sa famille, il leur communique les informations concernant le résident et sa situation en continu.	
Lors de la réunion de pré-accueil, une information est donnée sur le rôle des IDE en tant que référent soins.	
Les informations médicales concernant le résident sont communiquées dans le respect de la réglementation en vigueur, les familles sont réorientées vers le médecin traitant si les demandes concernent les traitements en place.	
Un cahier de liaison est en place dans chaque chambre pour permettre les échanges entre les familles et les membres de l'équipe.	

DISPOSITIONS D'ADMISSION DES USAGERS

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
<p>Capacité à évaluer, en phase de pré-admission, avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne</p>	<p>Section 3</p>
<p>QUESTION(S) EVALUATIVE(S)</p>	
<p><i>Comment recueillez-vous les besoins et attentes de l'usager et de son environnement lors de la constitution de son dossier de pré-admission ?</i></p> <p><i>Quels moyens d'analyse mettez-vous en œuvre pour valider l'admission ?</i></p>	
<p>CONSTATS</p>	
<p>Toute demande d'admission fait l'objet de l'envoi ou de la remise d'un dossier d'admission comportant une partie administrative et une partie médicale.</p>	
<p>A réception du dossier renseigné, l'établissement adresse au demandeur un courrier de confirmation de réception auquel sont jointes des informations concernant les dispositions d'admission.</p>	
<p>L'établissement adresse ou envoi au demandeur un dossier comportant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le règlement de fonctionnement, - Le livret d'accueil, - un document de présentation de l'établissement. 	
<p>L'établissement invite des demandeurs « intéressés » à participer à une visite guidée de l'établissement organisée mensuellement.</p>	
<p>L'établissement analyse les dossiers d'admission reçus au regard de critères définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urgence de la demande, - Lieu de résidence du résident ou de la famille à Rennes, - Avis médical du médecin coordonnateur. 	
<p>Les dossiers sont rangés dans différents classeurs par niveau d'urgence. L'établissement établit une liste des 20 dossiers les plus à même d'être accueillis.</p>	
<p>L'établissement propose une visite au résident et sa famille si nécessaire.</p>	
<p>Quand une place se libère, l'établissement consulte la liste des 20 dossiers et sélectionne celui à qui sera proposée une admission.</p>	
<p>Un rendez-vous est proposé avec la famille et si possible le résident 15 jours avant la date prévue d'arrivée dans la structure.</p>	
<p>Au cours de cette rencontre, une visite de la chambre prévue est proposée, les informations sur le fonctionnement de l'établissement sont données, le contrat de séjour est remis et explicité, ainsi que le règlement de fonctionnement le livret d'accueil.</p>	
<p>Des informations complémentaires concernant le résident et sa situation sont recueillies.</p>	
<p></p>	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
<p>Capacité à évaluer, en phase d'admission, avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne</p>	<p>Section 3</p>
<p>QUESTION(S) EVALUATIVE(S)</p>	
<p><i>Comment évaluez-vous les besoins et attentes de l'usager et de son environnement lors de son admission ?</i></p> <p><i>Comment les intégrez-vous dans la dynamique de votre projet d'établissement ?</i></p>	
<p>CONSTATS</p>	
<p>Quand une admission est planifiée, l'établissement effectue la remise en état de la chambre, la tapisserie est changée, le choix se fait avec la famille.</p>	
<p>Une information est donnée aux équipes du secteur concerné sur la personne, les faits marquants de son histoire de vie, ... Le dossier médical est transmis à l'IDE du service.</p>	
<p>La chambre est personnalisée (meubles, éléments de décoration) avant l'arrivée du résident, l'ergothérapeute analyse les éventuels besoins spécifiques de matériel.</p>	
<p>L'établissement organise 2 jours avant l'arrivée une réunion de pré-accueil avec la famille, le résident, l'IDE et les personnels soignants du secteur, le référent du résident, le responsable logistique, un animateur. Des informations sont données sur le fonctionnement de l'établissement, les informations concernant les habitudes de vie du résident sont complétées suivant une check-list.</p>	
<p>Les entrées sont programmées l'après-midi vers 14h30, le résident et sa famille sont accueillis par la responsable des entrées et le responsable logistique, un mot de bienvenue et un bouquet de fleurs ont été préalablement mis dans la chambre.</p>	
<p>Un état des lieux de la chambre est réalisé, un inventaire des biens est annexé au contrat de séjour.</p>	
<p>Le contrat de séjour est signé par le résident ou à défaut par un membre de sa famille.</p>	
<p>Une fois le résident installé dans la chambre, une AS du secteur effectue un recueil auprès du résident sur ses choix en matière de petit déjeuner, les régimes éventuels en place, le rythme de vie du résident.</p>	
<p>Un des référents du résident fait une visite des espaces collectifs de l'établissement.</p>	
<p>Le nouveau résident est présenté aux autres résidents au moment du repas du soir.</p>	
<p>L'IDE saisie dans le logiciel de soin les informations recueillies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données relatives à l'état de santé, - Les risques identifiés (chute, dénutrition, ...), - Les documents médicaux récupérés. 	
<p>Une présentation du nouveau résident est faite à l'équipe au moment des transmissions, les dispositions d'accompagnement sont définies collégalement.</p>	
<p>Au cours des premiers jours qui suivent l'arrivée dans l'établissement, les dispositions d'accompagnement sont adaptées en fonction des constats faits par les équipes et les besoins d'intervention de professionnels extérieurs sont identifiés avec le médecin traitant.</p>	
<p>L'établissement organise régulièrement une rencontre avec les derniers arrivants en présence de l'IDE, du responsable logistique et d'un animateur, autour d'un gâteau. Le programme d'animations est présenté, ainsi que l'association des bénévoles.</p>	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
<p align="center">ACCUEIL DE JOUR :</p> <p align="center">Capacité à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne</p>	<p align="center">Section 3</p>
<p align="center">QUESTION(S) EVALUATIVE(S)</p>	
<p align="center"><i>Comment évaluez-vous les besoins et attentes de l'utilisateur et de son environnement ? Comment les intégrez-vous dans la dynamique de votre projet d'établissement ?</i></p>	
<p align="center">CONSTATS</p>	
<p>L'établissement accompagne actuellement une trentaine de personnes par an, atteintes de troubles de la mémoire et plus largement de troubles neurologiques, afin de participer à la lutte contre le risque d'isolement social et d'ennui.</p>	
<p>L'établissement a formalisé une procédure d'admission pour le service Accueil de jour qui comprend un 1er recueil d'informations auprès du demandeur et une information du futur accueilli et de ses proches pour permettre de vérifier l'adéquation de la demande et les possibilités d'accueil du service.</p>	
<p>L'établissement organise un rendez-vous de « rencontre et observation réciproque » avec le demandeur, ses aidants, et la Psychologue-Responsable du service. Lors de ce rendez-vous, l'établissement et le service sont présentés, ainsi que le dossier d'admission qui fait l'objet d'une aide à la lecture et qui est rendu complété une quinzaine de jours plus tard, lors de l'admission, ce qui permet une bonne appropriation documentaire.</p>	
<p>L'établissement définit des objectifs d'accompagnement avec la personne accueillie et ses aidants lors de l'entretien de préadmission pour garantir la participation des usagers à l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés.</p>	
<p>La psychologue du service élabore un compte-rendu qui reprend le contexte de vie, certains renseignements médicaux ou paramédicaux, et des éléments du projet de vie de la personne accompagnée. Ce compte-rendu est informatisé ce qui permet sa consultation par l'ensemble de l'équipe et l'anticipation de l'admission de la personne accueillie dans l'objectif de faciliter son intégration.</p>	
<p>L'établissement organise l'admission de la personne accueillie, en admettant la présence d'un proche, en positionnant un professionnel sur le temps de l'accueil pour un accompagnement individuel, et en mettant en place des conditions propices à un accueil convivial et rassurant ce qui facilite l'intégration des nouveaux accompagnés : contexte festif, repas amélioré, annonce de l'arrivée anticipée auprès des autres personnes.</p>	
<p>L'établissement met en œuvre une souplesse dans l'organisation des temps d'accueil (1 à 3 jours, heures d'arrivée et de départ modulables, choix du jour en fonction des activités proposées et des intérêts de la personne) pour personnaliser l'accompagnement.</p>	
<p>L'établissement organise des activités variées, en lien avec les intérêts personnels des personnes accueillies, sur des temps d'accompagnement collectifs (le matin et l'après-midi) et individuels (l'après-midi), pour garantir l'adaptation de l'accompagnement aux attentes et aux besoins des personnes (atelier peinture, jardinage, animations communes avec la structure d'hébergement,...).</p>	
<p>L'établissement favorise la présence et les échanges avec les proches des personnes accompagnées (repas des gourmets mensuel, repas à thèmes régulièrement, expositions,...) afin de maintenir les liens familiaux, en particulier au sein des couples.</p>	
<p>Un référent de l'équipe est attribué à chaque personne accompagnée. Le référent est l'interlocuteur privilégié de la personne et de ses aidants, et il s'assure de l'élaboration d'une « synthèse » (à partir du 1er compte-rendu et des éléments suivants de la prise en charge) avant chaque consultation gériatrique pour garantir l'actualisation des informations des professionnels concernés.</p>	
<p>L'établissement réalise un « bilan intermédiaire », 2 mois après l'admission, lors d'une rencontre de</p>	

la Directrice et des usagers (la personne accompagnée et ses proches), de façon à vérifier la qualité de l'intégration de la personne et l'adéquation des objectifs d'accompagnement avec l'évolution de la personne au sein du service.

L'établissement n'a pas défini les modalités de l'élaboration, de l'actualisation et du suivi de projets de vie individualisés pour les personnes accompagnées dans le service d'Accueil de jour.

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Dispositions de sortie d'un résident	Section 3
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p><i>Comment préparez-vous la sortie planifiée de vos résidents ?</i></p> <p><i>Comment préparez-vous le transfert planifié de vos résidents ?</i></p> <p><i>Comment anticipez-vous les transferts ou sorties urgentes des résidents ?</i></p> <p><i>Comment préparez-vous les formalités de décès ?</i></p>	
CONSTATS	
L'établissement a identifié les différents modes de gestion des sorties temporaires des résidents (hospitalisation, rendez-vous médicaux, retour en famille, ...).	
L'établissement met à disposition sur demande aux familles deux véhicules adaptés au transport de personnes à mobilité réduite.	
Le contrat de séjour précise les dispositions de sortie définitive, demande formulée par le résident ou par l'établissement, décès.	
L'établissement a mis en place des dispositions de recueil des souhaits des résidents en matière de décès pour chaque résident, les dispositions prévues sont respectées.	
L'établissement n'a pas mis en place de dispositif d'enregistrement des absences des résidents pour une durée significative (nuitée à l'extérieur de l'établissement, séjour en famille, ...).	

DISPOSITIONS D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
<p align="center">Capacité à répondre aux attentes exprimées par les usagers en matière d'hébergement. Qualité de l'hébergement</p>	<p align="center">Section 3</p>
<p align="center">QUESTION(S) EVALUATIVE(S)</p>	
<p align="center"><i>Comment recueillez-vous les besoins et attentes de l'utilisateur ? Quels moyens mettez-vous en œuvre pour répondre à ces demandes ? Comment évaluez-vous la qualité de votre réponse ?</i></p>	
<p align="center">CONSTATS</p>	
<p>L'entretien des espaces collectifs est réalisé suivant un planning hebdomadaire par deux salariés.</p>	
<p>L'établissement dispose de protocoles fournis par le fournisseur de produits d'entretien.</p>	
<p>L'entretien des espaces collectifs ne fait pas l'objet d'un enregistrement formalisé.</p>	
<p>L'établissement a mené une analyse des risques infectieux qui a débouché sur les protocoles d'entretien des espaces collectifs.</p>	
<p>Les espaces privatifs font l'objet d'un entretien suivant des plannings définis, nettoyage journalier de la salle de bains, poussières, poubelle, ...</p>	
<p>Chaque chambre est nettoyée « à fond » suivant un planning défini, au minimum tous les six mois.</p>	
<p>Chaque chambre ait l'objet d'une remise en état après chaque départ et en fonction des besoins pour les résidents présents longtemps dans l'établissement.</p>	
<p>L'entretien des chambres s'effectue pendant midi ou l'après-midi avec prise en compte du rythme de vie de chaque résident.</p>	
<p>Les opérations d'entretien des chambres sont tracées par les intervenants.</p>	
<p>Un tableau présentant les spécificités de chaque résident concernant l'entretien de sa chambre est en cours de mise en place avec par exemple identification des résidents qui souhaitent être prévenu avant l'entretien de sa chambre.</p>	
<p>L'établissement a signé des contrats avec différents prestataires pour la maintenance curative et préventive des équipements et matériels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ascenseurs, - Chaufferie, - Cuisine, - Extincteurs, - Extracteurs, - Appels malade, - ... 	
<p>L'établissement possède un carnet sanitaire suivi pour limiter les risques d'apparition de légionnelles. Les dispositions relatives aux purges à effectuer en cas de non utilisation de certains points d'eau ne sont pas formalisées.</p>	
<p>L'établissement a mis en place un cahier par étage afin de formaliser les demandes d'intervention dans leurs chambres par les résidents. Les agents d'entretien recueillent tous les jours les demandes formulées et interviennent de façon réactive.</p>	
<p>L'établissement possède une lingerie équipée et aménagée suivant les dispositions prévues dans la norme RABC</p>	
<p>Le linge sale est descendu en fin de matinée en lingerie dans des sacs de couleur spécifiques, le linge propre est distribué dans les chambres par les personnels.</p>	
<p>L'établissement dispose d'un ascenseur dédié au linge sale, il peut être utilisé par les résidents.</p>	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
<p align="center">Capacité à répondre aux attentes exprimées par les usagers en matière de restauration Qualité de restauration</p>	<p align="center">Section 3</p>
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p align="center"><i>Comment recueillez-vous les besoins et attentes de l'utilisateur ? Quels moyens mettez-vous en œuvre pour répondre à ces demandes ? Comment évaluez-vous la qualité de votre réponse ?</i></p>	
CONSTATS	
<p>Le prestataire de restauration élabore un plan alimentaire validé par une diététicienne afin de respecter l'équilibre alimentaire des repas.</p>	
<p>Les menus sont établis sur 6 semaines à partir du plan alimentaire avec adaptation de ceux proposés par le prestataire.</p>	
<p>L'établissement a mis en place une démarche HACCP maîtrisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pratiques liées à la préparation des repas, - Stockage des denrées, - Traçabilité, - Plan d'entretien des locaux, - ... 	
<p>Tous les lundis, une rencontre est proposée aux résidents pour faire un point sur les repas, les menus peuvent être modifiés dans le respect du plan alimentaire.</p>	
<p>Le chef de cuisine passe tous les midis en salle à manger pour recueillir les demandes et suggestions des résidents.</p>	
<p>Les cuisines font l'objet de contrôles réguliers par les autorités de contrôle, les points signalés sont pris en compte. Les contrôles biologiques sont réalisés suivant les dispositions en vigueur.</p>	
<p>Une enquête de satisfaction concernant les repas est réalisée tous les deux ans auprès des résidents, la dernière a eu lieu en 2014 et a démontré que 80% des résidents étaient satisfaits. A l'issue de l'analyse des résultats de cette enquête, une fiche de dégustation a été mise en place (assaisonnement des plats) et une réflexion a été menée concernant la « dureté » de la viande.</p>	
<p>La mise en place de régimes et textures modifiées font l'objet de prescriptions médicales saisies dans le logiciel de soin. Les informations sont transmises oralement aux personnels de cuisine qui tient à jour un tableau reprenant les besoins individuels.</p>	
<p>Le plan de table vérifié au cours de l'évaluation comportait certaines incohérences avec les données saisies dans le logiciel de soin.</p>	
<p>L'établissement propose à chaque repas une carte de remplacement afin de prendre en compte les goûts et dégoûts identifiés.</p>	
<p>Sous le contrôle de l'ergothérapeute, l'établissement propose aux résidents des matériels spécifiques d'aide au repas, tels qu'assiettes à rebord ou couverts ergonomiques.</p>	
<p>L'établissement organise régulièrement des repas spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repas des gourmets une fois par mois, - Repas festifs pour Noël et autres fêtes du calendrier, - Barbecues l'été, - Galette une fois par mois, - ... 	
<p>Le prestataire de restauration a mis en place une opération « 365 sourires » pour mise en œuvre d'une intention particulière journalière à l'intention des résidents au moment des repas.</p>	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
<p align="center">Capacité à répondre aux attentes exprimées par les usagers en matière de d'animation et de vie sociale</p>	<p align="center">Section 3</p>
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p><i>Comment recueillez-vous les besoins et attentes de l'utilisateur ?</i> <i>Quels moyens mettez-vous en œuvre pour répondre à ces demandes ?</i> <i>Comment évaluez-vous la qualité de votre réponse ?</i></p>	
CONSTATS	
<p>L'établissement a créé un service d'animation avec 2 postes d'animateurs qualifiés: l'un est orienté sur le travail individuel auprès des résidents et la réflexion autour de la Dépendance, tandis que l'autre poste est orienté sur le travail collectif ou groupal auprès des résidents et la réflexion sur l'ouverture de l'établissement sur son environnement.</p>	
<p>L'établissement planifie un temps soignant (2h par jour) pour compléter l'équipe d'animation et répondre aux besoins plus spécifiques de certains résidents (soins esthétiques par exemple).</p>	
<p>L'existence d'une association interne à la structure facilite la mise en place de certaines animations et d'actions de l'établissement en lien avec la vie sociale des résidents (aide au financement de départs en vacances par exemple suite à la réalisation de ventes de créations des résidents et de kermesses, ...).</p>	
<p>La présence d'un grand nombre de bénévoles (une soixantaine) participe à l'organisation d'animations de qualité et régulières, comme l'ouverture quotidienne du « bar de l'amitié », lieu convivial d'échanges pour les résidents et les familles avec les bénévoles, ou les sorties (visites culturelles) qui nécessitent un nombre conséquent d'accompagnants.</p>	
<p>L'établissement propose aux résidents des activités variées et adaptées en réponse aux souhaits exprimés (variété de contenu, de temporalité et de public visé) : activités saisonnières (barbecue, ...), festives (« Mercredis de l'été », ...), ludiques (jeux de société, ...), culturelles (conférences internes et externes à l'établissement), psychomotrices (gym douce, ...), intergénérationnelles (entretien des jardinets, ...).</p>	
<p>L'établissement procède au recueil des besoins et des attentes des résidents lors des entretiens individuels, réalisés en préadmission, lors de l'admission et au cours de l'accompagnement, en particulier dans le mois qui suit l'installation avec le nouveau résident et ses proches en fonction des capacités du résident à exprimer ses souhaits et ses habitudes de vie antérieure.</p>	
<p>L'établissement organise des réunions d'accueil, 2 à 3 mois après l'admission, qui permettent aux professionnels d'échanger collectivement avec les nouveaux résidents et les proches afin de leur présenter le travail de l'équipe d'animation et de recueillir les besoins et attentes des usagers.</p>	
<p>L'établissement a mis en place une commission d'animation qui se réunit plusieurs fois par an pour faire le bilan des derniers projets mis en œuvre, et élaborer les projets à venir.</p>	
<p>L'établissement informe l'ensemble des résidents sur le programme des animations collectivement et individuellement.</p>	
<p>L'établissement dispose de plusieurs véhicules adaptés qui lui permettent de rendre accessibles les activités extérieures au plus grand nombre possible de résidents, y compris les résidents à mobilité réduite (visites d'expositions temporaires, sorties ludiques, ...).</p>	
<p>L'établissement possède une salle informatique depuis 7 ans et est ouvert à l'usage des technologies modernes (internet, TV, vidéo) afin de maintenir le lien social ou familial. Il permet la présence de chiens (de bénévoles et de familles de résidents), sous certaines conditions en lien avec la sécurité des usagers, afin de faciliter le contact et l'expression des résidents.</p>	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
<p align="center">Capacité à répondre aux attentes exprimées par les usagers en matière de soins</p> <p align="center">Qualité de la prise en charge soins</p>	<p align="center">Section 3</p>
<p align="center">QUESTION(S) EVALUATIVE(S)</p>	
<p align="center"><i>Comment recueillez-vous les besoins et attentes de l'usager ?</i></p> <p align="center"><i>Quels moyens mettez-vous en œuvre pour répondre à ces demandes ?</i></p> <p align="center"><i>Comment synchronisez-vous ces moyens au regard du cadre réglementaire ?</i></p> <p align="center"><i>Comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge ?</i></p>	
<p align="center">CONSTATS</p>	
<p>L'établissement anticipe l'admission du nouveau résident ce qui permet d'assurer la continuité de ses soins : les dossiers médicaux sont renseignés avant l'admission avec les éléments recueillis auprès des partenaires (Services d'hospitalisation, médecins traitants,...), et/ou une visite au futur résident sur le lieu d'hébergement avant l'admission. Cette prise de renseignement se traduit par une adaptation des locaux et du matériel qui seront mis à disposition en fonction des besoins, des attentes, et dans la mesure du possible (matériel facilitant la mobilité notamment en lien avec l'ergothérapeute du service).</p>	
<p>L'établissement a mis en place une organisation des soins qui garantit la confidentialité des données médicales : l'ensemble des dossiers-papier est stocké sans les salles de soins de chaque service dont l'accès est sécurisé par un digicode et l'accès aux dossiers informatisés est protégé par un mot de passe personnel avec l'adaptation de l'accès à la fonction du professionnel concerné (l'Aide-soignante par exemple n'a pas accès à l'ensemble du contenu du dossier médical).</p>	
<p>L'établissement permet le libre choix des intervenants extérieurs : poursuite du travail avec le professionnel qui intervenait auprès de la personne avant son admission si elle le souhaite et dans la mesure où le professionnel accepte ce suivi. L'établissement organise la flexibilité de la planification des interventions pour respecter au mieux les droits des résidents : horaires des accompagnements (lever, coucher,...) et des soins (soins d'hygiène et soins infirmiers) variables en fonction des souhaits et des besoins des résidents, dans la limite du respect des impératifs extérieurs à l'établissement et des contraintes d'organisation liées aux repas (midi/soir) ou aux animations.</p>	
<p>L'utilisation du dossier de soins informatisé par les professionnels de la structure assure la planification grâce aux onglets « Plan de soin »/ « agenda »/ »Journal » imprimables, la traçabilité grâce à la validation des actes effectués et l'identification du professionnel en regard de l'acte effectué, et l'actualisation efficace du plan de soins qui se fait automatiquement en lien avec la modification d'un élément du dossier du résident (modification d'une prescription par exemple).</p>	
<p>L'établissement a élaboré un ensemble de protocoles de soins qui garantissent l'accès à des soins de qualité pour chaque résident : ces protocoles sont en lien avec la sécurité du résident (Risque de chute par exemple) ou avec des thématiques spécifiques (à rapprocher de l'hygiène avec 1 infirmière hygiéniste, ou à la prise en compte de la fragilité du résident avec 1 infirmière formée aux Soins palliatifs).</p>	
<p>L'ensemble de l'équipe travaille à l'élaboration des protocoles par le biais des Groupes d'Evaluation de projet, pluridisciplinaires, et la mise en place de soignants référents par thème. Un travail d'actualisation et de finalisation des procédures et protocoles est en cours, notamment dans la recherche de l'évaluation de l'effet produit par les actes de soins pour le résident (Evaluation de la douleur après mise en œuvre de traitements antalgiques, médicamenteux ou non, par exemple).</p>	
<p>Une information spécifique est systématiquement organisée avec des intervenants qualifiés (Les laboratoires pour les pansements, les prestataires pour le matériel comme l'extracteur d'oxygène, la pharmacie-partenaire pour les traitements,...) pour permettre un usage optimal des médicaments et dispositifs de soins.</p>	
<p>L'établissement réalise une évaluation systématique de la douleur à l'admission du résident ce qui permet d'en surveiller l'évolution : l'ensemble du personnel soignant est formé à l'évaluation de la</p>	

douleur et la réalise même sans point d'appel à l'aide de 2 échelles d'évaluation correctement maîtrisées au sein de la structure.

L'établissement recherche le recueil des Directives Anticipées auprès du résident dès la préadmission conformément aux Recommandations : la notion de Directives Anticipées est introduite avec le futur résident et ses proches en préadmission puis rediscutée au cours de l'accompagnement aux moments jugés opportuns par l'équipe (admission, recueil des habitudes de vie / besoins et attentes, altération de l'état général, questionnement du résident).

L'établissement a organisé une réflexion au sujet du circuit du médicament, par le travail d'un Groupe de réflexion thématique et l'élaboration d'une convention récente (3 semaines) avec une pharmacie de ville ce qui permet l'amélioration des conditions d'usage des médicaments et participe à la sécurisation du circuit : La transmission des prescriptions et la délivrance des produits médicamenteux sont cohérentes ; la préparation des médicaments est réalisée pour la majeure partie par la pharmacie avec une mise sous « blisters » (piluliers sécurisés comportant l'identification du résident, de la prescription et du moment de la prise), la vérification de la concordance prescriptions/plans d'administration/piluliers par les infirmières et la distribution , avec la mention « actes de la vie courante » portée sur toutes les ordonnances, par les aides-soignantes qui assistent également à la prise.

Le circuit du médicament ne respecte pas toutes les recommandations en termes de :

- traçabilité des produits stockés : l'établissement n'a pas défini les dispositions de gestion du stock de médicaments et dispositifs conservé sur place (stock « flou » de médicaments non listés à donner en « si besoin » et de pansements médicamenteux),
- traçabilité des produits utilisés : l'établissement ne procède pas à la mention des dates d'ouverture pour les produits utilisés (Flacons ouverts sur les chariots de soins infirmiers et aides-soignants de type antiseptiques par exemple),
- surveillance des péremptions : l'établissement n'a pas encore formalisé une procédure de surveillance et de traçabilité des dates de péremption pour les médicaments et dispositifs médicamenteux stockés,
- validation des traitements donnés : l'établissement n'a pas encore formalisé une procédure de validation des traitements distribués par les aides-soignants et la procédure n'est pas connue de tous (exemple des aides-soignants de nuit qui ne valide pas leur distribution)
- gestion des toxiques : actuellement l'établissement n'a pas organisé la surveillance des toxiques en termes de dotation formalisée, connaissance/gestion du stock, prescription spécifique, traçabilité spécifique, vérification des péremptions,
- gestion du stockage réfrigéré : l'établissement n'a pas élaboré une procédure d'entretien et de suivi de la température du réfrigérateur-soins qui contient des produits médicamenteux à conservation réfrigérée ; l'entretien du réfrigérateur n'est pas correctement réalisé ce jour (visuellement sale à l'intérieur, constat validé par l'infirmière et l'infirmier coordinateur présents) ce qui ne permet pas de garantir la sécurité de l'ensemble des résidents.

Le Dossier de soins informatisé n'est pas utilisé par l'ensemble des intervenants extérieurs, par choix de leur part, malgré la sollicitation de l'établissement. Ces professionnels réalisent donc des prescriptions-papier et/ou des transmissions orales. La retranscription des prescriptions (médecins traitants) et de certaines transmissions (paramédicaux libéraux : kinésithérapeute, orthophoniste, ...) ne permet pas de garantir le respect de la réglementation en matière de responsabilité professionnelle.

EXPRESSION ET PARTICIPATION DES USAGERS

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement	Section 3
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p style="text-align: center;"><i>Comment organisez-vous les réunions du Conseil de la Vie sociale ?</i> <i>Comment sont pris en compte des questions et remarques ?</i> <i>Comment mesurez-vous le niveau de satisfaction des usagers ?</i></p>	
CONSTATS	
<p>L'établissement a mis en place un Conseil de la Vie Sociale. Il est composé de: 2 représentants du personnel, 4 représentants des familles (2 élus, 2 suppléants) et 8 représentants des résidents (4 élus, 4 suppléants), la Directrice, et un représentant du Conseil d'Administration, pour permettre une représentativité correcte de l'ensemble des parties prenantes dans la vie de l'établissement.</p>	
<p>Le Conseil de la Vie Sociale se réunit 4 fois par an, avec un ordre du jour établi en concertation lors de la réunion précédente. Il procède à la validation du compte-rendu par l'ensemble de ses membres présents avant l'ouverture de la réunion suivante puis réalise un affichage du compte-rendu à l'entrée de l'établissement et une diffusion auprès de chaque résident via la Gazette interne à l'établissement.</p>	
<p>Le Conseil de la Vie Sociale est chargé par l'établissement d'analyser les résultats des enquêtes menées auprès des usagers et de proposer les enquêtes à venir, afin de lui permettre de participer à l'évolution de la structure.</p>	
<p>L'établissement communique sur les activités du Conseil de la Vie Sociale (internet, gazette interne, informations orales) ce qui permet aux usagers d'en avoir une meilleure connaissance et de s'approprier son fonctionnement.</p>	

GARANTIE DES DROITS ET POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Respect de la dignité et du droit à l'intimité	Section 3 Points 4 et 9
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Quels moyens mettez-vous en œuvre pour garantir le respect de la dignité et du droit à l'intimité des résidents ?</i>	
CONSTATS	
L'établissement organise une réflexion continue sur la Bienveillance au sein de la structure, avec notamment un groupe de réflexion dédié à cette thématique qui se réunit tous les 1 à 2 mois.	
L'établissement a mis en place une réunion d'analyse de pratique, qui se réunit notamment lorsqu'un accompagnement se révèle problématique, pour permettre aux professionnels de réfléchir de façon pluridisciplinaire aux difficultés rencontrées.	
L'établissement transmet ses valeurs aux nouveaux salariés dès les entretiens de recrutement afin de s'assurer de l'intégration des droits du résident, en particulier le droit à l'intimité et à la dignité, dans les pratiques professionnelles.	
Pour transmettre ses valeurs efficacement, l'établissement a mis en place un groupe de travail centré sur le tutorat qui a permis l'élaboration d'un livret d'accueil du nouveau salarié. Ce document précise les attendus de l'établissement en termes de respect de la dignité et de droit à l'intimité, notamment dans la prise en compte du caractère privatif de la chambre du résident.	
L'établissement a mis en œuvre un « parcours d'intégration » du nouveau salarié qui permet son information auprès des professionnels de l'établissement, en particulier auprès de la Psychologue du service, qui réalisent une sensibilisation aux notions de dignité et d'intimité.	
Les professionnels portent une attention au respect de l'intimité et de la dignité des résidents sur la base de la Charte de la Personne Accueillie et de la Charte de Bienveillance élaborée par l'établissement: usage des noms de famille et du vouvoiement, portes fermées, utilisation effective des « présence s » lumineuses des espaces privés, locaux rénovés qui permettent de proposer des douches individuelles.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Modalités de traitement et d'analyse des évènements indésirables permettant d'améliorer l'accompagnement	Section 3 Points 4 et 9
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Quelles sont les modalités de traitement et d'analyse des évènements indésirables ? Quelles sont les modalités de traitement et d'analyse des plaintes et réclamations ? Quelles sont les modalités de signalement, de traitement et d'analyse des faits de maltraitance ?</i>	
CONSTATS	
L'établissement a élaboré une fiche d'enregistrement des évènements indésirables mise à disposition de l'ensemble du personnel, résidents et familles.	
Les fiches renseignées sont transmises à la direction pour analyse et traitement.	
Les évènements indésirables identifiés sont traités par les différents responsables de secteur d'activité. Les analyses permettent la mise en œuvre d'actions correctives.	
Des groupes de travail (GEP) peuvent mis en place pour le traitement des évènements indésirables le justifiant.	
Les plaintes et réclamations émises par les résidents et les familles sont traitées par la direction qui y apporte une réponse systématique.	
L'établissement ne formalise pas annuellement un bilan des évènements indésirables et réclamations pour présentation au Conseil de la Vie Sociale comme cela est prévue dans sa procédure.	
L'établissement dispose d'une procédure de signalement et de traitement des faits de maltraitance, cette procédure est connue par les professionnels.	
L'établissement organise une réflexion continue sur la Bienveillance au sein de la structure, avec notamment un groupe de réflexion dédié à cette thématique.	
L'établissement transmet ses valeurs aux nouveaux salariés dès les entretiens de recrutement afin de s'assurer de l'intégration des droits du résident, en particulier le droit à l'intimité et à la dignité, dans les pratiques professionnelles.	
L'établissement a formalisé des protocoles et procédures en équipe pluridisciplinaire permettant de diffuser la culture de l'établissement en matière de Bientraitance et d'uniformiser les pratiques professionnelles.	
L'établissement a établi une charte de la bientraitance.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS	Section 3 Points 4 et 9
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Quelles sont les dispositions d'identification des risques relatifs aux spécificités des usagers ?</i>	
CONSTATS	
L'établissement élaboré des procédures en équipe pluridisciplinaire qui permettent d'identifier les risques relatifs aux spécificités des usagers en lien avec différentes thématiques : Vie quotidienne, Ethique, Evolution de l'état général/santé, Citoyenneté et Soins infectieux.	
L'établissement a mis en place des groupes de réflexion, qui travaillent à l'identification des risques en lien avec ces thématiques.	
Sur la base de ce travail de réflexion, l'établissement réalise dès l'admission une évaluation des différents risques identifiés tels que la dénutrition, les chutes, la douleur, le risques infectieux, la sortie involontaire. Ces informations sont intégrées dans le plan de soin.	
L'établissement est équipé de matériels adaptés aux besoins des résidents (matelas anti-escarres, lèves personnes, lits médicalisés...).	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'utilisateur ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels	Section 3 Points 4 et 9
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Quelles sont les dispositions permettant de prévenir ces risques (formation, concertation avec usagers, réunions d'écoute et de partage interprofessionnel) ?</i>	
CONSTATS	
La réflexion organisée par l'établissement permet l'élaboration de protocoles de soins qui prennent en compte les risques identifiés au sein des groupes de réflexion.	
L'établissement a mis en place un Registre des réclamations, disponible à l'accueil, pour permettre aux usagers de s'exprimer par écrit, nominativement ou de façon anonyme.	
L'établissement a formalisé une procédure d'identification, de traitement et de signalement des faits de maltraitance suspectés et/ou avérés. Cette procédure est accessible aux professionnels dans les salles des soins et est communicable aux usagers.	
L'établissement a mis en place des réunions mensuelles de concertation avec les usagers, qui permettent d'échanger sur le respect de l'autonomie et les droits des usagers (échanges au sujet de la liberté d'aller et venir par exemple, en lien avec les sorties).	
L'établissement a mis en place des groupes de réflexion à partir de situations d'appel, sous la forme d'analyses de pratiques, qui permettent aux professionnels d'échanger sur les difficultés rencontrées lors de l'accompagnement de certains résidents (personnes atteintes de troubles psychiatriques, altération de l'état général, ...).	
L'établissement organise régulièrement une réflexion en concertation avec les professionnels de plusieurs autres établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes de son réseau local dans la recherche de pratiques communes répondant aux problématiques soulevées par des situations d'accompagnement récurrentes (l'agressivité de certains résidents par exemple).	
L'établissement a défini une procédure de gestion de crise. Les dispositions prévues ont été mises en œuvre en pratique (en lien avec un risque infectieux non avéré), et ont été jugées opérationnelles par l'ensemble de l'équipe. Les dispositions prévues par l'établissement sont disponibles à l'ensemble du personnel dans les salles de soins.	
L'établissement organise régulièrement des formations et informations à destination de l'ensemble du personnel en lien avec la prévention des risques spécifiques aux usagers. Ces formations sont réalisées par des professionnels externes (formation de prévention des troubles de la déglutition par l'orthophoniste par exemple) ou internes (formation en lien avec les troubles de la mobilité par l'Ergothérapeute par exemple).	
L'établissement permet aux professionnels de participer à des colloques, conférences afin d'améliorer les pratiques professionnelles et la gestion des risques (conférence « plaies et cicatrisation » par exemple).	

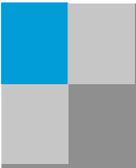
PERCEPTION DE L'ETABLISSEMENT

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Perception par les partenaires	Section 3 Point 14
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment percevez-vous l'établissement dans son ensemble ? Comment percevez-vous la ou les missions de l'établissement ?</i>	
CONSTATS	
Les professionnels décrivent un établissement « accueillant », qui bénéficie de locaux « anciens mais agréables » et d'un personnel « à l'écoute », « disponible » ce qui favorise leur intervention au sein de l'établissement.	
Les professionnels apprécient la qualité de l'organisation de leurs interventions qui facilite l'accès des résidents aux services proposés.	
Les professionnels constatent la variété des animations réalisées au sein de l'établissement qui participent à l'ambiance conviviale et à la satisfaction des résidents.	
Les professionnels font état de l'attention qui est portée par l'établissement au suivi spécifique des situations qui le nécessitent (« pieds diabétiques » pour la pédicure-podologue, prise en charge par l'orthophoniste), ce qui assure un accompagnement de qualité aux résidents.	
Les professionnels constatent une « rotation » importante du personnel.	

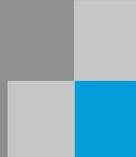
SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Perception par les usagers (résidents et familles)	Section 3 Point 14
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p style="text-align: center;"><i>Comment percevez-vous l'établissement dans son ensemble ?</i> <i>Comment percevez-vous la ou les missions de l'établissement ?</i></p>	
CONSTATS	
Les usagers décrivent un établissement « calme », qui met à leur disposition un environnement et du matériel « adaptés ».	
Les usagers notent le souci de l'établissement de répondre aux besoins de la personne accompagnée, ainsi que la démarche d' « amélioration de la qualité » de l'établissement : amélioration de la gestion des médicaments (« moins d'erreur »), de la convivialité (« apéritif du lundi »), de l'entretien des locaux (« plus propre »).	
Les usagers apprécient l'accessibilité du parc, qui apporte de la « vie » au sein de l'établissement.	
Les usagers apprécient la variété des animations proposées, et la recherche de l'adaptation aux handicaps pour permettre au plus grand nombre d'y participer : sorties avec le véhicule adapté pour les personnes à mobilité réduite, adaptation du matériel pour les personnes malvoyantes (télécommande de télévision à grosses touches).	
Les usagers ont une perception variable du confort (Taille des chambres, matériel adapté) et de l'accessibilité en fonction de la situation géographique de leur chambre dans l'établissement.	
Les usagers ont une perception des services de restauration : les repas sont globalement appréciés, mais avec une prise en compte inégale des goûts des résidents, et un service régulièrement défaillant en terme de respect des textures, de propreté des couverts.	
Les usagers ont une perception variable du service de lingerie avec pour un certain nombre d'usagers des pertes de vêtements « notables » classées « sans suite » malgré leur réclamation orale.	
Les usagers ont une perception variable de la qualité de la communication au sein de l'établissement et avec les usagers: Une partie des personnes présentes est satisfaite de la qualité de la communication tandis que certains signalent une perte importante d'information au sein des équipes de professionnels et un manque d'information des proches au sujet de l'accompagnement des résidents, en particulier en cas d'évènement notable comme les chutes ou une modification du comportement.	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Perception par les bénévoles	Section 3 Point 14
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<p><i>Comment percevez-vous l'établissement dans son ensemble ?</i> <i>Comment percevez-vous la ou les missions de l'établissement ?</i> <i>Quel type de convention avez-vous passé avec l'établissement ?</i></p>	
CONSTATS	
<p>Les bénévoles décrivent un établissement « sympathique », bénéficiant de locaux « agréables » et d'un personnel « gentil », « attentif » qui établit un « lien de proximité » ce qui favorise leur intervention. Ils décrivent une « amélioration de la convivialité » (apéritif du lundi).</p>	
<p>Les bénévoles constatent que l'établissement réalise un accompagnement « de qualité » auprès des résidents, en termes de personnalisation des locaux privés, de création du lien avec familles, de variété des animations proposées et de l'accompagnement de la fin de la vie des résidents.</p>	
<p>Les bénévoles bénéficient de réunions de réflexion pluriannuelles avec la psychologue de l'établissement sur des thématiques spécifiques, ce qui leur permet d'avancer dans la compréhension des personnes qu'elles accompagnent, et ont la possibilité de solliciter la psychologue individuellement dans le cadre d'accompagnements qu'elles estiment plus difficiles.</p>	
<p>Les bénévoles notent une « rotation » importante du personnel, ainsi la présence de personnels non qualifiés (stagiaires) et une moindre présence du personnel le weekend.</p>	

SOUS THEMATIQUE	POINT DECRET
Perception par le personnel	Section 3 Point 14
QUESTION(S) EVALUATIVE(S)	
<i>Comment percevez-vous l'établissement dans son ensemble ? Comment percevez-vous la ou les missions de l'établissement ?</i>	
CONSTATS	
Le personnel décrit un établissement « accueillant », « propre », « humain » et « convivial ».	
Le personnel considère que l'établissement remplit correctement ses missions de soins, d'accompagnement, de maintien du lien social pour la population accueillie.	
Les moyens d'expression à disposition du personnel sont variés, connus de tous, accessibles, ce qui permet aux professionnels de s'en saisir de façon satisfaisante :	
L'établissement dispose d'une délégation unique (Comité d'entreprise-Délégation du personnel), composée de 7 délégués (4 titulaires, 3 suppléants, 1 carence) qui se réunit tous les mois après la compilation des questions orales pour l'élaboration de l'ordre du jour afin d'échanger avec la Direction sur les problématiques liées à l'organisation du travail. Un compte-rendu est élaboré, validé avant l'ouverture de la réunion suivante et fait l'objet d'un affichage accessible à l'ensemble du personnel.	
L'établissement a également mis en place un Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail, dont il est fait état de l'importante réflexion collective et de la réactivité en lien avec l'amélioration des conditions de travail.	
L'établissement réalise des entretiens d'évaluation, dont la périodicité est variable, qui sont préparés à l'aide d'une trame et qui facilitent les aménagements de poste et permettent de faire émerger des demandes ou des besoins de formations.	
L'établissement a mis en place des réunions de services dont la périodicité et le contenu varient en fonction du service, qui permettent un échange régulier avec la Direction.	
L'ensemble du personnel participe à des animations avec la Direction, comme « le repas des gourmets », qui concourent à maintenir un dialogue social de qualité.	
Le personnel signale « l'écoute », et la « disponibilité » de la Direction de l'établissement qui permet le maintien d'un climat social satisfaisant : échanges directs facilités, Direction joignable et présente.	
Le personnel constate un manque d'information (« projets à venir » par exemple) et de consultation des salariés (manque de « pluridisciplinarité » dans certains échanges, en rapport avec l'accessibilité des locaux par exemple) ne leur permettant pas d'avoir une bonne visibilité de l'évolution de l'établissement.	



Synthèse



1- La ou les démarche(s) d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESMS

CONSTATS
Forces
<p>L'évaluation interne a fait l'objet de la mise en place d'un comité de pilotage avec participation de l'ensemble des parties prenantes (CA, résidents, familles, professionnels, Conseil de la Vie Sociale, bénévoles).</p> <p>L'évaluation interne a été menée à partir d'un référentiel construit suivant la RBPP relatives à l'évaluation interne en EHPAD.</p> <p>A partir du référentiel, le COPIL a identifié les axes d'amélioration à prendre en compte.</p> <p>L'établissement a mis en place des groupes de travail avec participation des résidents, familles et professionnels pour chacun des axes du référentiel.</p> <p>Chaque groupe de travail constitué a identifié les actions d'amélioration à mettre en place, les actions proposées ont été validées par le COPIL.</p> <p>Chaque action d'amélioration définie a été intégrée au plan d'actions global définissant les données de planification et de suivi.</p> <p>Le COPIL, au cours de ces réunions, suit en continu l'état d'avancement du plan d'actions.</p> <p>Des indicateurs de suivi ont été mis en place pour chacun des axes du référentiel.</p> <p>La démarche d'évaluation interne a fait l'objet de la mise en place de réunions d'information à destination des résidents, familles et professionnels.</p> <p>Les résultats de l'évaluation interne ont été présentés aux résidents et familles au cours d'une des réunions mensuelles.</p> <p>Un point d'avancement des actions d'amélioration est réalisé au cours de chaque réunion du Conseil de la Vie Sociale.</p> <p>L'établissement a mis en place différentes dispositions de communication des résultats de l'évaluation interne à destination des parties prenantes (gazette, site internet, classeur par étage pour les professionnels).</p>
Faiblesses
<p>L'ensemble des partenaires (intervenants médicaux et paramédicaux) n'ont pas été associés à la démarche d'évaluation interne.</p> <p>Les indicateurs retenus ne permettent pas l'évaluation des effets des actions d'amélioration mises en place.</p>

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
<p>L'établissement doit revoir la méthodologie de mise en œuvre de l'évaluation interne afin d'y associer l'ensemble de ses partenaires.</p>
Propositions
<p>L'établissement devrait revoir les indicateurs suivis afin de lui permettre d'évaluer les effets des actions d'amélioration mises en œuvre.</p>

2- Les modalités de prise en compte des RBPP

CONSTATS
Forces
<p>La Direction de l'établissement a organisé une veille en collaboration avec la Direction de plusieurs autres établissements ce qui permet l'analyse concertée des Recommandations.</p> <p>L'établissement met en place une diffusion ciblée des Recommandations aux professionnels concernés de sorte à réaliser une sensibilisation efficace.</p> <p>L'établissement organise le travail des groupes de réflexion pour permettre l'appropriation des recommandations.</p>
Faiblesses
<p>L'établissement n'a pas formalisé les dispositions de prise en compte des RBPP (Méthode, veille, formation, sensibilisation, appropriation).</p>

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
<p>Néant.</p>
Propositions
<p>L'établissement devrait formaliser les dispositions de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques de l'ANESM.</p>

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

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

CONSTATS
Forces
<p>Le projet d'établissement fait l'objet d'une actualisation annuelle avec participation des résidents, familles, professionnels et bénévoles.</p> <p>Chaque actualisation du projet d'établissement est présentée et validée par le Conseil d'Administration et le Conseil de la Vie Sociale.</p> <p>Le projet d'établissement a fait l'objet d'une actualisation en 2013 suite à la mise en place de la démarche d'évaluation interne. Il en présente le plan d'actions d'amélioration.</p> <p>Le projet d'établissement rappelle les missions, il présente les valeurs et objectifs généraux déclinés de ceux définis dans le projet associatif.</p> <p>Le projet d'établissement comporte des données relatives à la caractérisation des résidents et les orientations du schéma départemental et du plan gérontologique de la ville de Rennes.</p> <p>Les objectifs généraux du projet d'établissement sont déclinés en objectifs opérationnels pour chacune des composantes liées à l'accompagnement des résidents.</p> <p>En complément du projet d'établissement, un projet spécifique a été élaboré pour l'animation, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les soins.</p> <p>Chaque « sous projet » comporte des objectifs opérationnels et décrit l'organisation et les actions d'accompagnement mises en œuvre.</p> <p>L'établissement a mis en place des indicateurs lui permettant de s'assurer de l'atteinte des objectifs du projet d'établissement.</p>
Faiblesses
<p>L'établissement n'a pas élaboré de « sous-projet » pour la plate-forme de répit.</p> <p>Les indicateurs mis en place ne permettent pas tous l'évaluation des effets des dispositions d'accompagnement des résidents.</p>

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
<p>L'établissement devrait élaborer un projet spécifique pour la plate-forme de répit.</p> <p>L'établissement devrait revoir ses indicateurs afin de lui permettre de mieux évaluer les effets des dispositions d'accompagnement des résidents.</p>

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

CONSTATS
Forces
<p>Les objectifs du projet d'établissement ont été définis en prenant en compte des moyens en place, notamment ceux définis dans la convention tripartite en cours, ainsi que ceux prévus dans celle en cours d'élaboration.</p> <p>L'établissement a mené en 2012 une réflexion sur l'organisation globale des services à partir du résultat des groupes de travail composés de professionnels et de résidents.</p> <p>Cette réflexion a débouché sur la refonte des plannings, l'actualisation des fiches de fonction et fiches de tâche (en cours).</p> <p>La nouvelle organisation a fait l'objet d'une évaluation par une enquête menée auprès des professionnels. Les résultats de cette enquête ont démontré la cohérence de l'organisation au regard des besoins des résidents.</p> <p>Les dispositions d'organisation permettent de garantir la cohérence et la continuité du service en toute circonstance (nuit, week-end, périodes de congés, absences).</p> <p>Les besoins en matériels et équipements liés à l'accompagnement des résidents sont identifiés par l'ergothérapeute avec consultation des professionnels.</p> <p>L'ergothérapeute assure la gestion de ces équipements et matériels.</p> <p>Dans la limite de ses capacités, l'établissement répond favorablement à toute demande d'acquisition de matériels et équipements liés à l'accompagnement des résidents. Les professionnels disposent des équipements et matériels nécessaires.</p> <p>Le projet d'établissement fait référence aux partenariats mis en place et à la participation au réseau gérontologique local.</p>
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.

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

CONSTATS
Forces
Les dispositions de recrutement et d'intégration des professionnels, remplaçants et stagiaires mises en œuvre permettent de garantir le niveau de compétences et de connaissance nécessaire à l'accompagnement des résidents. L'établissement réalise les entretiens annuels pour l'ensemble des professionnels suivant des dispositions établies.
Faiblesses
Pour l'année 2014, les entretiens annuels des professionnels n'ont à ce jour que très peu réalisés.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
L'établissement devrait mettre en place un dispositif de planification des entretiens individuels afin de s'assurer de leur réalisation sur l'année.

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

CONSTATS
Forces
<p>L'établissement élabore un plan de formation annuel à partir des besoins identifiés par le comité de direction, en concertation avec les instances représentatives du personnel.</p> <p>Dans la limite de ses capacités, l'établissement permet au personnel de bénéficier de formations diplômantes (AS).</p> <p>L'établissement propose aux professionnels de bénéficier de formations internes réalisées par des professionnels de l'établissement ou des partenaires sur des thématiques liées à l'accompagnement des résidents.</p> <p>L'établissement permet à certains professionnels de participer à des colloques et conférences externes.</p> <p>L'établissement organise des réunions d'organisation et/ou d'analyse des pratiques pour chaque service ou secteur d'activité.</p> <p>L'établissement a mis en place des Groupes d'Evaluation des Projets pluridisciplinaires pour l'analyse des pratiques professionnelles et l'identification d'actions d'amélioration sur de nombreuses thématiques.</p>
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.

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

CONSTATS
Forces
<p>L'établissement a élaboré un Document Unique actualisé annuellement, la dernière actualisation a été réalisée en 2013 avec prise en compte des risques psychosociaux.</p> <p>Les risques d'apparition des Troubles musculo squelettiques sont analysés par le CHSCT avec mise en place d'actions de prévention.</p> <p>La psychologue de l'établissement propose aux professionnels des réunions de concertation en cas de situations difficiles rencontrées dans l'accompagnement des résidents.</p> <p>L'établissement a élaboré des procédures relatives à des situations de maltraitance des salariés ou risques d'épuisement professionnel.</p> <p>L'établissement a élaboré les protocoles et procédures lui permettant d'adapter son organisation en fonction des besoins spécifiques liés aux diverses situation de crise.</p>
Faiblesses
<p>Les risques psychosociaux identifiés dans le Document Unique ne semblent pas être pris en compte dans leur totalité.</p>

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
<p>Néant.</p>
Propositions
<p>L'établissement devrait actualiser son Document Unique afin de prendre en compte l'ensemble des risques psychosociaux liés aux activités des professionnels dans l'accompagnement des résidents.</p>

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

CONSTATS
Forces
<p>L'établissement actualise régulièrement les données relatives à la caractérisation des résidents afin de s'assurer de la pertinence de son organisation et des pratiques professionnelles au regard de l'évolution des besoins.</p> <p>Les modalités d'accompagnement des résidents sont décrites dans le système documentaire (protocoles et procédures) mis à disposition des professionnels.</p> <p>Personnalisation de l'écoute téléphonique :</p> <p>L'organisation de l'accueil téléphonique permet de garantir le respect des règles de confidentialité et du secret professionnel.</p> <p>L'établissement dispose de plusieurs lignes fixes indépendantes qui garantissent la continuité de la réponse téléphonique et le traitement des urgences.</p> <p>L'organisation de la réception des appels téléphoniques par les différents professionnels tout au long de la journée garantit la continuité du service.</p> <p>L'ensemble des messages reçus est transmis aux bons interlocuteurs par oral et par écrit en fonction du type de message, permettant une bonne qualité de la circulation de l'information au sein de l'établissement.</p> <p>Les procédures d'appel d'urgence sont formalisées, accessibles et connues des professionnels ce qui permet une bonne réactivité du personnel en cas de situation d'urgence.</p> <p>Préadmission :</p> <p>Les dispositions d'analyse et de traitement des demandes d'admission permettent de garantir l'adéquation entre les besoins identifiés et les capacités de l'établissement à y apporter une réponse adaptée.</p> <p>Les dispositions en place permettent de s'assurer du consentement libre et éclairé des usagers.</p> <p>Admission :</p> <p>L'établissement met en place une réunion de pré-accueil afin de communiquer de façon exhaustive sur le fonctionnement de l'établissement et de compléter les informations recueillies en phase de préadmission en vue de la préparation de l'arrivée des résidents.</p> <p>Les dispositions d'accueil des nouveaux résidents permettent de garantir leur intégration et d'adapter la prise en charge dès le jour de l'arrivée.</p> <p>Les dispositions d'accompagnement des résidents sont adaptées tout au long de la période d'intégration.</p> <p>Accueil temporaire :</p> <p>Les dispositions d'analyse et de traitement des demandes d'admission en séjour temporaire permettent de garantir l'adéquation entre les besoins identifiés et les capacités de l'établissement à y apporter une réponse adaptée.</p> <p>Chaque demande d'admission en séjour temporaire fait l'objet d'un entretien avec la famille du résident et le résident si possible afin de recueillir toutes les informations nécessaires à sa prise en charge.</p> <p>Si cela est possible, l'établissement propose un séjour d'essai de 5 jours afin de s'assurer de sa capacité de répondre favorablement aux attentes et besoins des résidents.</p> <p>L'arrivée des résidents en séjour temporaire est planifiée suivant les capacités de l'établissement et est préparée afin de garantir leur intégration et d'adapter l'accompagnement dès le jour de l'arrivée.</p>

Les dispositions en place permettent une bonne préparation de la sortie des résidents, en particulier concernant la continuité de la prise en charge.

Chaque fin de séjour temporaire donne lieu à la remise d'un questionnaire de satisfaction, les résultats des enquêtes sont analysés en réunion d'équipe.

Accueil de jour :

L'établissement a formalisé une procédure d'admission spécifique qui permet de s'assurer du niveau d'information, et d'appropriation du résident et de ses proches.

L'établissement anticipe l'arrivée des nouveaux usagers en informant les personnes déjà présentes et personnalise son accueil ce qui favorise l'intégration de la personne accueillie.

L'établissement définit des objectifs d'accompagnement avec la personne accueillie et ses aidants lors de l'entretien de préadmission ce qui garantit la participation des usagers à l'élaboration de leur Projet d'Accompagnement Personnalisé.

L'établissement met en œuvre une souplesse dans l'organisation des temps d'accueil et dans les activités proposées pour garantir l'adaptabilité de l'accompagnement aux besoins et aux attentes des usagers.

L'établissement favorise la présence des proches des personnes accompagnées et multiplie les occasions d'échanges ce qui favorise le maintien des liens familiaux, en particulier les liens des couples.

L'établissement élabore des objectifs d'accompagnement avec la personne accueillie et ses proches, et réalise un « bilan intermédiaire » à 2 mois avec le Médecin-Directeur, de façon à vérifier la qualité de l'intégration de la personne et l'adéquation des objectifs proposés avec l'évolution de la personne au sein du service.

Restauration :

Les dispositions relatives à l'élaboration des menus permettent de garantir l'équilibre alimentaire des résidents, et la prise en compte de leurs souhaits en matière d'alimentation.

L'établissement organise une commission « menu » hebdomadaire avec participation des résidents.

La démarche HACCP est maîtrisée, l'ensemble des dispositions de nettoyage et de contrôle permettent de garantir la sécurité alimentaire.

Les dispositions de préparation des repas permettent de garantir le respect des régimes et des prescriptions de textures modifiées.

La diététicienne de l'établissement assure le suivi des résidents présentant des risques liés à l'alimentation, en relation avec les équipes soignantes.

L'établissement réalise en interne les préparations enrichies en complément de celles achetées.

Les dispositions relatives à l'aide au repas sont définies dans le plan de soins de chaque résident et sont communiquées aux équipes chargées de cet accompagnement.

L'établissement a mis en place un dispositif de recueil des goûts et dégoûts des résidents à leur arrivée.

L'établissement propose une carte de remplacement à chaque repas pour prendre en compte les goûts des résidents.

L'établissement propose régulièrement des repas à thème et repas festifs.

Le prestataire de restauration a mis en place une opération « 365 sourires » pour mise en œuvre d'une intention particulière journalière à l'intention des résidents au moment des repas.

Hébergement :

L'organisation en place permet de garantir l'état de propreté et d'hygiène des espaces collectifs et privés.

L'entretien des espaces privés est réalisé suivant des fréquences définies avec prise en compte des souhaits et du rythme de vie de chaque résident.

L'établissement est en cours de mise en place de supports permettant de préciser les particularités de l'entretien des espaces privés pour chaque résident.

Les dispositions de traitement du linge respectent en totalité les règles définies dans la norme RABC.

Les dispositions en place permettent de garantir le maintien en état des équipements et matériels

de l'établissement.

La gestion du carnet sanitaire permet de garantir les risques de légionellose.

Les demandes des résidents relatives aux interventions de maintenance à réaliser dans leurs chambres sont prises en compte et traitées de façon réactive par les agents d'entretien.

Soins :

L'établissement anticipe l'admission du nouveau résident ce qui permet d'assurer la continuité de ses soins.

L'établissement a mis en place une organisation des soins qui garantit la confidentialité des données médicales, le libre choix des intervenants et la flexibilité de la planification pour respecter au mieux les droits des résidents.

L'utilisation du dossier de soins informatisé par les professionnels de la structure assure la planification, la traçabilité, l'actualisation efficace du plan de soins.

L'établissement a élaboré un ensemble de protocoles de soins qui garantissent l'accès à des soins de qualité pour chaque résident.

Une information spécifique est systématiquement organisée avec des intervenants qualifiés pour permettre un usage optimal des médicaments et dispositifs de soins.

L'établissement réalise une évaluation de la douleur à l'admission du résident ce qui permet d'en surveiller l'évolution.

L'établissement recherche le recueil des Directives Anticipées auprès du résident dès la préadmission conformément aux Recommandations.

L'établissement a organisé une réflexion au sujet du circuit du médicament, par le travail d'un Groupe de réflexion thématique et l'élaboration d'une convention avec une pharmacie de ville ce qui a permis l'amélioration des conditions d'usage des médicaments et participe à la sécurisation du circuit.

Vie sociale :

L'établissement bénéficie d'un personnel qualifié dédié à l'animation, d'une association interne à la structure et de la présence régulière d'un grand nombre de bénévoles qui permettent la mise en place et le bon déroulement des animations.

L'établissement propose aux résidents des activités variées et adaptées en réponse aux souhaits exprimés par les résidents individuellement et/ou collectivement au cours des entretiens individuels, des réunions d'accueil, et de la commission Animation.

L'établissement informe l'ensemble des résidents sur le programme des animations collectivement et individuellement.

L'établissement organise un nombre conséquent d'activités extérieures en particulier grâce à un parc de véhicules adaptés et les partenariats mis en place.

L'établissement permet aux résidents et aux familles de résidents de bénéficier de technologies de communication modernes et diverses (internet, TV, ...) afin de maintenir le lien social et familial.

Nuit :

L'établissement assure la présence la nuit de trois professionnels (AS et AHS) garantissant une réponse adaptée aux besoins des résidents.

Les transmissions du soir réalisées avec les IDE et soignants des services permettent aux personnels de nuit d'avoir toutes les informations relatives à l'accompagnement nécessaire des résidents pendant leur service.

Les personnels de nuit connaissent et appliquent les protocoles relatifs aux situations d'urgence identifiées.

L'établissement est en cours d'actualisation des fiches de tâches des personnels de nuit.

Sortie de l'établissement :

L'établissement a identifié les différents modes de gestion des sorties temporaires des résidents (hospitalisation, rendez-vous médicaux, retour en famille, ...).

L'établissement met à disposition sur demande aux familles deux véhicules adaptés au transport de

personnes à mobilité réduite.

Les dispositions de sortie définitive de l'établissement sont définies dans le contrat de séjour.

L'établissement a mis en place des dispositions de recueil des souhaits des résidents en matière de décès pour chaque résident, les dispositions prévues sont respectées.

Faiblesses

Admission :

Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement ne comportent pas l'ensemble des données prévues dans le CASF.

Accueil temporaire :

Les projets personnalisés des résidents en accueil temporaire se limitent à la prise en charge en matière de soins, ils ne comportent pas d'objectifs spécifiques liés à la situation individuelles des résidents.

Accueil de jour :

L'établissement n'a pas formalisé l'élaboration, l'actualisation et le suivi des Projets d'Accompagnement Personnalisés pour les personnes accompagnées dans le service d'Accueil de jour.

Restauration :

Le plan de table mis à disposition des personnels chargés au service et de l'accompagnement au repas comporte des incohérences par rapport aux dispositions prévues dans les plans de soins individuels.

Hébergement :

La traçabilité de l'entretien des espaces collectifs n'est pas totalement assurée.

L'organisation en place ne permet pas de garantir totalement le respect des règles de gestion des circuits « propre/sale ».

Les dispositions de réalisation des « purges » des installations sanitaires non utilisées ne sont pas totalement définies.

Soins :

Le circuit du médicament ne respecte pas toutes les recommandations en termes de traçabilité des produits stockés et/ou utilisés, surveillance des péremptions, validation des traitements donnés, gestion des toxiques, gestion du stockage réfrigéré, et de gestion des incidents, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité de l'ensemble des résidents.

La retranscription des prescriptions (médecins traitants) et de certaines transmissions (paramédicaux libéraux) ne permet pas de garantir le respect de la réglementation en matière de responsabilité professionnelle.

Sortie de l'établissement :

Les absences des résidents pour une durée significative ne font pas l'objet d'un enregistrement formalisé.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE

Préconisations

L'établissement doit compléter son règlement de fonctionnement afin de le rendre conforme aux dispositions prévues par le Code de l'Action Sociale et des Familles.

L'établissement doit définir et mettre en place les dispositions d'élaboration, d'actualisation et de suivi des Projets d'Accompagnement Personnalisés pour les personnes accompagnées dans le service d'Accueil de jour.

L'établissement doit revoir les dispositions d'actualisation des plans de table mis à disposition des personnels chargés au service et de l'accompagnement au repas afin de garantir leur cohérence avec les dispositions prévues dans les plans de soins individuels.

L'établissement doit revoir les dispositions relatives au circuit du médicament sur les points signalés afin de s'assurer du respect de toutes les recommandations applicables.

Propositions

L'établissement devrait compléter son livret d'accueil des différentes données proposées par le Code de l'Action Sociale et des Familles.

L'établissement devrait revoir les dispositions d'élaboration des projets personnalisés des résidents en accueil temporaire afin d'y faire apparaître des objectifs spécifiques liés à la situation individuelles des résidents.

L'établissement devrait définir et mettre en place les dispositions relatives à la traçabilité de l'entretien des espaces collectifs.

L'établissement devrait revoir son organisation afin de s'assurer du respect des règles de gestion des circuits « propre/sale ».

L'établissement devrait définir les dispositions de réalisation des « purges » des installations sanitaires non utilisées.

L'établissement devrait définir et mettre en œuvre les dispositions d'enregistrement des absences des résidents pour une durée significative.

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

CONSTATS
Forces
Les projets personnalisés sont élaborés avec prise en compte de l'ensemble des dispositions d'accompagnement. Les objectifs des projets personnalisés sont définis à partir des objectifs généraux du projet d'établissement.
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.

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

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

CONSTATS
Forces
L'établissement a mis en place des partenariats avec l'ensemble des professionnels extérieurs intervenant auprès des résidents. L'établissement a signé des conventions de partenariat avec des établissements et services sanitaires du territoire. L'établissement participe à la mutualisation des formations et des informations à destination des professionnels de santé.
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.

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

CONSTATS
Forces
<p>Les professionnels médicaux et paramédicaux intervenants dans l'établissement apprécient la qualité de l'organisation liés à leurs interventions qui facilite l'accès des résidents aux services proposés.</p> <p>Les professionnels font état de l'attention qui est portée par l'établissement au suivi spécifique des situations qui le nécessitent, ce qui assure un accompagnement de qualité aux résidents.</p> <p>Les bénévoles constatent que l'établissement réalise un accompagnement « de qualité » auprès des résidents, en termes de personnalisation des locaux privatifs, de création du lien avec les familles, la variété des animations proposées et de l'accompagnement de la fin de la vie des résidents.</p>
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.

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

CONSTATS
Forces
<p>L'établissement a défini et met en œuvre un ensemble des dispositions d'intégration et de communication avec les intervenants médicaux et paramédicaux intervenants dans l'établissement afin de garantir un bon partage des informations concernant chaque résident et ainsi assurer la continuité de la prise en charge.</p> <p>Les dispositions de communication et d'échange avec les bénévoles intervenants dans l'établissement sont définies et mises en œuvre.</p> <p>Les bénévoles bénéficient de réunions de réflexion pluriannuelles avec la psychologue de l'établissement et ont la possibilité de solliciter la psychologue individuellement dans le cadre d'accompagnements qu'ils estiment plus difficiles.</p>
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.

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

CONSTATS
Forces
<p>L'établissement a mis en place des partenariats nombreux et variés afin d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur et de l'inscrire sur le territoire.</p> <p>L'établissement dispose d'aménagements intérieurs (Galerie d'exposition par exemple) et extérieurs (Parc) permettant de favoriser le caractère accueillant de la structure.</p> <p>L'établissement utilise les différents moyens de communication à sa disposition pour assurer son ouverture sur son environnement (Reportages TV, informatique).</p> <p>L'établissement bénéficie de la présence d'un animateur dont le travail est orienté sur la facilitation des liens avec l'extérieur.</p> <p>Les échanges inter-établissements, intergénérationnels, l'implication des bénévoles et des professionnels favorisent la convivialité et l'ouverture de l'établissement tout au long de l'année.</p>
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.

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

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

CONSTATS
Forces
<p>L'établissement a mis en place des dispositifs et outils d'identification des attentes et besoins des résidents pour l'élaboration de leur projet personnalisé sur l'ensemble des composantes de l'accompagnement (soins, prendre soin et vie sociale).</p> <p>Chaque résident bénéficie de l'élaboration d'un projet d'accompagnement personnalisé.</p> <p>Un binôme de référents est désigné pour chaque résident, le référent est l'interlocuteur privilégié des résidents et familles pour échange des informations relatives à la situation du résident et les dispositions d'accompagnement mises en œuvre.</p>
Faiblesses
<p>A l'exception du PASA, les objectifs des projets personnalisés ne sont pas tous formalisés au regard de leur capacité à mesurer les effets des dispositions d'accompagnement mises en œuvre.</p> <p>L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de planification d'élaboration et d'actualisation des projets personnalisés.</p>

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
<p>L'établissement devrait revoir les objectifs des projets personnalisés afin de lui permettre une évaluation des effets des dispositions d'accompagnement des résidents.</p> <p>L'établissement devrait mettre en place un planning d'élaboration et d'actualisation des projets personnalisés.</p>

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

CONSTATS
Forces
Les résidents et familles sont associés au recueil de leurs attentes et besoins. Chaque projet personnalisé fait l'objet d'une présentation au résident et sa famille, il est signé par le résident, son représentant légal ou un membre de sa famille. Un cahier de liaison est mis à disposition dans chaque chambre afin de faciliter les échanges entre les familles et les personnels de l'établissement.
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.

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

CONSTATS
Forces
Les projets personnalisés sont élaborés dans les 3 mois qui suivent l'arrivée des résidents. Les projets personnalisés sont actualisés en cas de modification significative de la situation de chaque résident. Les projets de soins sont actualisés en continu en fonction de la situation de chaque résident.
Faiblesses
Tous les projets personnalisés ne font pas à ce jour l'objet d'une actualisation annuelle telle que prévu dans la procédure de l'établissement.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
L'établissement doit définir et mettre en œuvre les dispositions d'actualisation annuelle des projets personnalisés comme prévu dans le Code de l'Action Sociale et des Familles.
Propositions
Néant.

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

CONSTATS
Forces
L'établissement a défini et met en œuvre les dispositions d'accès aux informations les concernant aux résidents et familles des résidents et/ou représentants légaux.
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.

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

CONSTATS
Forces
L'établissement réalise des enquêtes de satisfaction suivant des thématiques liées à l'accompagnement des résidents. Les résultats des enquêtes fait l'objet d'une analyse par le Conseil de la Vie Sociale et de l'identification des actions correctives à engager.
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.

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

CONSTATS
Forces
<p>L'établissement a mis en place un conseil de la vie social conforme à la réglementation en matière de représentativité et de respect du droit à l'expression des usagers, ce qui satisfait les résidents et les familles.</p> <p>L'organisation des réunions du Conseil de la Vie Sociale est conforme à la réglementation. Un compte-rendu est établi, validé par l'ensemble du Conseil et mis à la disposition des usagers et professionnels par diffusion dans la Gazette et par voie d'affichage.</p> <p>Les demandes et les observations des usagers sont prises en compte et font l'objet d'un suivi, ce qui valorise l'échange entre les usagers et les professionnels.</p>
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.

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

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

CONSTATS
Forces
Les dispositions d'accompagnement des résidents mises en œuvre par les personnels de l'établissement garantissent le respect des droits à l'intimité et à la dignité des résidents.
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.

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

CONSTATS
Forces
<p>L'établissement a mis en place un dispositif d'enregistrement et de traitement des évènements indésirables lui permettant l'identification des actions correctives à engager.</p> <p>L'établissement a mis en place un dispositif d'enregistrement et de traitement des plaintes et réclamations émises par les résidents et les familles de résidents.</p> <p>Les réflexions concernant les actions d'amélioration à engager sont menées par les Groupes d'Evaluation des Projets correspondant au thème concerné.</p> <p>L'établissement organise une réflexion continue sur la Bienveillance au sein de la structure, avec notamment un groupe de réflexion dédié à cette thématique.</p> <p>L'établissement transmet ses valeurs aux nouveaux salariés dès les entretiens de recrutement afin de s'assurer de l'intégration des droits du résident, en particulier le droit à l'intimité et à la dignité, dans les pratiques professionnelles.</p> <p>L'établissement a formalisé une procédure d'identification, de traitement et de signalement des faits de maltraitance suspectés et/ou avérés.</p> <p>L'établissement a formalisé des protocoles et procédures en équipe pluridisciplinaire permettant de diffuser la culture de l'établissement en matière de Bientraitance et d'uniformiser les pratiques professionnelles (Charte).</p>
Faiblesses
<p>L'établissement ne réalise pas de bilan synthétique des évènements indésirables et réclamations pour présentation au Conseil de la Vie Sociale et Conseil d'Administration tel que prévu dans sa procédure.</p>

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
<p>L'établissement devrait réaliser un bilan annuel des évènements indésirables et des réclamations et en faire la présentation au Conseil de la Vie Sociale.</p>

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

CONSTATS
Forces
<p>Les dispositions d'accompagnement des usagers sont définies en prenant en compte les risques identifiés pour chaque résident.</p> <p>L'établissement a défini une procédure de gestion de crise permettant de garantir la continuité des actions d'accompagnement des résidents en toute circonstance.</p> <p>L'établissement a mis en place les dispositions garantissant la sécurité des résidents sur le plan collectif. Les dispositions relatives à la sécurité incendie sont maîtrisées.</p> <p>Les dispositions de lutte contre la légionnelle sont définies et en place, ainsi que les dispositions relatives à la démarche HACCP en cuisine.</p> <p>L'établissement fait l'objet de contrôle par des organismes agréés suivant les dispositions réglementaires applicables.</p>
Faiblesses
Néant.

PRECONISATIONS / PROPOSITIONS FORMULEES PAR L'EVALUATEUR EXTERNE
Préconisations
Néant.
Propositions
Néant.



Abrégé du rapport d'évaluation externe

La démarche d'évaluation interne

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Méthodologie de mise en œuvre	<p>Forces :</p> <p>L'évaluation interne a été réalisée avec participation de l'ensemble des parties prenantes. L'évaluation interne a été menée à partir d'un référentiel construit suivant la RBPP relatives à l'évaluation interne en EHPAD.</p> <p>Faiblesse :</p> <p>L'ensemble des partenaires (intervenants médicaux et paramédicaux) n'ont pas été associés à la démarche d'évaluation interne.</p>		L'établissement doit revoir la méthodologie de mise en œuvre de l'évaluation interne afin d'y associer l'ensemble de ses partenaires.
Identification des actions d'amélioration	<p>Forces :</p> <p>Le COPIL a identifié et les groupes de travail constitués ont identifiés les axes d'amélioration à prendre en compte. Chaque action d'amélioration définie a été intégrée au plan d'actions global définissant les données de planification et de suivi.</p>		
Dispositions de suivi de la démarche d'évaluation interne	<p>Forces :</p> <p>Le COPIL, au cours de ces réunions, suit en continu l'état d'avancement du plan d'actions. Des indicateurs de suivi ont été mis en place pour chacun des axes du référentiel. Un point d'avancement des actions d'amélioration est réalisé au cours de chaque réunion du Conseil de la Vie Sociale.</p> <p>Faiblesse :</p> <p>Les indicateurs retenus ne permettent pas l'évaluation des effets des actions d'amélioration mises en place.</p>		L'établissement devrait revoir les indicateurs suivis afin de lui permettre d'évaluer les effets des actions d'amélioration mises en œuvre.
Dispositions de communication des résultats	<p>Forces :</p> <p>La démarche d'évaluation interne a fait l'objet de la mise en place de réunions d'information à destination des résidents, familles et professionnels. L'établissement a mis en place différents dispositions de communication des résultats de l'évaluation interne à destination des parties prenantes.</p>		

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Méthode de prise en compte	Faiblesse : L'établissement n'a pas formalisé les dispositions de prise en compte des RBPP (Méthode, veille, formation, sensibilisation, appropriation).		L'établissement devrait formaliser les dispositions de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques de l'ANESM.
Dispositions de veille	Force : La Direction de l'établissement a organisé une veille en collaboration avec la Direction de plusieurs autres établissements ce qui permet l'analyse concertée des Recommandations.		
Communication interne	Force : L'établissement met en place une diffusion ciblée des Recommandations aux professionnels concernés de sorte à réaliser une sensibilisation efficace.		
Appropriation	Force : L'établissement organise le travail des groupes de réflexion pour permettre l'appropriation des recommandations.		

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 (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions.</p>	<p>Forces :</p> <p>Le projet d'établissement fait l'objet d'une actualisation annuelle avec participation des résidents, familles, professionnels et bénévoles.</p> <p>Le projet d'établissement rappelle les missions, il présente les valeurs et objectifs généraux déclinés de ceux définis dans le projet associatif.</p> <p>Le projet d'établissement comporte des données relatives à la caractérisation des résidents et les orientations du schéma départemental et du plan gérontologique de la ville de Rennes.</p> <p>Les objectifs généraux du projet d'établissement sont déclinés en objectifs opérationnels pour chacune des composantes liées à l'accompagnement des résidents.</p> <p>En complément du projet d'établissement, un projet spécifique a été élaboré pour l'animation, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les soins.</p> <p>Chaque « sous projet » comporte des objectifs opérationnels et décrit l'organisation et les actions d'accompagnement mises en œuvre.</p> <p>L'établissement a mis en place des indicateurs lui permettant de s'assurer de l'atteinte des objectifs du projet d'établissement.</p> <p>Faiblesses :</p> <p>L'établissement n'a pas élaboré de « sous-projet » pour la plate-forme de répit.</p> <p>Les indicateurs mis en place ne permettent pas tous l'évaluation des effets des dispositions d'accompagnement des résidents.</p>		<p>L'établissement devrait élaborer un projet spécifique pour la plate-forme de répit.</p> <p>L'établissement devrait revoir ses indicateurs afin de lui permettre de mieux évaluer les effets des dispositions d'accompagnement des résidents.</p>
<p>Adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources disponibles, adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des</p>	<p>Forces :</p> <p>Les objectifs du projet d'établissement ont été définis en prenant en compte des moyens en place, notamment ceux définis dans la convention tripartite en cours, ainsi que ceux prévus dans celle en cours d'élaboration.</p> <p>Les dispositions d'organisation permettent de garantir la cohérence et la continuité du service en toute circonstance (nuit, week-end, périodes de congés, absences).</p>		

<p>professionnels</p>	<p>L'établissement met à disposition des professionnels les équipements et matériels nécessaires à l'accompagnement des résidents.</p> <p>Le projet d'établissement fait référence aux partenariats mis en place et à la participation au réseau gérontologique local.</p> <p>Les dispositions de recrutement et d'intégration des professionnels mises en œuvre permettent de garantir le niveau de compétences et de connaissance nécessaire à l'accompagnement des résidents.</p> <p>L'établissement réalise les entretiens annuels pour l'ensemble des professionnels suivant des dispositions établies.</p> <p>Faiblesse : Pour l'année 2014, les entretiens annuels des professionnels n'ont à ce jour que très peu réalisés.</p>	<p>L'établissement devrait mettre en place un dispositif de planification des entretiens individuels afin de s'assurer de leur réalisation sur l'année.</p>
<p>Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences</p>	<p>Forces : L'établissement élabore un plan de formation annuel à partir des besoins identifiés et leur permettant d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences.</p> <p>L'établissement permet à certains professionnels de participer à des colloques et conférences externes.</p> <p>L'établissement organise des réunions d'organisation et/ou d'analyse des pratiques pour chaque service ou secteur d'activité.</p> <p>L'établissement a mis en place des Groupes d'Evaluation des Projets pluridisciplinaires pour l'analyse des pratiques professionnelles et l'identification d'actions d'amélioration sur de nombreuses thématiques.</p>	
<p>Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines</p>	<p>Forces : L'établissement a élaboré un Document Unique actualisé annuellement.</p> <p>Les risques d'apparition des Troubles musculo squelettiques sont analysés par le CHSCT avec mise en place d'actions de prévention.</p> <p>La psychologue de l'établissement propose aux professionnels des réunions de concertation en cas de situations difficiles rencontrées dans l'accompagnement des résidents.</p> <p>Faiblesse : Les risques psychosociaux identifiés dans le Document Unique ne semblent pas être pris en compte dans leur totalité.</p>	<p>L'établissement doit actualiser son Document Unique afin de prendre en compte l'ensemble des risques psychosociaux liés aux activités des professionnels dans l'accompagnement des résidents.</p>

<p>Modalités de mise en œuvre des dispositions d'accompagnement</p>	<p>Forces :</p> <p>L'établissement actualise régulièrement les données relatives à la caractérisation des résidents afin de s'assurer de la pertinence de son organisation et des pratiques professionnelles au regard de l'évolution des besoins.</p> <p>Les modalités d'accompagnement des résidents sont décrites dans le système documentaire (protocoles et procédures) mis à disposition des professionnels.</p> <p>Personnalisation de l'écoute téléphonique :</p> <p>L'établissement a mis en place une organisation permettant une réponse adaptée aux appels téléphoniques, y compris en cas de situation d'urgence.</p> <p>Préadmission :</p> <p>Les dispositions d'analyse et de traitement des demandes d'admission permettent de garantir l'adéquation entre les besoins identifiés et les capacités de l'établissement à y apporter une réponse adaptée.</p> <p>Les dispositions en place permettent de s'assurer du consentement libre et éclairé des usagers.</p> <p>Admission :</p> <p>Les dispositions d'accueil des nouveaux résidents permettent de garantir leur intégration et d'adapter la prise en charge dès le jour de l'arrivée.</p> <p>Accueil temporaire :</p> <p>Les dispositions d'analyse et de traitement des demandes d'admission en séjour temporaire permettent de garantir l'adéquation entre les besoins identifiés et les capacités de l'établissement à y apporter une réponse adaptée.</p> <p>Les dispositions en place permettent une bonne préparation de la sortie des résidents, en particulier concernant la continuité de la prise en charge.</p> <p>Accueil de jour :</p> <p>L'établissement a formalisé une procédure d'admission spécifique qui permet de s'assurer du niveau d'information, et d'appropriation du résident et de ses proches.</p> <p>L'établissement définit des objectifs d'accompagnement avec la personne accueillie et ses aidants lors de l'entretien de préadmission ce qui garantit la participation des usagers à l'élaboration de leur Projet d'Accompagnement Personnalisé.</p> <p>Restauration :</p>	
---	---	--

	<p>Les dispositions relatives à l'élaboration des menus permettent de garantir l'équilibre alimentaire des résidents, et la prise en compte de leurs souhaits en matière d'alimentation.</p> <p>La démarche HACCP est maîtrisée, l'ensemble des dispositions de nettoyage et de contrôle permettent de garantir la sécurité alimentaire.</p> <p>Les dispositions de préparation et de service des repas permettent de garantir le respect des régimes et des prescriptions de textures modifiées.</p> <p>La diététicienne de l'établissement assure le suivi des résidents présentant des risques liés à l'alimentation, en relation avec les équipes soignantes.</p> <p>Les dispositions relatives à l'aide au repas sont définies dans le plan de soins de chaque résident et sont communiquées aux équipes chargées de cet accompagnement.</p> <p>L'établissement propose régulièrement des repas à thème et repas festifs.</p> <p>Hébergement :</p> <p>L'organisation en place permet de garantir l'état de propreté et d'hygiène des espaces collectifs et privatifs dans le respect des rythmes de vie des résidents.</p> <p>Les dispositions de traitement du linge respectent en totalité les règles définies dans la norme RABC.</p> <p>Les dispositions en place permettent de garantir le maintien en état des équipements et matériels de l'établissement.</p> <p>Soins :</p> <p>L'établissement a mis en place une organisation des soins qui garantit la confidentialité des données médicales, le libre choix des intervenants et la flexibilité de la planification pour respecter au mieux les droits des résidents.</p> <p>L'utilisation du dossier de soins informatisé par les professionnels de la structure assure la planification, la traçabilité, l'actualisation efficace du plan de soins.</p> <p>L'établissement a élaboré un ensemble de protocoles de soins qui garantissent l'accès à des soins de qualité pour chaque résident.</p> <p>L'établissement recherche le recueil des Directives Anticipées auprès du résident dès la préadmission conformément aux Recommandations.</p> <p>Vie sociale :</p> <p>L'établissement propose aux résidents des activités variées et adaptées en réponse aux souhaits exprimés par les résidents individuellement et/ou collectivement au cours des entretiens individuels,</p>	
--	---	--

	<p>des réunions d'accueil, et de la commission Animation.</p> <p>L'établissement organise un nombre conséquent d'activités extérieures en particulier grâce à un parc de véhicules adaptés et les partenariats mis en place.</p> <p>Nuit : L'établissement assure la présence la nuit de trois professionnels (AS et AHS) garantissant une réponse adaptée aux besoins des résidents. Les personnels de nuit connaissent et appliquent les protocoles relatifs aux situations d'urgence identifiées.</p> <p>Sortie de l'établissement : L'établissement a identifié les différents modes de gestion des sorties temporaires des résidents (hospitalisation, rendez-vous médicaux, retour en famille, ...). Les dispositions de sortie définitive de l'établissement sont définies dans le contrat de séjour. L'établissement a mis en place des dispositions de recueil des souhaits des résidents en matière de décès pour chaque résident, les dispositions prévues sont respectées.</p> <p>Faiblesses : Admission : Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement ne comportent pas l'ensemble des données prévues dans le CASF.</p> <p>Accueil temporaire : Les projets personnalisés des résidents en accueil temporaire se limitent à la prise en charge en matière de soins, ils ne comportent pas d'objectifs spécifiques liés à la situation individuelles des résidents.</p>	<p>L'établissement doit compléter son règlement de fonctionnement afin de le rendre conforme aux dispositions prévues par le Code de l'Action Sociale et des Familles.</p> <p>L'établissement devrait compléter son livret d'accueil des différentes données proposées par le Code de l'Action Sociale et des Familles.</p> <p>L'établissement devrait revoir les dispositions d'élaboration des projets personnalisés des résidents en accueil temporaire afin d'y faire apparaître des objectifs spécifiques liés à la situation individuelles des résidents.</p>
--	--	---

	<p>Accueil de jour : L'établissement n'a pas formalisé l'élaboration, l'actualisation et le suivi des Projets d'Accompagnement Personnalisés pour les personnes accompagnées dans le service d'Accueil de jour.</p> <p>Restauration : Le plan de table mis à disposition des personnels chargés au service et de l'accompagnement au repas comporte des incohérences par rapport aux dispositions prévues dans les plans de soins individuels.</p> <p>Hébergement : La traçabilité de l'entretien des espaces collectifs n'est pas totalement assurée. L'organisation en place ne permet pas de garantir totalement le respect des règles de gestion des circuits « propre/sale ». Les dispositions de réalisation des « purges » des installations sanitaires non utilisées ne sont pas totalement définies.</p> <p>Soins : Le circuit du médicament ne respecte pas toutes les recommandations en termes de traçabilité des produits stockés et/ou utilisés, surveillance des péremptions, validation des traitements donnés, gestion des toxiques, et gestion du stockage réfrigéré, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité de l'ensemble des résidents.</p> <p>Sortie de l'établissement : Les absences des résidents pour une durée significative ne font pas l'objet d'un enregistrement formalisé.</p>	<p>L'établissement doit définir et mettre en place les dispositions d'élaboration, d'actualisation et de suivi des Projets d'Accompagnement Personnalisés pour les personnes accompagnées en Accueil de jour.</p> <p>L'établissement doit revoir les dispositions d'actualisation des plans de table mis à disposition des personnels chargés du service et de l'accompagnement au repas afin de garantir leur cohérence avec les dispositions prévues dans les plans de soins individuels.</p> <p>L'établissement devrait définir et mettre en place les dispositions relatives à la traçabilité de l'entretien des espaces collectifs. L'établissement devrait revoir son organisation afin de s'assurer du respect des règles de gestion des circuits « propre/sale ». L'établissement devrait définir les dispositions de réalisation des « purges » des installations sanitaires non utilisées.</p> <p>L'établissement doit revoir les dispositions relatives au circuit du médicament sur les points soulignés afin de s'assurer du respect de toutes les recommandations applicables.</p> <p>L'établissement devrait définir et mettre en œuvre les dispositions d'enregistrement des absences des résidents pour une durée significative.</p>
--	---	---

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Partenariats mis en place	<p>Forces :</p> <p>L'établissement a mis en place des partenariats avec l'ensemble des professionnels extérieurs intervenant auprès des résidents.</p> <p>L'établissement a signé des conventions de partenariat avec des établissements et services sanitaires du territoire.</p> <p>L'établissement participe à la mutualisation des formations et des informations à destination des professionnels de santé.</p>		
La perception des partenaires	<p>Forces :</p> <p>Les professionnels médicaux et paramédicaux intervenants dans l'établissement apprécient la qualité de l'organisation liés à leurs interventions qui facilite l'accès des résidents aux services proposés.</p> <p>Les bénévoles constatent que l'établissement réalise un accompagnement « de qualité » auprès des résidents, en termes de personnalisation des locaux privatifs, de création du lien avec les familles, la variété des animations proposées et de l'accompagnement de la fin de la vie des résidents.</p>		
Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures.	<p>Forces :</p> <p>L'établissement a défini et met en œuvre un ensemble des dispositions d'intégration et de communication avec les intervenants médicaux et paramédicaux intervenants dans l'établissement afin de garantir un bon partage des informations concernant chaque résident et ainsi assurer la continuité de la prise en charge.</p> <p>Les dispositions de communication et d'échange avec les bénévoles intervenants dans l'établissement sont définies et mises en œuvre.</p>		
Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées.	<p>Forces :</p> <p>L'établissement a mis en place des partenariats nombreux et variés afin d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur et de l'inscrire sur le territoire.</p> <p>L'établissement dispose d'aménagements intérieurs (Galerie d'exposition par exemple) et extérieurs (Parc) permettant de favoriser le caractère accueillant de la structure.</p> <p>L'établissement utilise les différents moyens de communication à sa disposition pour assurer son ouverture sur son environnement.</p>		

Personnalisation de l'accompagnement

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés.	<p>Forces :</p> <p>L'établissement a mis en place des dispositifs et outils d'identification des attentes et besoins des résidents pour l'élaboration de leur projet personnalisé sur l'ensemble des composantes de l'accompagnement (soins, prendre soin et vie sociale).</p> <p>Faiblesses :</p> <p>A l'exception du PASA, les objectifs des projets personnalisés ne sont pas tous formalisés au regard de leur capacité à mesurer les effets des dispositions d'accompagnement mises en œuvre.</p> <p>L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de planification d'élaboration et d'actualisation des projets personnalisés.</p>		<p>L'établissement devrait revoir les objectifs des projets personnalisés afin de lui permettre une évaluation des effets des dispositions d'accompagnement des résidents.</p> <p>L'établissement devrait mettre en place un planning d'élaboration et d'actualisation des projets personnalisés.</p>
Dispositions d'élaboration des projets personnalisés	<p>Force :</p> <p>Chaque résident bénéficie de l'élaboration d'un projet d'accompagnement personnalisé.</p>		
Participation des résidents à l'élaboration et validation de leur projet personnalisé	<p>Forces :</p> <p>Les résidents et familles sont associés au recueil de leurs attentes et besoins.</p> <p>Chaque projet personnalisé fait l'objet d'une présentation au résident et sa famille, il est signé par le résident, son représentant légal ou un membre de sa famille.</p> <p>Un cahier de liaison est mis à disposition dans chaque chambre afin de faciliter les échanges entre les familles et les personnels de l'établissement.</p>		
Rythme d'actualisation des projets personnalisés	<p>Forces :</p> <p>Les projets personnalisés sont élaborés dans les 3 mois qui suivent l'arrivée des résidents.</p> <p>Les projets personnalisés sont actualisés en cas de modification significative de la situation de chaque résident.</p> <p>Les projets de soins sont actualisés en continu en fonction de la situation de chaque résident.</p> <p>Faiblesse :</p> <p>Tous les projets personnalisés ne font pas à ce jour l'objet d'une actualisation annuelle telle que prévu dans la procédure de l'établissement.</p>		<p>L'établissement doit définir et mettre en œuvre les dispositions d'actualisation annuelle des projets personnalisés comme prévu dans le Code de l'Action Sociale et des Familles.</p>

Expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant	<p>Force :</p> <p>L'établissement a défini et met en œuvre les dispositions d'accès aux informations les concernant aux résidents et familles des résidents et/ou représentants légaux.</p>		
Prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers	<p>Forces :</p> <p>L'établissement réalise des enquêtes de satisfaction suivant des thématiques liées à l'accompagnement des résidents.</p> <p>Les résultats des enquêtes fait l'objet d'une analyse par le Conseil de la Vie Sociale et de l'identification des actions correctives à engager.</p>		
Modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers	<p>Forces :</p> <p>L'établissement a mis en place un conseil de la vie social conforme à la réglementation en matière de représentativité et de respect du droit à l'expression des usagers, ce qui satisfait les résidents et les familles.</p> <p>Les demandes et les observations des usagers sont prises en compte et font l'objet d'un suivi, ce qui valorise l'échange entre les usagers et les professionnels.</p> <p>L'établissement communique sur les activités du Conseil de la Vie Sociale (internet, gazette interne, informations orales) ce qui permet aux usagers d'en avoir une meilleure connaissance et de s'approprier son fonctionnement.</p>		

Garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modes d'organisation pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité	<p>Force :</p> <p>Les dispositions d'accompagnement des résidents mises en œuvre par les personnels de l'établissement garantissent le respect des droits à l'intimité et à la dignité des résidents.</p>		
Modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables	<p>Forces :</p> <p>L'établissement a mis en place un dispositif d'enregistrement et de traitement des événements indésirables lui permettant l'identification des actions correctives à engager.</p> <p>L'établissement a mis en place un dispositif d'enregistrement et de traitement des plaintes et réclamations émises par les résidents et les familles de résidents.</p> <p>Faiblesse :</p> <p>L'établissement ne réalise pas de bilan synthétique des événements indésirables et réclamations pour présentation au Conseil de la Vie Sociale et Conseil d'Administration tel que prévu dans sa procédure.</p>		<p>L'établissement devrait réaliser un bilan annuel des événements indésirables et des réclamations et en faire la présentation au Conseil de la Vie Sociale.</p>
Moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance	<p>Forces :</p> <p>L'établissement organise une réflexion continue sur la Bienveillance au sein de la structure, avec notamment un groupe de réflexion dédié à cette thématique.</p> <p>L'établissement a formalisé une procédure d'identification, de traitement et de signalement des faits de maltraitance suspectés et/ou avérés.</p> <p>L'établissement a formalisé des protocoles et procédures en équipe pluridisciplinaire permettant de diffuser la culture de l'établissement en matière de Bienveillance et d'uniformiser les pratiques professionnelles (Charte).</p>		
Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement.	<p>Forces :</p> <p>Les dispositions d'accompagnement des usagers sont définies en prenant en compte les risques identifiés pour chaque résident.</p> <p>L'établissement a défini une procédure de gestion de crise permettant de garantir la continuité des actions d'accompagnement des résidents en toute circonstance.</p> <p>L'établissement a mis en place les dispositions garantissant la sécurité des résidents sur le plan collectif.</p>		

Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'établissement a mené sa démarche d'évaluation interne sur l'ensemble de ses activités à partir d'un référentiel reprenant les axes de la Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM avec la participation des professionnels et des usagers, les partenaires n'ont pas été associés. La démarche a permis l'identification d'actions d'amélioration suivies. Les résultats de l'évaluation interne ont fait l'objet d'une communication à l'ensemble des parties prenantes. L'établissement devrait revoir les indicateurs suivis afin de lui permettre d'évaluer les effets des actions d'amélioration mises en œuvre.

L'établissement a mis en place des dispositions de veille et de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM, l'établissement devrait cependant formaliser cette démarche.

Le projet d'établissement a été élaboré avec la participation des résidents, familles de résidents, professionnels et partenaires. L'établissement devrait élaborer un projet spécifique pour la plate-forme de répit. Le projet d'établissement définit les valeurs et objectifs liés à la prise en charge des résidents. Les objectifs définis sont en adéquation avec les ressources mobilisables (internes et externes). L'établissement a mis en place l'ensemble des dispositions d'accompagnement des professionnels afin de garantir le niveau de connaissance et de compétence nécessaire à l'accompagnement des résidents. L'établissement devrait mettre en place un dispositif de planification des entretiens individuels afin de s'assurer de leur réalisation sur l'année. L'établissement a mis en place diverses dispositions de prévention des risques psychosociaux et de la fatigue professionnelle, le Document Unique doit cependant être actualisé pour couvrir tous les risques psychosociaux liés à l'accompagnement de personnes âgées dépendantes.

L'établissement met à disposition des résidents des locaux en adéquation avec leurs besoins. L'organisation permet de garantir la mise en œuvre de dispositions d'accompagnement pertinentes au regard des besoins des résidents.

L'établissement a mis en place des dispositions d'admission des résidents avec la volonté de recueil du consentement libre et éclairé. Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement peuvent être complétés afin d'y faire apparaître toutes les informations prévues par le Code de l'Action Sociale et des familles.

L'établissement propose des dispositions d'accompagnement des résidents pertinentes sur toutes les composantes. Quelques points restent cependant à améliorer concernant le respect des spécificités alimentaires, l'enregistrement des opérations d'entretien des espaces collectifs, le circuit du linge et le circuit du médicament.

L'établissement a mis en place des partenariats avec des établissements et services sanitaires du territoire, des dispositions d'échange et de communication avec ces partenaires sont mises en place et permettent de garantir la continuité de la prise en charge des résidents. L'établissement a mis en place de nombreuses dispositions favorisant l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement.

Chaque résident bénéficie de la mise en place d'un projet personnalisé couvrant l'ensemble des dispositions d'accompagnement. Les résidents sont associés à l'élaboration de leur projet personnalisé. Les projets personnalisés ne font pas l'objet d'une actualisation annuelle systématique. L'établissement doit encore améliorer sa procédure afin de formaliser les projets personnalisés des résidents en séjour temporaire et les personnes âgées en accueil de jour.

Les dispositions relatives à l'expression et à la participation collective des résidents sont pertinentes et permettent d'adapter les modalités d'accompagnement en fonction des demandes et suggestions.

Les dispositions en place permettent le respect des droits et devoirs de résidents, ainsi que celles liées à leur sécurité individuelle et collective. L'établissement a mis en place les dispositions de traitement des événements indésirables et des réclamations, ainsi que celles relatives à la prévention et au signalement des actes de maltraitance.

Méthodologie de l'évaluation externe

Items (5 maximum)	Commentaires
Planification	Le déroulement de l'évaluation a été réalisé suivant le planning initial établi.
Comité de pilotage	Les membres du Comité de pilotage ont été présents à toutes les phases prévues initialement. Ils ont démontré leur grand intérêt pour l'évaluation externe et ont été très réactifs.
Participation	Les membres du personnel rencontrés au cours de l'évaluation sur site ont été très collaboratifs. L'évaluation s'est déroulée dans un climat de transparence totale. Ainsi les évaluateurs ont pu avoir accès à l'ensemble des documents et données nécessaires.
Validation des constats	Les constats réalisés ont fait l'objet d'une présentation et d'une validation au cours d'une réunion de clôture réalisée à l'issue de l'évaluation externe sur site en présence des membres du comité de pilotage.
Pré-rapport	Le pré-rapport d'évaluation a fait l'objet d'une présentation au comité de pilotage qui a fait remonter des remarques et demandes de modifications justifiées qui ont été prises en compte dans le rapport final.

Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
Déroulement tout à fait satisfaisant. Efficacité, savoir-faire et honnêteté.	Image fidèle de l'établissement Les principaux points faibles soulignés sont exacts, et insistent en particulier sur l'effort possible en termes de traçabilité. Utilité de la démarche. Quelques propositions de détail qui pourraient être re-questionnées.



Annexes





Annexe 1 : Contrat de réalisation de l'évaluation externe

CONTRAT

Mission d'évaluation externe de l'EHPAD Saint Cyr

Edition du 2 juin 2014

EHPAD Saint Cyr
59, rue Papu
35000 RENNES



ORGANISATION ● QUALITE ● SECURITE ● ENVIRONNEMENT

GALATA ORGANISATION - Parc d'Activités de Beaujardin - BP 44 - 35410 CHATEAUGIRON

Tél. 02 99 37 63 63 – Fax 02 99 37 63 64 – E-mail : infos@galata.fr - Web : www.galata.fr

S.A.S au capital de 100.000 Euros – Siret 351 503 412 00022 – Code APE 7022Z – RCS RENNES B 351 503 412 – TVA FR 65 351 503 412 00014

Sommaire

1. Identification des interlocuteurs désignés	Page 3
2. Obligations des co-contractants	Page 4
3. Déroulement de la mission d'évaluation externe	Page 5
4. Composition du Comité de pilotage de l'établissement	Page 10
5. Planning d'intervention	Page 11

En annexe au contrat :

- ▶ CV de l'équipe d'évaluateurs
- ▶ une **déclaration sur l'honneur** où le chef de projet GALATA Organisation et l'évaluateur attestent remplir les conditions énoncées par le décret n°2007-975 du 15/05/07.

1. identification des interlocuteurs désignés

Le présent contrat concerne la réalisation de **l'évaluation externe de l'EHPAD Saint-Cyr à Rennes.**

Le **chef de projet** désigné par **GALATA ORGANISATION** pour la réalisation de cette mission est :

- ▶ **Monsieur François DEFFAIX, Ingénieur Consultant**
- ▶ **Madame Gaëlle DESDOUETS, évaluatrice externe qualifiée**

Le gestionnaire de l'EHPAD est représenté par Monsieur Michel BLANC, Président de l'Association Saint-Cyr.

2. Obligations des co-contractants

CONFIDENTIALITE

GALATA Organisation s'engagent à garder strictement confidentiels et à ne pas divulguer ou laisser divulguer ou communiquer à quiconque, par quelque moyen que ce soit, les documents donnés, informations, outils transmis par le gestionnaire, dont il aurait eu connaissance à l'occasion de ses contacts.

Les évaluateurs prendront également toutes les mesures nécessaires pour préserver le caractère confidentiel des informations. La confidentialité sera maintenue durant toute la durée de la prestation et après son terme.

ENGAGEMENT DU GESTIONNAIRE A METTRE A DISPOSITION LES DOCUMENTS

Monsieur Michel BLANC, Président de l'Association Saint-Cyr s'engage à mettre à disposition du chef de projet GALATA Organisation, **Monsieur François DEFFAIX**, avant le démarrage de la mission les documents suivants :

1. Tout document public permettant d'identifier la personne physique ou morale de droit public ou privé gestionnaire de l'établissement
2. Une copie de l'autorisation ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis, un organigramme et un document relatif aux personnels (effectifs en poste, répartition par catégorie)
3. Le projet d'établissement ou de service et autres documents de référence utilisés (chartes, supports de démarche qualité)
4. Le livret d'accueil
5. Le règlement de fonctionnement
6. Les comptes-rendus du CVS ou autres formes de participation
7. Les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité
8. Une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne
9. Les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation ou à défaut les documents relatifs aux dispositions d'évaluation et ou de contrôle des prestations proposées aux usagers
10. Un modèle de contrat de séjour

PROPRIETE INTELLECTUELLE

Dans le cadre de cette mission, le gestionnaire est propriétaire des documents et travaux conduits dans le cadre de cette mission.

3. Déroulement de la mission d'évaluation externe

LANCEMENT DE LA PROCEDURE D'ÉVALUATION EXTERNE

Avant le démarrage de la procédure d'évaluation externe, l'établissement met en place un **comité de pilotage de l'évaluation externe** qui aura pour mission principale le suivi de son déroulement. Ce comité de pilotage est composé :

- ✓ du directeur de l'établissement,
- ✓ des membres de l'équipe de Direction,
- ✓ des représentants des professionnels,
- ✓ des représentants des usagers et/ou de leurs représentants légaux.

Les rôles et missions de ce comité de pilotage sont précisés au paragraphe « Modalité de suivi de l'évaluation ».

A. Elaboration du contrat

Conformément au cahier des charges défini par le **décret n°2007-975 du 15 mai 2007**, le chef de projet de GALATA Organisation élabore **un contrat**. Celui-ci comprend les éléments suivants :

- ▶ les **dispositions de déroulement de la mission** d'évaluation externe :
 - descriptif et méthodes mises en œuvre
 - planning de l'intervention
- ▶ les **dispositions d'information préalable des personnels et usagers/représentants des usagers** (contenu, moyens de communication, lieu, date, ..),
- ▶ les **modalités de suivi de la prestation** afin de veiller à son bon déroulement,
- ▶ l'engagement du gestionnaire à mettre à disposition les documents généraux et pièces techniques nécessaires à l'accomplissement de la mission.

En annexe au contrat :

- ▶ les **déclarations sur l'honneur** où le chef de projet GALATA Organisation et l'évaluateur désigné attestent remplir les conditions énoncées par le décret cité ci-dessus.

B. Présentation et signature du contrat

Au cours d'une réunion, le contenu du contrat est présenté au Gestionnaire de l'établissement et au Directeur de l'établissement.

Après accord, le contrat est signé par le gestionnaire de la structure et **GALATA Organisation**.

C. Réunion d'information aux membres du Comité de pilotage

Avant l'engagement de la phase de réalisation de l'évaluation externe, le chef de projet GALATA anime **une réunion d'information** auprès des **membres du comité de pilotage**.

L'objectif de cette réunion est de préciser le rôle du comité de pilotage au cours des différentes étapes de l'évaluation externe et ainsi faire de l'évaluation externe une source d'identification d'axes d'amélioration de la qualité, compris et acceptés par tous. Ainsi seront présentés :

- ▶ la **finalité** de l'évaluation externe ;
- ▶ le **déroulement de la mission** (contrat de prestation) ;
- ▶ les objectifs de poursuite d'**amélioration continue de la qualité**.

REALISATION DE L'ÉVALUATION EXTERNE

ETAPE 1 : EXAMEN DOCUMENTAIRE DES PIÈCES TECHNIQUES

- Cette première étape concerne **l'analyse des documents remis**.

Conformément au cahier des charges défini par le **décret n°2007-975 du 15 mai 2007**, chaque établissement remet au chef de projet GALATA Organisation l'ensemble des documents nécessaires à l'accomplissement de la mission :

10. tout document public permettant d'identifier la personne physique ou morale de droit public ou privé gestionnaire de l'établissement,
11. une copie de l'autorisation ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis, un organigramme et un document relatif aux personnels (effectifs en poste, répartition par catégorie),
12. le projet d'établissement ou de service et autres documents de référence utilisés (chartes, supports de démarche qualité),
13. le livret d'accueil,
14. le règlement de fonctionnement,
15. les comptes-rendus du CVS ou autres formes de participation,
16. les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité,
17. une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne,
18. les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation,
19. Un modèle de contrat de séjour.

A l'issue de cette analyse documentaire, **un pré-rapport d'analyse des pièces techniques** est adressé au gestionnaire et au responsable de l'établissement.

Ce pré-rapport présente :

- Les écarts documentaires identifiés au regard de la réglementation en vigueur,
- Les points qui seront à approfondir au cours de la phase d'évaluation sur site,
- Les éventuelles préconisations / propositions résultantes.

ETAPE 2 : DEFINITION LE CADRE DE L'EVALUATION

- Cette étape doit aboutir à la **formalisation du projet évaluatif**.

A. Construction du cadre de référence spécifique

Celui-ci comporte deux volets :

- ▶ **Un volet commun**, comprenant le rappel des orientations définies par les autorités compétentes sur le champ observé et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'ANESM.
- ▶ **Un volet spécifique à l'établissement**, décrivant la stratégie, les objectifs de l'établissement et les missions confiées sur son territoire géographique donné, dans le cadre des procédures d'autorisation.

A travers un travail collégial, le chef de projet GALATA Organisation, le gestionnaire et la direction des établissements définissent les domaines de la démarche d'évaluation externe et repèrent les points nécessitant une attention particulière à partir :

- des champs spécifiques à examiner imposés par le décret 2007-975,
- des résultats de l'examen documentaire.

Cette phase permet également de définir les **modalités de concertation du personnel** (inclus l'équipe de nuit) **et des usagers/représentants des usagers** sous forme de visites et d'entretiens individuels ou collectifs.

B. Elaboration du questionnaire évaluatif

A partir du cadre de référence spécifique, le chef de projet **GALATA Organisation** élabore le support de questionnement évaluatif qui sera utilisé au cours de la phase suivante.

Ce dernier est hiérarchisé et adapté à la logique de l'établissement et intègre les objectifs de l'évaluation et de façon détaillée le calendrier de réalisation de l'évaluation **dans le respect des missions de l'établissement et de ses contraintes d'organisation**.

Les projets évaluatifs sont adressés au gestionnaire pour validation.

La phase d'évaluation ne pourra être mise en œuvre qu'après prise en compte des observations émises par le gestionnaire et validation par ce dernier.

C. Elaboration du plan d'intervention

A partir du questionnement évaluatif validé, le chef de projet **GALATA Organisation** élabore le **plan d'intervention** présentant par tranche horaire les étapes, les thèmes, les services et personnes concernées.

Ce plan est adressé à la Direction de l'établissement au **minimum 15 jours** avant la réalisation de l'évaluation.

ETAPE 3 : EVALUATION SUR SITE

- Cette étape permet une **mise en forme des informations utiles et répond aux objectifs de l'évaluation externe.**

A. Réunion d'ouverture

L'évaluation débute par une réunion d'ouverture en **présence des membres du comité de pilotage, des personnels et si possible en présence des usagers.** Elle porte sur les points suivants :

- présentation de l'équipe d'évaluateurs,
- rappel des objectifs,
- validation des dispositions d'organisation,
- validation du plan d'intervention.

B. Réalisation de l'évaluation

L'évaluation est réalisée, suivant le planning défini dans la phase précédente et à partir du questionnaire évaluatif élaboré, sous forme :

- **d'entretiens individuels et/ou collectif,**
- **de recueil et d'analyse des documents et supports d'enregistrement** relatifs à l'organisation de l'établissement et à la réalisation des prestations (ex : contrat de séjour, projets de vie, dossiers résidents...).

Elle permettra de s'assurer entre autres de l'application effective des **recommandations de bonnes pratiques professionnelles** éditées par l'Anesm.

Il s'agit de confronter la situation observée au cadre de référence spécifique de l'évaluation et notamment de déterminer la réalisation des objectifs initiaux, en tenant compte des mesures d'amélioration prises à l'issue des évaluations déjà conduites.

Une **réunion de synthèse** est organisée après chaque journée d'évaluation sur site afin de présenter les observations faites par l'équipe d'évaluateurs et de la faire valider par la Direction de l'établissement.

C. Réunion de clôture

A la fin de l'évaluation, une réunion de clôture a lieu en présence des **membres du comité de pilotage**, des personnels ayant participé à l'évaluation et si possible des usagers/représentants des usagers.

L'objectif principal de la réunion de clôture est la validation par les personnes présentes :

- des constats relevés,
- des forces et faiblesses (points d'amélioration) identifiées,
- des préconisations et propositions qui pourront être intégrées au rapport final.

ETAPE 4 : PRODUCTION DU RAPPORT D'ÉVALUATION

- Cette dernière étape doit mettre en **relation les intentions du projet d'établissement et les constats issus de l'évaluation externe et aboutir à la remise du rapport d'évaluation au gestionnaire de la structure.**

A. Etude et analyse, élaboration du pré-rapport

Dans le respect du cahier des charges fixé par le décret du 15 mai 2007, le chef de projet **GALATA Organisation** après analyse et interprétations des informations quantitatives et qualitatives recueillies au cours des phases d'analyse documentaire et d'évaluation sur site, **rédige un pré-rapport.**

Celui-ci comprend :

- ✓ Les éléments de cadrage (présentation de l'établissement, descriptif des usagers, missions, cadre réglementaire, objectifs),
- ✓ La procédure d'évaluation externe,
- ✓ Une synthèse avec :
 - la démarche d'évaluation interne mise en œuvre par l'établissement et son suivi,
 - les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques professionnelles éditées par l'ANESM,
 - les conditions d'élaboration du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers,
 - l'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio-culturel, économique,
 - La personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers,
 - La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des Risques,
- ✓ **les propositions/préconisations** qui seront présentées dans le rapport final avec un ordre de priorisation.

B. Présentation du pré-rapport au gestionnaire et à la direction de l'établissement

Le **pré-rapport** fait l'objet d'une présentation par le chef de projet **GALATA Organisation** au **gestionnaire** et au **comité de pilotage de l'établissement.**

Cette présentation permet :

- d'échanger sur des points particuliers et d'**apporter d'éventuelles précisions (constats et préconisations),**
- d'identifier les éventuelles observations pouvant être émises par les participants.

Le responsable de l'établissement se charge de sa diffusion à l'ensemble des personnes concernées. (a minima au personnel ayant participé à l'évaluation) et si possible aux usagers/représentants des usagers.

Le gestionnaire et le responsable de la structure fait remonter auprès du chef de projet **GALATA Organisation**, s'ils le jugent nécessaire, les observations sur le contenu du rapport, dans le respect du calendrier défini.

C. Envoi du rapport d'évaluation

Le rapport d'évaluation est élaboré par le chef de projet **GALATA Organisation** après analyse des observations éventuellement remontées **par le gestionnaire et le responsable de l'établissement.**

Conformément aux dispositions prévues par le décret 2012-147 du 30 janvier 2012, **un Abrégé du rapport d'évaluation externe** est annexé à chaque rapport d'évaluation.

Ceux-ci sont adressés en format papier et sous format informatique (sur CD-Rom) au Directeur de l'établissement dans le respect du calendrier défini.

4. Composition du comité de pilotage de l'établissement

Les membres du comité de pilotage désignés :

Nom	Prénom	Fonction
de St Gilles	Aliette	Présidente CVS
Battini-Thomas	Magguy	Vice-Présidente CVS
Gautier	Yves	Membre du Conseil d'Administration
Giffard	Didier	Infirmier coordonateur
Cuvelier	Laetitia	Infirmière DE
Charbonneau	Annick	Aide-soignante
Bouget	Julie	Agent Hospitalier spécialisé
Joubert	Christelle	Agent services techniques
Gouy	Vincent	Responsable Logistique
Hervé	Roselyne	Adjointe de Direction
Sipos	Irène	Médecin Directeur

5. Planning d'intervention

Etapas	Sem N	Sem N+1	Sem N+2	Sem N+5	Sem N+7
Lancement de la procédure d'évaluation externe					
Elaboration le contrat	Sem 23				
Présentation et signature du contrat	Sem 23				
Réunion d'information					
Réalisation de l'évaluation					
Etape 1 : Examen documentaire des pièces techniques		Sem 24			
Etape 2 : Définition du cadre de l'évaluation	Sem 23				
Etape 3 : Evaluation sur site			Sem 27		
Etape 4 : Présentation du pré-rapport				Sem 28	
Etape 4 : Envoi du rapport					Sem 30

L'envoi du rapport final interviendra **au maximum quatre semaines** après l'évaluation sur site.

GALATA Organisation
Date et Signature

Le 02/06/2014

GALATA ORGANISATION
S.A.S. au capital de 100.000 €
Parc d'Activités de Beaujardin
BP 44 - 35410 CHATEAUGIRON
Tél. 02 99 37 63 63
Fax 02 99 37 63 64
SIRET 351 503 412 00022 - APE 741 G

Le Gestionnaire de l'EHPAD St Cyr à
Rennes
Date et Signature
MAISON ST CYR
58, rue Papu
35000 RENNES
Tél. 02 98 59 48 80
Fax 02 98 59 82 73

Déclaration sur l'honneur

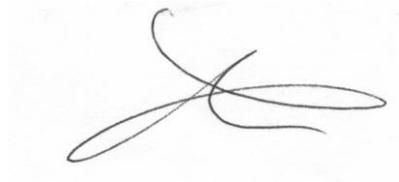
Moi, **François DEFFAIX**, déclare sur l'honneur remplir les conditions énoncées dans le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les conditions énoncées dans le dossier d'habilitation de l'organisme habilité pour lequel j'interviens.

Je m'engage à tenir au secret et à une obligation de réserve à l'égard de toute information dont j'aurai connaissance dans le cadre de cette mission d'évaluation externe.

A Châteaugiron

Le 02/06/2014

SIGNATURE

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, positioned below the word 'SIGNATURE'.

Déclaration sur l'honneur

Moi, **Gaëlle DESDOUETS**, déclare sur l'honneur remplir les conditions énoncées dans le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les conditions énoncées dans le dossier d'habilitation de l'organisme habilité pour lequel j'interviens.

Je m'engage à tenir au secret et à une obligation de réserve à l'égard de toute information dont j'aurai connaissance dans le cadre de cette mission d'évaluation externe.

A Châteaugiron

Le 02/06/2014

SIGNATURE



Annexe 2 : CV des intervenants

François DEFFAIX

Chef de projet - Consultant dans le secteur médico-social

FORMATION – QUALIFICATION

École nationale supérieure électronique (ENSEA).

Stages de spécialisation en qualité.

Auditeur ICA/ISO 9001 : Branches AFAQ/AFNOR : Médico-social, paramédical.

Formation Evalueur Externe Expert avec l'Espace SENTEIN.

Certification AFNOR d'Evalueur externe de la qualité en ESSMS.

FONCTION

Chef de projet – Evalueur externe certifié.

CHAMPS D'INTERVENTION

EHPAD, Foyer logement, Service d'aide à domicile, Foyer de vie, IME, ESAT.

MAITRISE METHODOLOGIQUE

Accompagnement à la mise en place des systèmes de management de la qualité. Plus de 100 structures accompagnées (Essms, administrations, services, industries,..)

Accompagnement à la mise en œuvre de l'évaluation interne.

Conduite de l'évaluation externe.

Animation de formations : Se préparer à l'évaluation externe, Bonnes Pratiques Professionnelles (Anesm), Projet d'établissement/service, Projet de vie individualisé, bientraitance,...

Diagnostic organisationnel.

FORMATION AUX METHODES EVALUATIVES

Dans le cadre de la formation « Evalueur externe Expert » Formation sur « Les politiques publiques et les méthodes évaluatives des politiques publiques »

EXPERIENCE DE L'ÉVALUATION DANS LE SECTEUR SOCIAL OU MEDICO-SOCIAL

4 évaluations externes menées sur 2011-2012 (3 SAD + 1 EHPAD).

4 évaluations externes EHPAD réalisées sur premier semestre 2013.

1 évaluation externe en FAM réalisée sur premier semestre 2013.

3 évaluations externes EHPAD réalisées sur deuxième semestre 2013.

23 évaluations externes EHPAD réalisées sur premier semestre 2014.

Gaëlle ADAM-DESDOUETS

Evaluatrice externe qualifiée

FORMATION – QUALIFICATION

- **Diplôme universitaire de Gérontologie sociale**, Université de Caen
Formation à l'Evaluation Gériatrique Standardisée comprenant les évaluations : de l'autonomie, de la marche et de l'équilibre, des fonctions cognitives, de la douleur, de la nutrition, du comportement et de l'humeur
- Formation initiale en Accompagnement et Education Thérapeutique (AETP), Organisme « Comment Dire » Paris
- Formation initiale en hémodialyse (8 semaines), AUB-Santé, Saint-Malo
- **Diplôme d'Etat d'Infirmier**, Major de promotion, IFSI de Saint-Malo

FONCTION

Evaluatrice externe

CHAMPS D'INTERVENTION

Médico-social – Sanitaire.

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DANS LE CHAMP SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

- **2014 à ce jour : Evaluatrice externe qualifiée**
GALATA Organisation
- 2009 à 2014 : IDE spécialisée
Centre d'Entraînement et Equipe mobile à l'AUB-Santé secteurs St Malo et Avranches
Participation à la création/mise en œuvre/évaluation de projets et de protocoles, audits, **remplacements des IDE coordinatrice et référentes**, Secteur St Malo et Avranches
- Mai 2008 : IDE hémodialyse,
AUB-Santé - secteur Saint-Malo
- 2005-2008 : Stages professionnels de 17 mois **dont 16 semaines en gériatrie**
- 2004-2005 : Agent des Services Hospitaliers Qualifiée
Résidence de l'Abbaye, Dol de Bretagne

FORMATION AUX METHODES EVALUATIVES

Formation « Evalueur externe » et formation sur « Les politiques publiques et les méthodes évaluatives des politiques publiques » (formation interne GALATA Organisation)

FORMATIONS COMPLEMENTAIRES

2009-2013 : Formation continue (AUB-Santé) : Accompagnement et Education Thérapeutique, Gestion de l'agressivité des patients, Incendie

2009 : Formation et spécialisation en dialyse péritonéale (AUB-Santé – Saint-Malo)

Octobre 2007 : Participation au congrès de médecine physique et de réadaptation SOFMER : **séances « Escarre et douleurs » et « Prise en charge de l'incontinence urinaire chez la personne âgée »**, Saint-Malo

Décembre 2007 : Formation « Réseaux de santé » de 80 heures, dont 21 heures de stage au sein du **Réseau gériatrique « Géront'émeraude »**, Saint-Malo

Annexe 3 : Calendrier de réalisation

Etapes	Dates
Lancement de la procédure d'évaluation externe	
Elaboration le contrat	04/06/2014
Réalisation de l'évaluation	
Etape 1 : Examen documentaire des pièces techniques	30/05/2014
Etape 2 : Définition du cadre de l'évaluation	04/06/014
Etape 3 : Evaluation sur site	30/06, 1 et 2/07/2014
Etape 4 : Présentation du pré-rapport	10/07/2014
Etape 4 : Mise à disposition du rapport final	15/07/2014

Annexe 4 : Programme d'intervention

Dates de l'évaluation :	30 juin, 1 et 2 juillet 2014	Chef de projet :	François DEFFAIX
Etablissement / service :	Résidence Saint Cyr	Evaluateur 1. :	Gaëlle DESDOUETS
Sites évalués :	RENNES	Evaluateur 2 :	
Nb de jours/site :	2,5 JOURS	Evaluateur 3 :	

Premier jour : 30/06/2014

Horaires	Etapas / Thèmes	Sujets	Evaluateurs	Personnes / Fonctions
9h00 10h00	Réunion d'ouverture	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation des évaluateurs - Validation du programme - Visite de l'établissement 	F. DEFFAIX G. DESDOUETS	Direction
10h00 12h00	Projet d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> - Adéquation des objectifs du projet d'établissement par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties - Cohérence des différents objectifs entre eux - Adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place - Existence et pertinence de dispositifs de gestion et de suivi - Appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs - Appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés - Conditions d'efficacité des actions et de réactualisation régulière de l'organisation 	F. DEFFAIX	CODIR
12h00 13h00	Management de l'établissement	Organisation générale : <ul style="list-style-type: none"> - Gestion des moyens (H et M) - Adaptation de l'organisation - Cohérence et continuité des actions 	F. DEFFAIX	Directrice Assistante de Direction Assistant RH IDEC
10h00 11h00	Accompagnement	Accueil de jour : <ul style="list-style-type: none"> - Admission - Projet personnalisé 	G. DESDOUETS	Psychologue Médecin directeur AS / AHS / AMP
11h00 12h00	Accompagnement	Plate-forme de répit : <ul style="list-style-type: none"> - Entrée / sortie - Accompagnement 	G. DESDOUETS	Psychologue Equipe dédiée

Premier jour : 30/06/2014

Horaires	Etapes / Thèmes	Sujets	Evaluateurs	Personnes / Fonctions
12h00 12h30	Perception de l'établissement	Intervention des bénévoles : - Echanges - Communication	G. DESDOUETS	Bénévoles
Horaires	Etapes / Thèmes	Sujets	Evaluateurs	Personnes / Fonctions
12h30 13h00	Personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphonique	Réponse téléphonique, pendant et hors horaires ouvrables, transmission de l'information	G. DESDOUETS	Secrétaire accueil
13h00	REPAS			
14h30 15h30	Projet personnalisé	Projet personnalisé : - Recueil des données - Elaboration et validation - Suivi et actualisation	F. DEFFAIX	IDEC / IDE Psychologue Animatrice Référent Médecin Directeur AS / ASG / AMP / AHS
15h30 16h30	Accompagnement	Dispositif d'accueil temporaire : - Préadmission / Admission - Projet personnalisé - Sortie	F. DEFFAIX	Directrice Secrétaire Administratif IDE / AS
14h00 15h00	Perception de l'établissement	Résidents et familles : - Echanges / Communication - Perception établissement	G. DESDOUETS	Résidents Familles
15h00 16h00	Expression et participation des usagers	Fonctionnement du CVS	G. DESDOUETS	Membres du CVS
16h00 16h30	Perception de l'établissement	Personnel : - Instances représentatives - Réunions internes	G. DESDOUETS	Délégués du personnel
16h30 17h30	Concertation évaluateurs	- Echanges sur les constats opérés	F. DEFFAIX G. DESDOUETS	
17h30 18h30	Synthèse de la journée :	- Présentation des observations - Validation des constats	F. DEFFAIX G. DESDOUETS	Comité de pilotage
18h30	Fin de la première journée			
20h00 21h00	Rencontre avec personnel de nuit	Transmissions, prise en charge, Gestion des urgences.	F. DEFFAIX	Personnels de nuit

Deuxième jour : 01/07/2014

Horaires	Etapes / Thèmes	Sujets	Evaluateurs	Personnes / Fonctions
8h30 9h30	Evaluation et amélioration de la qualité	Evaluation de la qualité Amélioration continue	F. DEFFAIX	CODIR
9h30 10h30	Evaluation interne	- Méthodologie de mise en œuvre de l'évaluation interne - Dispositions de communication et de diffusion des propositions d'amélioration résultants de l'évaluation interne et manière dont les acteurs ont été impliqués - Résultats et axes d'amélioration mis en œuvre, modalités de suivi du plan d'actions - Effets observés	F. DEFFAIX	COFIL
10h30 11h00	Accueil	Préadmission : - information initiale, - recueil de données, - décision d'admission.	F. DEFFAIX	Directrice Secrétaire administratif
11h00 11h30	Admission	Admission : - Décision d'entrée - Signature du contrat - Intégration, - Adaptation.	F. DEFFAIX	Directrice Secrétaire administratif IDEC / IDE Responsable logistique AS référent Animateur
11h30 12h00	Sortie	Sortie : - Préparation à la sortie, - Transferts, - Gestion dossier administratif.	F. DEFFAIX	Médecin directeur Secrétaire Administratif IDEC / IDE Animateur
8h30 9h30	Perception de l'établissement	Partenaires : - Echanges - Communication	G. DESDOUETS	Partenaires
9h30 10h30	Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles	Prise en compte : - Veille - Sensibilisation et formation - Analyse des pratiques	G. DESDOUETS	Directrice
10h30 11h30	Gestion des risques	Politique générale de gestion des risques : - Résidents - Personnels (DU) - Gestion de crise	G. DESDOUETS	Direction Agent d'entretien Médecin Coordonnateur Assistante de Direction IDEC
11h30 12h00	Ouverture sur l'environnement	Conventions de partenariat Réseau	G. DESDOUETS	Médecin Directeur Médecin coordonnateur IDEC
12h00 13h00	Repas avec les résidents		F. DEFFAIX G. DESDOUETS	

Deuxième jour : 01/07/2014				
Horaires	Etapes / Thèmes	Sujets	Evaluateurs	Personnes / Fonctions
8h30 9h30	Evaluation et amélioration de la qualité	Evaluation de la qualité Amélioration continue	F. DEFFAIX	CODIR
13h00 14h00	Management de l'établissement	Gestion des Ressources humaines : - Mobilisation des personnels, - Gestion des compétences, - GPMC.	F. DEFFAIX	Directrice Assistante de Direction Assistant RH IDEC
14h00 15h00	Réponse aux attentes exprimées par les usagers	Restauration : - Préparation des repas - Service de restauration - Risques alimentaires	F. DEFFAIX	Chef gérant Cuisiniers Diététicienne Responsable logistique IDE AS / AHS
15h00 16h30	Réponse aux attentes exprimées par les usagers	Hébergement : - Entretien locaux - Maintenance - Lingerie	F. DEFFAIX	Responsable logistique Agent d'entretien Lingère AS / AHS
13h00 14h00	Réponse aux attentes exprimées par les usagers	Vie sociale / animation : - Animations - Bénévolat - Droits des usagers	G. DESDOUETS	Animateurs Psychologue AS / AHS / AMP
14h00 16h30	Réponse aux attentes exprimées par les usagers	Soins	G. DESDOUETS	Médecin coordonnateur IDEC IDE Psychologue AS / AMP / AHS IDE hygiéniste
16h30 17h30	Concertation évaluateurs	-Echanges sur les constats opérés	F. DEFFAIX G. DESDOUETS	
17h30 18h30	Synthèse de la journée :	-Présentation des observations -Validation des constats	F. DEFFAIX G. DESDOUETS	Comité de pilotage
18h30	Fin de la deuxième journée			

Troisième jour : 02/07/2014				
Horaires	Etapes	Thèmes	Evaluateurs	Personnes / Fonctions
9h00 11h30	Préparation réunion de clôture		F. DEFFAIX G. DESDOUETS	
11h30 13h00	Réunion de clôture	-Présentation des observations -Validation des constats	F. DEFFAIX G. DESDOUETS	Comité de pilotage

Projet de programme d'intervention établi le 04/06/2014

Par : **François DEFFAIX**

Projet de programme d'intervention validé le 05/06/2014

Par : **Mme Irène SIPOS**

Annexe 5 : Habilitation GALATA Organisation



DECISION n°H2009-11-141 PORTANT HABILITATION A L'ÉVALUATION EXTERNE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

Vu le code de l'Action sociale et des familles, notamment ses articles L.312-8 et R.312-201,

Vu l'arrêté du 13 avril 2007 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux »,

Vu la délibération n°20081113-4 du conseil d'administration de l'Anesm en date du 13 novembre 2008 approuvant la procédure d'habilitation et la composition du dossier de demande d'habilitation,

Vu l'avis favorable n°2008-09 du conseil scientifique de l'Anesm en date du 2 octobre 2008 approuvant les conditions et modalités de l'habilitation,

Vu la demande reçue le 15 mai 2009 présentée par l'organisme GALATA ORGANISATION et le dossier joint à cette demande en vue d'obtenir l'habilitation de l'Anesm pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles, en application des dispositions des articles L.312-8 et R.312-201 du code de l'Action sociale et des familles,

Le Directeur de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) décide :

Article 1^{er} : l'organisme GALATA ORGANISATION, sis Parc d'activités de Beaujardin – BP 44 – 35410 CHATEAUGIRON, dont le n° Siren est 351503412, est habilité sous le n°H2009-11-141 à procéder à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles.

Cette habilitation est délivrée pour une durée indéterminée sous réserve d'une suspension ou d'un retrait par décision de l'Anesm.

Cette habilitation est valable sur l'ensemble du territoire national français.

Article 2 : la présente décision est notifiée à Monsieur Jean-Marc LEGAGNEUR.

Article 3 : la liste des organismes habilités à procéder à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles est publiée par insertion au Bulletin officiel du ministère chargé de l'Action sociale et consultable sur le site internet de l'Anesm (www.anesm.sante.gouv.fr).

Fait à Saint-Denis, le 9 octobre 2009

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Didier Charlanne', is written over a horizontal line.

Le Directeur de l'Anesm
Didier CHARLANNE