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

Rapport d'évaluation externe

EHPAD de l'hôpital intercommunal de la presqu'île Guérande - Le Croisic

Résidence Côte Sauvage

Avenue Pierre de la Bouexière
BP 5119
44354 GUERANDE CEDEX

Par A.D.Q. Conseils

Habilitation ANESM n° H2010-03-351

1. ÉLEMENTS DE CADRAGE. 3

1.1. PRESENTATION DE L'ORGANISME EVALUATEUR. 3
1.2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EVALUE. 3
1.3. CONTEXTE INSTITUTIONNEL. 4
1.4. ORGANISATION. 4
1.5. ÉLEMENTS LIES AUX PERSONNES ACCUEILLIES. 6
1.6. ENVIRONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT. 6

2. DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE. 7

2.1. OBJECTIFS DE L'EVALUATION EXTERNE. 7
2.2. CADRE LEGAL DE L'EVALUATION. 7
2.3. PROCEDURE D'EVALUATION, ORGANISATION ET DIFFICULTES. 8

3. CADRE EVALUATIF. 10
3.1. CADRE LEGAL DE REFERENCE. 10
3.2. RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES APPLICABLES. 11
3.3. SOURCES DOCUMENTAIRES. 12
3.4. QUESTIONNEMENT EVALUATIF. 12

4. ANALYSE ET PRECONISATION. 13
4.1. SYNTHESE DU REFERENTIEL D'EVALUATION. 13
4.2. APPRECIATION GLOBALE DES ACTIVITES ET DE LA QUALITE DES PRESTATIONS *(DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECTION 2).* 14
4.3. ANALYSE DES ACTIONS REALISEES SUITE A L'EVALUATION INTERNE *(DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECTION 2).* 16
4.4. CONSTATS, ANALYSES ET PRECONISATIONS SELON LE REFERENTIEL D'EVALUATION. 17

5. CONCLUSIONS. 36

6. ANNEXES 40

6.1. SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE (3.5 DE LA SECTION 3 DU CHAPITRE V DE L'ANNEXE 3- 10 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES). 37
6.2. ABREGE DU RAPPORT 44
6.3. COMPOSITION DE L'EQUIPE D'EVALUATION 49
6.4. ENGAGEMENT DE DEONTOLOGIE 51
6.5. DECLARATION SUR L'HONNEUR DES EVALUATEURS 52
6.6. CALENDRIER DE REALISATION 53
6.7. CONTRAT D'EVALUATION EXTERNE ET QUESTIONNAIRE EVALUATIF 55

1. ÉLEMENTS DE CADRAGE.

1.1. Présentation de l'organisme évaluateur.

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

1.2. Présentation de l'établissement évalué.

Nom de l'établissement :	EHPAD de l'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île Guérande – Le Croisic
Responsable de l'établissement :	Mr Dumortier, Directeur
Référent pour l'évaluation interne :	Sophie Delrot, Responsable qualité
Coordonnées :	02 40 62 65 04 S.DELROT@hli-presquile.fr
Organisme gestionnaire :	Conseil d'administration
Responsable de l'organisme :	Président du Conseil d'Administration
Référent pour l'évaluation externe :	Sophie Delrot, Responsable qualité
Coordonnées :	02 40 62 65 04 S.DELROT@hli-presquile.fr
Forme juridique	Etablissement public hospitalier Fusion Guérande – Le Croisic en 2003
N° d'autorisation :	Dernier arrêté au 30 juin 2010
Date prévisionnelle de renouvellement :	Calendrier dérogatoire : 1 janvier 2017
Nombre de places/lits :	262 places d'hébergement permanent dont : 29 places en unité pour personnes âgées désorientées, 4 places d'hébergement temporaire, 6 places d'accueil de jour.

1.3. Contexte institutionnel.

1.3.1. Historique de l'établissement.

En 2003, le Centre Hospitalier de Guérande et l'Hôpital Local du Croisic fusionnent pour former l'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île (HIPI).
L'arrêté du 30 juin 2010 fixe la capacité totale de l'EHPAD de l'hôpital Intercommunal de la Presqu'île à :

- 262 lits d'hébergement permanent dont 29 places en unité pour personnes âgées désorientées
- 4 lits d'hébergement temporaire
- 6 places d'accueil de jour

1.3.2. Contexte actuel.

Les 262 lits d'hébergement permanent sont répartis en trois résidences, sur deux sites :

- Site de Guérande : Résidence Fleur de Sel
- Site du Croisic : Résidence Les Lauriers
  Résidence de la Côte Sauvage

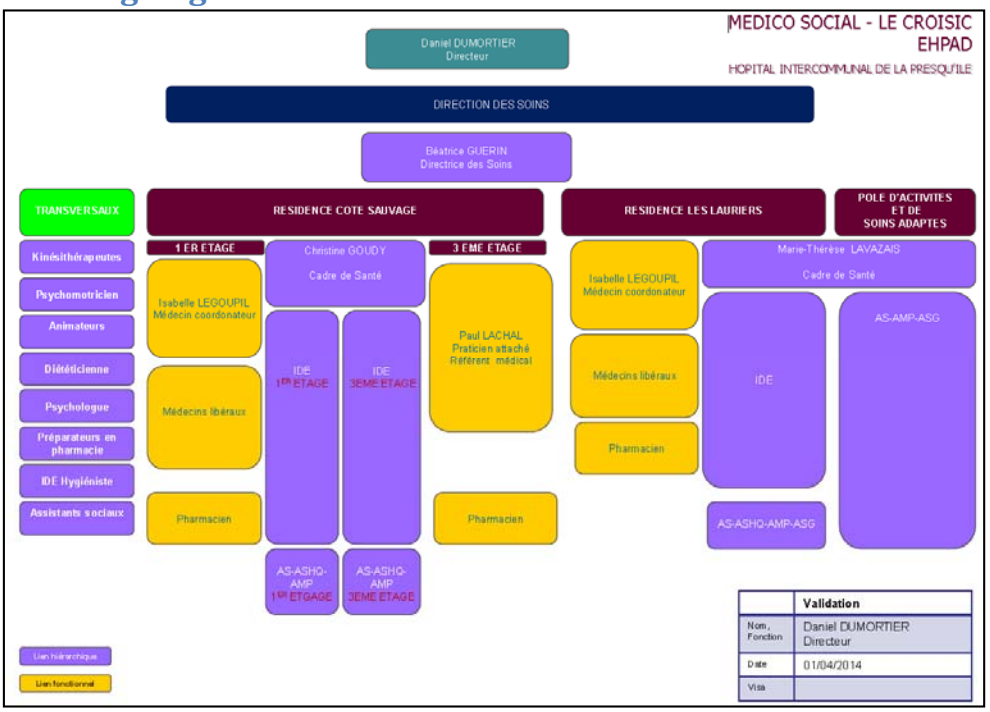
L'évaluation externe concerne : Résidence Côte Sauvage (RCS) , 80 lits

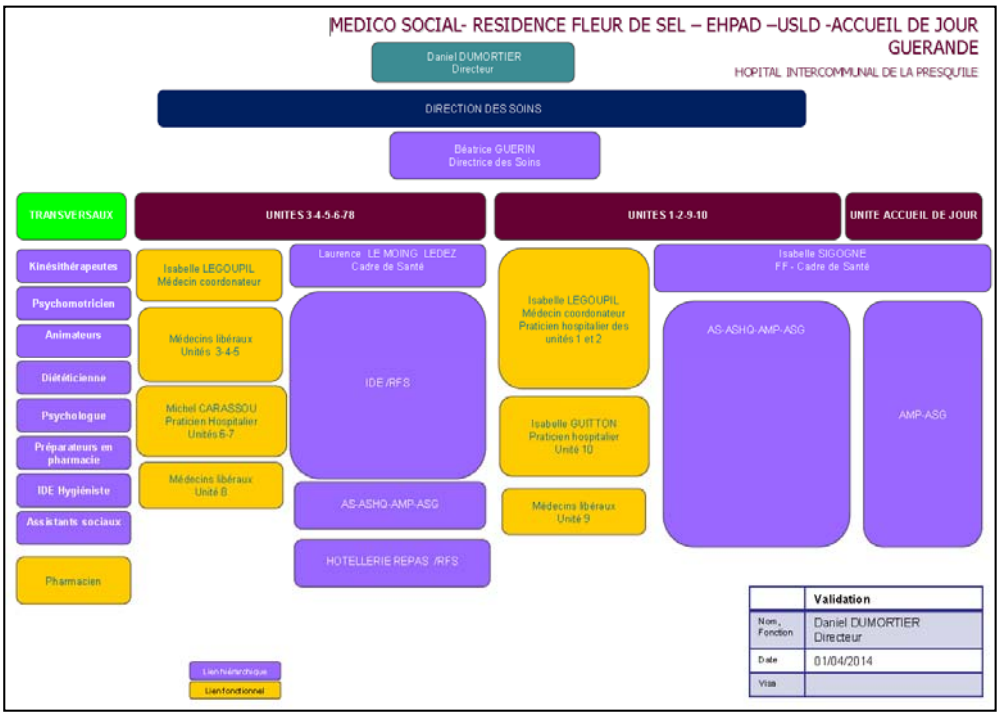
1.4. Organisation.

1.4.1. L'équipe de professionnels.

METIERS	RESIDENCE DE LA COTE SAUVAGE - site du Croisic	PASA
MEDECIN	0,99	
CADRE DE SANTE	1	
IDE	7,39	
KINE	0,85	
PSYCHOMOT	0,3	0,09
ASS SERV SOC		
AMP	3,93	1,5
AS	19,23	0,62
ASHQ	17,84	
OPQ / AEQ / AIDE DE VIE EN CONTRAT AIDE	5,73	
AGENT D'ACCUEIL		
ANIMATEUR		

1.4.2. Organigramme.





1.5. Éléments liés aux personnes accueillies.

1.5.1. Approche quantitative.

Données du rapport d'activité 2013

Service	Moyenne d'âge 2013
Résidence de la Côte Sauvage	86.60

1.5.2. Approche qualitative.

Données du rapport d'activité 2013

Service	GMP 2013
Résidence Les Lauriers	638.55
Résidence de la Côte Sauvage	
TOTAL	629.5

1.6. Environnement de l'établissement.

1.6.1. Aspects architecturaux.

Le site du Croisic est constitué de deux bâtiments, l'un d'eux est constitué, notamment, d' anciennes unités de soins de longue durée, devenues EHPAD.

La Résidence Côte Sauvage est un bâtiment de trois étages qui accueillent les résidents d'EHPAD au 1er et au 3ème étage. Le PASA est au rez de chaussée. Le 2ème étage est occupé par une unité de soins de suite. Cette configuration ne facilite pas les relations entre les deux étages qui fonctionnent comme des unités séparées. Les chambres sont petites et situées de part et d'autre d'un couloir central. Il existe des chambres doubles. La surface disponible ne permet pas d'installer tous les résidents autour d'une table en salle à manger. Les résidents viennent souvent par transfert de la résidence des Lauriers lorsque l'accompagnement est jugé trop important ou que les troubles du comportement posent problème. C'est ainsi que la Côte Sauvage accueille majoritairement des résidents côtés en GIR 1 et 2.
Un troisième bâtiment sur le site, vide aujourd'hui, accueillait les services de médecine qui ont été transférés à Guérande.
Les bâtiments du site du Croisic sont vieillissants et surtout inadaptés à la prise en charge de la dépendance et de la maladie d'Alzheimer. Dans ce contexte, il est souhaité le réaménagement du bâtiment de la Côte Sauvage par le dédoublement des chambres et l'aménagement des parties communes.
Le site du Croisic serait à terme constitué d'un EHPAD comprenant des unités adaptées à la prise en charge des malades d'Alzheimer.

1.6.2. Implantation et contexte local et régional.

La fusion des deux hôpitaux date de l'année 2003, il existe, de fait, des a-priori encore difficiles à vaincre.
Les familles des résidences Côte Sauvage au Croisic perçoivent « *l'entrée de leur parent dans le V120 « comme une catastrophe »* même si ensuite « *c'est autre chose que ce qu'on croyait* ». Les usagers des résidences du Croisic sont attachés à « leur établissement ». Cela ne facilite pas la mission de la direction qui souhaite modifier l'image grâce au projet architectural et à la mobilité interne entre les sites.

2. Descriptif de la procédure d'évaluation externe.

2.1. Objectifs de l'évaluation externe.

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

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

2.2. Cadre légal de l'évaluation.

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

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

2.3. Procédure d'évaluation, organisation et difficultés.

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

2.3.1. Les étapes de l'évaluation.

L'évaluation sur site a été réalisée conjointement sur les trois résidences de l'hôpital Intercommunal de la Presqu'île. Les données citées ci-dessous concernent la totalité de la visite.

Etape 1 : Préparation de l'évaluation externe		
Contenu de l'étape	***Réalisé le***	***Difficultés rencontrées***
Transmission de la liste des documents	03/03/2014	Documents transversaux s'appliquant aux trois résidences
Préparation du cadre évaluatif et du planning d'intervention sur site.	18/03/2014	
Validation du cadre évaluatif	02/04/2014	

Etape 2 : Evaluation sur site (Planning, voir en annexe)		
Contenu de l'étape	***Réalisé le***	***Difficultés rencontrées***
Réalisation de la réunion d'ouverture	14/04/2014 15/04/2014	1 réunion à Guérande et 1 au Croisic pour les 2 résidences
Entretiens et recueil des informations	14/04/2014 15/04/2014 16/04/2014	2 journées partagées entre les sites distants de 15 km, (parcours assuré par la responsable qualité)
Présentation des conclusions	16/04/2014	

Etape 3 : Rapport		
Contenu de l'étape	***Réalisé le***	***Difficultés rencontrées***
Remise du pré-rapport	03/06/14	
Remise du rapport final	28/07/2014	

2.3.2. Les sources d'information.

Le personnel	
Interviews individuelles	***Entretiens collectifs***
Responsable qualité - Infirmier hygiéniste – Cadre de santé unité PASA – Psychomotricienne – Diététicienne – Responsable restauration – Responsable qualité – Agents de nuit-	Directeur- Directrice des soins 2 IDE -2AS-2 animateurs Commission bientraitance (directrice des soins-psychologue-AMP-IDE-psychomotricien-3 cadres de santé-1 représentant des familles) Membres élus du CVS (2 résidents Guérande -2 familles Guérande) 2 agents d'accueil- responsable bureau des entrées-assistant social-2 cadres de santé 2 cadres de santé- 2 IDE -2 AS/AMP Résidents et familles non élus au CVS Médecin coordonnateur-2 IDE-Pharmacien-Directrice des soins-2 cadres de santé 2 IDE-2AS-Art thérapeuthe-2 animateurs 2 AS-2 IDE-2 hotelières-1 agent d'accueil 2 AS-2IDE-2 hotelières-1 agent d'accueil

Le public	
Usagers	***Représentants des usagers***
Résidents non élus au CVS (X2) Familles non élues au CVS	Membres élus du CVS

Les partenaires	
Partenaires locaux	***Partenaires institutionnels***
Non rencontrés	Non rencontrés

Eléments documentaires consultés sur site	
Documents cadres (convention, procédure,…)	***Documents opérationnels (dossiers, enregistrements, courriers,…)***
Chartes affichées-Tableau des indicateurs EHPAD-Information sur la bientraitance(journées d'intégration)-Arborescence des documents qualité dans l'intranet-Arborescence des droits d'accès au dossier patient- Triptyque de présentation de l'accueil de jour-Procédure de gestion de la mallette d'urgence-	Tableau d'animation- Projets personnalisés- tableau de suivi entretien des locaux et statistiques -Fiche projet « faciliter l'intégration de la personne âgée dans son lieu de vie »-Présentation en CTE du projet de révision des roulements de travail des services de soins-Plan des résidences-projet de fiche d'évaluation de la participation du résident aux animations-Rapport d'inspection des services vétérinaires (DDPP)-Plan d'action d'amélioration continue- Compte-rendu de la commission sécurité-

3. Cadre évaluatif.

3.1. Cadre légal de référence.

3.1.1. Éléments généraux.

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

3.1.2. Éléments spécifiques aux EHPAD

- Décret n° 2007-330 du 12 mars 2007 portant création d'un Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés
- Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'hébergement temporaire.
- Arrêté du 8 septembre 2003 : Charte des Droits et Libertés de la Personne Agée Dépendante.
- Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire
- Circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT/CT2 n° 2005-34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés.

- Circulaire n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013. (DARI).
- Circulaire DGAS n° 2009-170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie (DARDE)
- Circulaire DGAS/SD 2 n° 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées
- Décret n° 2006-122 du 6 février 2006, article 1, relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs.
- Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un Ehpad.

3.2. Recommandations de bonnes pratiques applicables.

Recommandations « tous secteurs »

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

Recommandations spécifiques

- Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement
- Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne
- Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad
- Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement - document réalisé conjointement par l'Anesm et la HAS
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

3.3. Sources documentaires.

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

Documents obligatoires	Documents transmis
Tout document public permettant d'identifier la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social	Répertoire SIREN
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.	-Autorisation conjointe ARS/CG44 de transformation de 4 places d'hébergement permanent en 4 places d'hébergement temporaire et de création de 6 places d'accueil de jour du 30 juin 2010. -Organigramme -Effectifs du personnel dans le rapport de présentation de l'évaluation interne
Le projet d'établissement et autres documents de référence utilisés : charte, supports de démarche qualité	Projet EHPAD 2012-2016 Projet qualité et risques 2012-2016 Valeurs et mission (26/04/2012) Axes stratégiques 2011
Le livret d'accueil de l'établissement remis à chaque personne accueillie	Livret d'accueil commun aux EHPAD
Le règlement de fonctionnement	Règlement de fonctionnement commun aux EHPAD
Les comptes rendus du conseil de la vie sociale ou de toute autre forme de participation conformément à l'article L. 311-6	- Comptes rendus du CVS datés des : 27/06/2011, 05/12/2011, 04/07/2012, 26/02/2013 et 05/09/2012 - Bilan des enquêtes de satisfaction 2012
Les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité	- Synthèse du DARI et axes d'amélioration
Les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation	- Rapport d'évaluation interne 2013 - CR réunion professionnels libéraux
Une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne	- Plan d'actions

Et le document complémentaire suivant :
Listing des conventions au 13/01/2013, contrat de séjour commun aux EHPAD

3.4. Questionnement évaluatif.

Le questionnaire évaluatif a été réalisé sur la base du référentiel d'évaluation interne utilisé par la structure dans le cadre de son évaluation interne.
Il se présente sous la forme d'une grille d'évaluation spécifique qui comprend :

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

(Voir en annexe : « Questionnaire évaluatif »)

4. ANALYSE ET PRECONISATION.

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

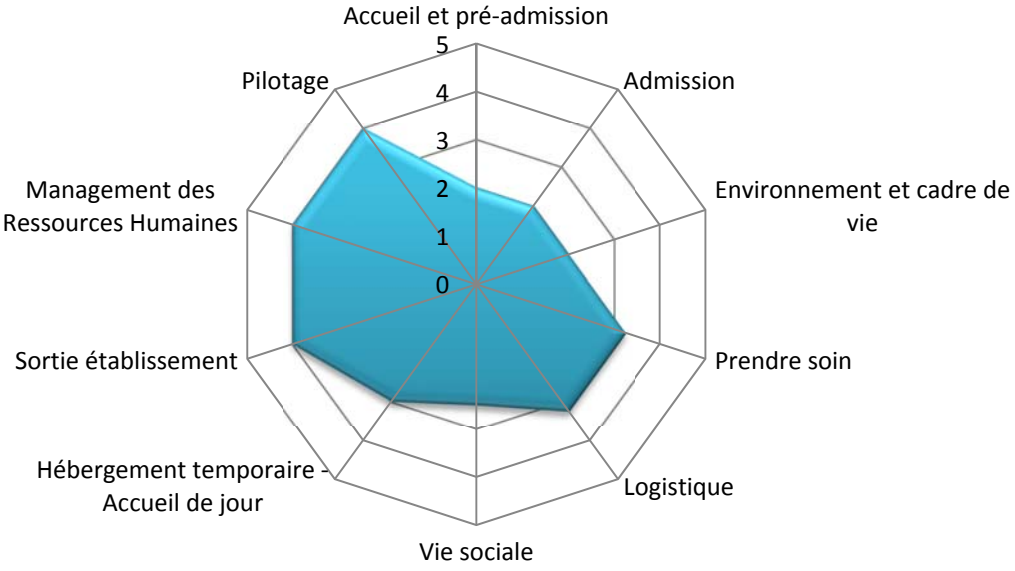
Existence de procédures orales	Fonctionnement stable	Organisation définie planifiée	Organisation suivie et maîtrisée	Amélioration pilotée
« Les choses ne se passent pas si mal »	« Les pratiques sont constantes dans le temps »	« Cela se déroule comme prévu »	« La situation est sous contrôle »	« Les pratiques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

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

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

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

4.1. Synthèse du référentiel d'évaluation.



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

Adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties.
L'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île Guérande-Le Croisic a décliné un projet médical, un projet stratégique et un projet « EHPAD / USLD » . Les valeurs et missions de l'HIPI sont formalisées sur un document particulier. Le projet EHPAD / USLD a été formalisé en 2012 pour 5 ans, après consultation du CVS. L'absence de déclinaison pour les unités spécialisées telles que le PASA est regrettable mais s'explique par les années d'ouverture du PASA en 2012. C'est ainsi que le projet EHPAD / USLD renvoie chaque service à l'élaboration de ses propres projets. Les évaluateurs proposent d'utiliser les documents rédigés lors des réponses aux appels à projets pour formaliser les différents projets de service. Sur le plan méthodologique, ils pourraient être présentés sous un format « organigramme » afin de valoriser les valeurs communes mais aussi les besoins des résidents et les modes d'accompagnement particuliers. A noter également que les usagers n'ont pas été associés à la réflexion et que le projet est communiqué aux professionnels dans l'intranet mais n'est pas communiqué aux usagers.

Cohérence des différents objectifs entre eux.
Dix fiches –actions sont formalisées, elles présentent l'objectif, le moyen, l'échéance et l'indicateur de suivi: - La première a pour titre : le projet personnalisé mais l'objectif est « d'assurer une cohérence de soins à toute l'équipe ». L'échéance : « 100% des projets de vie sont formalisés dans le Dossier Patient pour juillet 2013 ». - La seconde propose d'élaborer un protocole d'accueil commun aux différents lieux de vie pour décembre 2012. Un groupe de travail a entamé la réflexion en mars 2014 et devrait s'achever en décembre 2015. - Les fiches n°3 et n°4 concernent l'élaboration d'une procédure de transfert interne EHPAD/USLD et d'un référentiel de bonnes pratiques lors d'un décès. - La fiche n°5 concerne l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques alimentaires - La fiche n°6 concerne l'élaboration d'un référentiel « *escarres/plaies* » - La fiche n°7 concerne l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques dans la « *gestion de la continence urinaire* » - La fiche n°8 concerne l'optimisation du circuit du médicament et l'amélioration de la sécurité - Enfin les fiches n°9 et 10 concernent les résidents ayant des troubles de la vision et des troubles de l'audition. Les objectifs : « *identifier les personnes porteuses de troubles de la vision, identifier les diagnostics, adapter l'environnement humain et architectural en fonction des troubles repérés, réévaluer les traitements médicamenteux et techniques* » et les moyens *: « formation des soignants et des agents d'entretien sur les prises en charge spécifiques, formalisation de fiches techniques spécifiques aux prises en charge, adapter l'environnement en fonction de la population accueillie* » sont ambitieux mais les indicateurs de suivi « *les résidents ayant des troubles de la vision(de l'audition) sont identifiés*» restent bien en deçà. La cohérence entre les objectifs est réelle, il s'agit, de prendre en compte les risques inhérents à la vulnérabilité des personnes accueillies et d'y apporter une réponse concertée et harmonisée entre tous les services. Toutes les échéances du projet sont comprises entre décembre 2012 et 2013 ce qui n'est pas cohérent avec les dates du projet, validé pour 5 ans. Les indicateurs de suivi ne semblent pas toujours adaptés aux actions et moyens envisagés.

Adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place.

Le travail en groupe de réflexion pour l'élaboration des procédures et des protocoles est une nécessité pour leur appropriation par les personnels. C'est une condition d'efficience des services.
Il n'a pas semblé aux évaluateurs que les moyens humains disponibles étaient suffisants pour assurer un pilotage optimal., pourtant indispensable pour implémenter une culture médico-sociale et non plus sanitaire.

Existence et pertinence de dispositifs de gestion et de suivi.

La responsable qualité élabore un tableau de suivi général qui permet de connaitre « l'origine de l'action », projet d'établissement, évaluation interne, audits…l'échéance prévue et l'état d'avancement. Un débat a eu lieu au sujet des échéances initiales apparaissant sur le tableau, certaines étant très anciennes.. La responsable qualité a pris l'option de conserver ces dates pour « motiver les responsables de l'action ». Dans ce tableau de suivi, une nouvelle échéance est fixée lorsque l'échéance initiale est dépassée, et ce pour toutes les actions, notamment issues du projet d'établissement ou de l'évaluation interne.

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

Les échéances prévues ne pouvaient pas être tenues, il est donc naturel que les objectifs ne soient pas atteints. Une nouvelle directrice des soins a été recrutée en septembre 2013 avec pour mission de formaliser la culture médico-sociale dans les services. Jusqu'en mars 2014, un travail de réorganisation des roulements de travail des services de soins a mobilisé l'encadrement. A partir d'avril, les objectifs vont être repris et travaillés avec la volonté affirmée d'améliorer l'accompagnement des résidents et de donner sa place à la famille.
Un premier groupe de travail s'est réuni en mars sur le thème de l'accueil.

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

La résidence Côte Sauvage, bien que souffrant d'un déficit d'image et accueillant par transfert des résidents « Gir 1 et 2 », présente une atmosphère plus médico-sociale. Il y a proportionnellement d'avantage de personnes attablées, le personnel aide à la prise des repas en étant assis au milieu des résidents. Le soutien de la psychologue, la présence de l'animatrice et de l'art thérapeute, la possibilité de transfert à la journée au PASA, en rez de chaussée, offre d'avantage d'ouverture et de vie.

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

Les locaux doivent être repensés pour obtenir des lieux de vie adaptés aux besoins des résidents tout en organisant des flux de circulation pertinents.
En raison des difficultés financières des EHPAD, il a été mis en place une « *procédure dégradée* » qui prévoit le non remplacement d'une journée pour chaque arrêt maladie. Les négociations sur sa mise en place ont été conduites par unité pourtant le résultat ne semble pas convenir à certains salariés interviewés. Les évaluateurs ont compris que la procédure pouvait prévoir, par exemple, le maintien d'une douche sur deux mais pas les levers et qu'il arrivait qu'elle soit appliquée un lundi ou un vendredi, ce qui porte à 4 le nombre de jours sans lever, dans ce cas. Les principes d'un accompagnement bien traitant privilégient le lever quotidien et les évaluateurs proposent que la réflexion reprenne dans l'établissement sur ses bases.
Le projet d'établissement acte la spécialisation des unités d'hébergement selon le niveau de dépendance physique et psychique . Ce choix institutionnel repose sur plusieurs avantages : rassembler les résidents ayant les mêmes besoins en (USLD) unité alzheimer, en PASA ou en accueil de jour ; dépasser certaines contraintes architecturales (chambre étroite de la résidence.

A côté de ces avantages, des inconvénients existent (diminution sensible ses possibilités d'interaction entre les résidents, risque de perte de dynamisme chez les soignants qui sont moins sollicités par les résidents et les familles dans les unités les plus lourdes où le rythme des visites tend à s'amoindrir).

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

Appréciation sur les priorités et modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne.
Deux groupes de travail ont produit l'auto-évaluation : - Un groupe de travail multi-professionnel composé de trois IDE, trois AS-ASHQ-AMP, deux cadres de santé, le médecin coordonnateur, de la directrice des soins, d'un médecin, d'un animateur, d'un rééducateur, et d'un assistant social a été créé suite à un appel à candidature pour traiter les critères relatifs à la prise en charge des résidents des EHPAD. Il s'est réuni à quatre reprises. - Le directoire composé de représentants de la direction et du corps médical a traité les critères relatifs au pilotage de l'établissement et des services. Il s'est réuni une fois. La démarche a été présentée en Directoire, en CRUQ, en CSIRMT, et en CME. Des séances d'information ont été dispensées par la responsable qualité dans les services concernés (quatre séances). Un journal interne traitant du sujet a été diffusé. Trois comités ont été sollicités pour valider le rapport d'auto-évaluation : le COPIL qualité - risque, le Conseil de la Vie Sociale, la Commission de Relation avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge (CRUQ). Les usagers n'ont pas participé spécifiquement mais les analyses des enquêtes de satisfaction ont été utilisées. Les EHPAD ont retenu le référentiel du réseau QUALISANTE 44, élaboré par un groupe de travail regroupant plusieurs représentants des EHPAD du département. Ce référentiel, organisé autour de 10 thématiques, prend en compte les recommandations de bonnes pratiques applicables aux services EHPAD, rédigées par l'ANESM. Dix thèmes ont été évalués : Accueil et pré-admission, admission, environnement et cadre de vie, prendre soin, logistique, vie sociale hébergement temporaire - Accueil de jour, sortie établissement, management des Ressources humaines pilotage. De nombreuses pistes d'amélioration ont été formulées, et des échéances posées. Parmi ces actions, nous notons comme objectifs d'amélioration prioritaires : - Améliorer l'accueil via l'affichage - Harmoniser la procédure d'admission - Compléter la procédure d'accueil - Projet de restructuration sur la RCS et la RLL comprenant des chambres individuelles avec salle de bain - Poursuivre le PAQ "sécurisation du circuit du médicament" en EHPAD - Former les ASHQ lors des JIPI, sur le temps dédié à la bientraitance, à l'aide à la prise du repas (intégrant la prévention du risque de déglutition, les fondamentaux du repas) - Augmenter les activités à l'extérieur - Favoriser le respect de la citoyenneté

Appréciation sur la communication et la diffusion des propositions d'améliorations et l'implication des acteurs.
Le plan d'actions a été validés par le COPIL qualité - risque qui en assure le suivi, dans le cadre du programme d'amélioration continue de l'HIPI.

Mise en œuvre des mesures d'amélioration et de l'échéancier de cette mise en œuvre.
Les évaluateurs remarquent que la plupart des échéances issues de l'évaluation interne sont prévues entre le dernier trimestre 2013 et la fin d'année 2014. Les délais sont un peu courts et ceux de l'année 2013 n'ont pas pu tous être tenus.

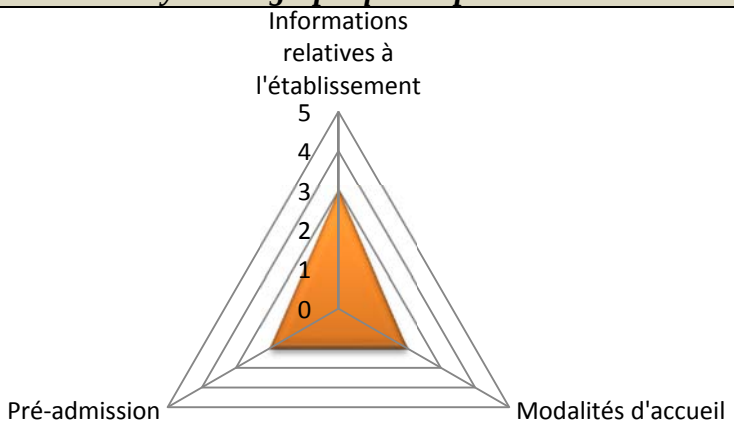
Présentation des modalités de suivi et bilan périodique
La démarche qualité est soutenue par la cellule qualité-risque qui dispose d'une responsable qualité formée. Celle-ci formalise les différents plans d'actions dans un document unique de suivi du programme général d'amélioration continue. L'outil est intéressant car il conserve l'origine de l'action envisagée et permet ainsi de rester cohérent avec les objectifs initiaux. Si l'on considère le plan d'actions qualité concernant la clientèle, 50% des actions ont été menées à terme à l'échéance fin 2013. Le PAQ direction présente 8 actions pour fin 2013 :3 actions sont menées à terme, 1 action est en cours. Le PAQ soins présente 9 actions pour 2013/1er trimestre 2014 : 4 actions sont menées à terme, 2 sont en cours.La démarche qualité globale est donc suivie.

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

Plan 1 : Accueil et pré-admission

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ ?*
2. Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence	Oui
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'usager par ce projet.	Oui

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 1.1 : Informations relatives à l'établissement
Analyse
Un livret d'accueil commun aux trois résidences présente les lieux et les services offerts en lien avec les différents moments de la vie quotidienne. Les droits et libertés des résidents sont abordés et la charte des droits et libertés de la personne accueillie est jointe au livret. Le livret d'accueil présente les notions de personne de confiance, de personne à prévenir et de référent familial. Les modalités de dépôt de réclamation auprès de la CRUQ, les modalités d'accès au dossier personnel sont expliquées. En annexe figure également un contrat d'engagement de lutte contre la douleur (modèle national). Actuellement, le livret d'accueil peut être donné par l'assistante sociale, par le bureau des entrées, par un cadre de santé suivant le lieu et les modalités du premier contact.

Sous-plan 1.2 : Modalités d'accueil
Analyse
Les modalités d'accueil sont différentes selon les lieux et n'ont pas fait l'objet d'une procédure d'harmonisation. La réflexion a débuté en mars dernier. Côte Sauvage : l'accueil est assuré dans les résidences mais pas le week-end. Toutes les pancartes extérieures font référence à l'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île (HIPI)

Sous-plan 1.3 : Pré-admission
Analyse
La démarche est assurée par le cadre de santé. Le rendez-vous a le plus souvent lieu avec la famille qui visite l'établissement et une chambre dans l'unité d'accueil envisageable. L'enregistrement de l'inscription est effectué sur la base commune du Conseil Général, créée en 2012, qui contient 800 dossiers en attente. Il est possible de requêter les inscriptions effectuées initialement dans une telle résidence mais il n'est pas possible d'effectuer un tri sur d'autres critères. Une commission de pré-admission composée, des cadres de santé, d'un responsable administratif,de l'assistante sociale, et de la directrice des soins est en création depuis l'évaluation externe. Les dossiers sont étudiés en fonction de l'accord pour une chambre double et de l'autonomie. L'avis du médecin coordonateur est demandé. Il y a peu d'admissions externes et la direction incite l'assistante sociale à présenter des dossiers afin d'ouvrir les résidences sur l'extérieur. En effet, le mode d'entrée le plus fréquent est par mutation interne entre les différents services de l'hôpital. Les SSR sont très demandeurs de places en EHPAD pour libérer leurs lits. Les Lauriers transfèrent les résidents devenus trop dépendants vers la Côte Sauvage. Les modalités de pré-admission n'ont alors pas lieu et ce sont les cadres de santé des services qui transmettent les informations et le dossier en allant rencontrer le futur résident dans le service d'amont.

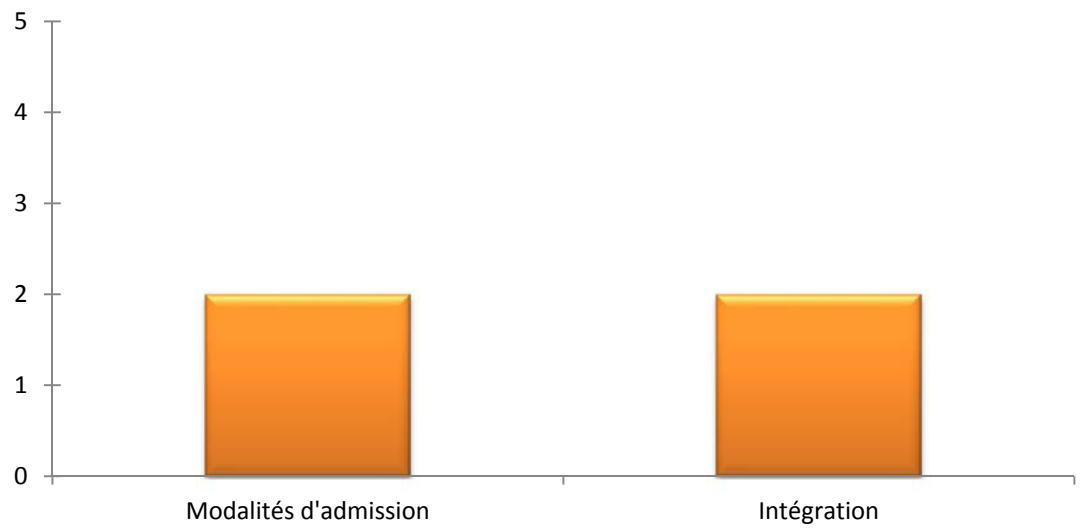
Points remarquables du plan
Il existe une commission d'admission pluridisciplinaire (RBPP Qualité de vie en EHPAD volet 1 chapitre 3 l'admission : croiser les regards pour l'admission)

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).
Améliorer l'accueil visuel des résidences en effaçant les indications liées à l' hôpital. Le livret d'accueil doit être commenté et expliqué à chaque usager (CASF R 311-4). Il faudrait prévoir la traçabilité de cette explication dans la future procédure d'accueil.

Plan 2 : Admission

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ ?*
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'usager par ce projet.	Oui
4. Effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits	Oui

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 2.1 : Modalités d'admission
Analyse
Lorsqu'une admission est prévue, le bureau des entrées est informé de la date, du numéro de chambre et reçoit l'ensemble des documents administratifs pour élaborer le contrat de séjour en deux exemplaires. Un courrier est adressé à la famille par le service de lingerie qui fournit les étiquettes de marquage. La couture peut être assurée par la lingère dans le cas de personnes seules. Le contrat est signé par le résident et sa famille dans les 8 jours. Si la famille est lointaine, le contrat de séjour lui est adressé par voie postale. Un état des lieux est dressé dans le service. Le règlement de fonctionnement est à disposition au bureau des entrées : « *on leur prête un moment pour le lire* ». Les plaquettes spécifiques sont à disposition au bureau des entrées et/ou remises par l'assistante sociale. Le consentement du résident est rarement recueilli à l'entrée : « *souvent ils ne sont pas capables, souvent l'entrée est faite dans l'urgence, parfois ils sont en instance de mise sous tutelle* ». Lorsqu'il s'agit d'une entrée par mutation de SSR, deux aides-soignantes viennent rencontrer l'équipe au préalable pour présenter le futur résident. S'il s'agit d'un transfert des Lauriers vers la Côte Sauvage c'est l'animatrice qui fait visiter les nouveaux lieux et qui fait le lien entre les deux résidences. Lorsqu'il s'agit d'un transfert d'un autre EHPAD la visite des lieux est effectuée avec l'assistante sociale de cet établissement. Les entretiens ont démontré qu'il n'y avait pas toujours de proposition de visite lors d'un transfert d'hébergement temporaire en hébergement permanent.

Sous-plan 2.2 : Intégration
Analyse
Les modalités d'accueil ont fait l'objet d'une procédure d'harmonisation en 2004 (dernière mise à jour en 2010). Les modalités d'accueil et d'intégration peuvent être améliorées (objectif de l'évaluation interne). La réflexion a débuté en mars dernier. L'accueil, fixé entre 14H et 15H, est effectué par le cadre ou le soignant de l'unité d'hébergement. Le résident peut aménager la chambre avec des petits meubles personnels (possibilité restreinte en chambre double). Les animaux peuvent être acceptés lorsque le résident peut s'en occuper. Le relai par la famille est inscrit au règlement de fonctionnement. Le carnet de vaccination est exigé. Un référent est nommé, il s'agit d'un référent de chambre c'est-à-dire qu'en cas de transfert du résident vers une autre unité, il ne suit pas le résident. Son rôle est de recueillir auprès du résident et de sa famille son histoire de vie et ses attentes envers l'établissement. Les renseignements sont ensuite insérés dans le logiciel de soins. Les autres professionnels peuvent compléter le recueil. Toutes les semaines une réunion « projets de vie » est organisée autour de la psychologue à la résidence Côte Sauvage. ✓ l'apport de la psychologue est patent. On retrouve les éléments de l'histoire de vie et des objectifs et des moyens formalisés >signés par le résident. Au 1er avril 2014, le % de projets de vie formalisés était de 100% et 98% en RCS. Et le % d'habitude de vie était respectivement de 100% , 98% CF. INDICATEURS EN DOCUMENT PREUVE. ✓ La réactualisation annuelle des PP est prévue mais l'échéancier de suivi n'est pas individualisé donc il existe un risque d'oubli Selon les indicateurs au 1er avril, le % de projet de vie réactualisé dans l'année est de 38% à la RCS. L'encadrement explique que le turn over des résidents est tel qu'il faut élaborer des projets personnalisés de première intention en permanence.

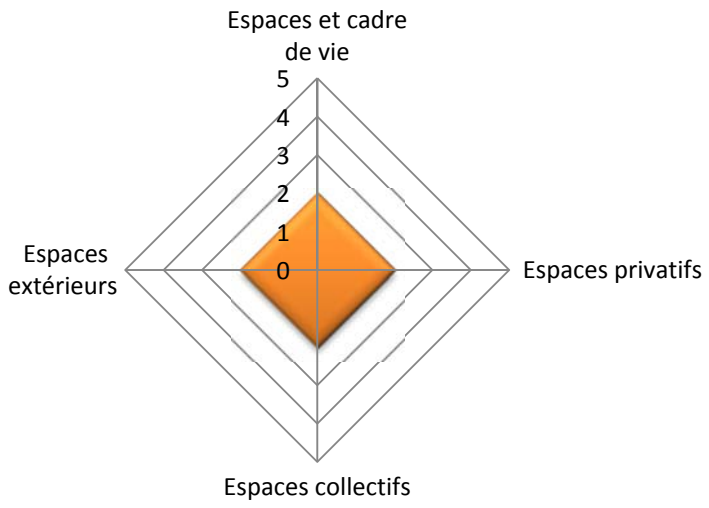
Points remarquables du plan
Un référent pour l'élaboration du projet personnalisé est nommé parmi le personnel de l'unité d'accueil (RBPP les attentes de la personne et le projet personnalisé 5.3 coordonner le projet et garantir sa mise en œuvre) Le contenu des projets personnalisés supervisés par la psychologue est qualitatif. L'accord du résident est tracé.

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).
Le règlement de fonctionnement doit être annexé au livret d'accueil qui doit être remis et commenté au résident. Il doit être affiché dans l'établissement et remis à toute personne intervenant dans l'établissement (usagers, personnels, intervenants extérieurs, stagiaires, bénévoles) (CASF L 311-7) Le contrat de séjour doit être remis dans les 15 premiers jours et signé dans le mois qui suit l'entrée afin de laisser au résident le temps de prendre connaissance de l'ensemble des informations fournies à l'entrée et de fournir un consentement éclairé (CASF L311-4)(RBBP Qualité de vie en Ehpad (volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement chap. 2, point 2 ; l'accompagnement de la décision) Le contrat de séjour doit être validé et signé par le résident. En cas d'imossibilité le DIPC doit être proposé. La participation du résident à l'élaboration de son projet personnalisé est obligatoire sous peine de nullité (CASF L 311-3)

Plan 3 : Environnement et cadre de vie

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ ?*
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux conditions d''hébergement	Oui

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 3.1 : Espaces et cadre de vie
Analyse
Larésidences ne dispose pas de l'ensemble des conditions pour un hébergement qualitatif. La sécurité est prise en compte avec la présence de codes à l'entrée des unités spécialisées, d'appels malades filaires, de bracelets anti errance pour certains résidents. La proximité du centre-ville permet aux résidents autonomes de continuer à participer à la vie de la cité.

Sous-plan 3.2 : Espaces privatifs
Analyse
Le résident peut conserver son animal domestique en chambre individuelle dans chaque résidence. A Côte Sauvage, la moitié des chambres est constituée de chambres doubles. Les surfaces sont réduites y compris pour les cabinets de toilette, d'autant plus que les résidents dépendants ont besoin de matériels encombrants (verticalisateur, lève-malade). Il existe une salle de bain commune équipée d'un lit douche et d'une baignoire sabot.

Sous-plan 3.3 : Espaces collectifs
Analyse
A Côte Sauvage, les espaces communs manquent dans les étages. Au rez de chaussée le PASA dispose d'une pièce de vie séparée en cuisine– salle à manger et salon d'activités. Tout le personnel est formé à la méthode Snozelen, la pièce permet également le retrait au calme d'un résident agité, la sieste parfois. Le jardin directement accessible permet les activités extérieures y compris le jardinage debout.

Sous-plan 3.4 : Espaces extérieurs
Analyse
Le PASA de la résidence Côte Sauvage dispose d'un jardin sécurisé.

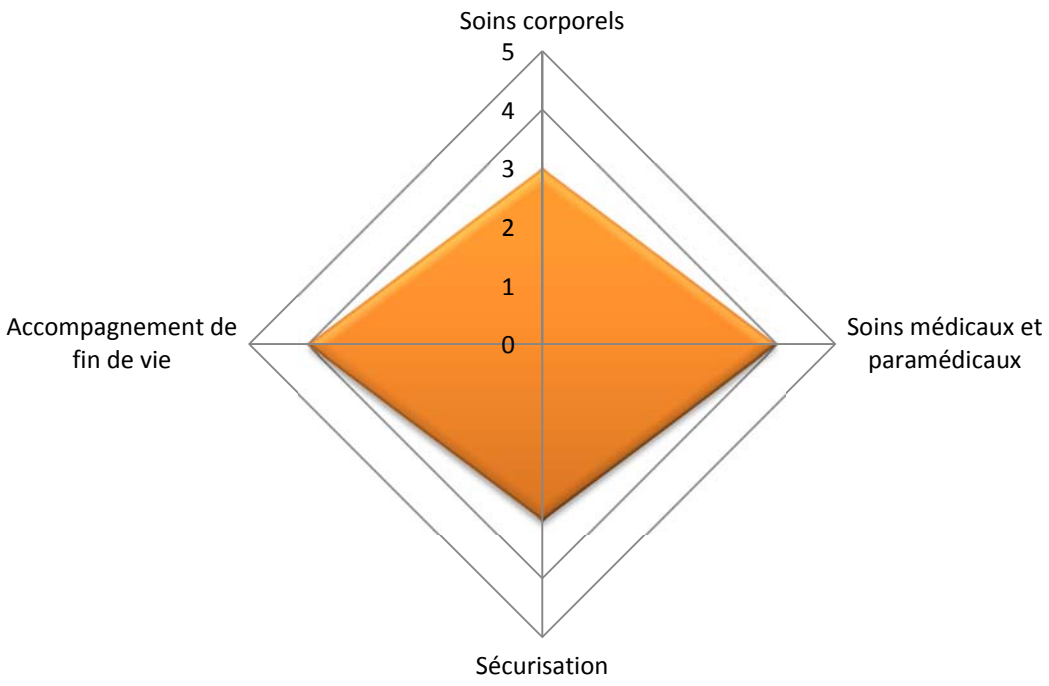
Points remarquables du plan
Les résidents peuvent conserver leur animal domestique dans chaque résidence. La proximité du centre-ville est un atout pour les résidents autonomes qui peuvent s'y rendre à pied. Des jardins clos sont accessibles aux résidents (RBPP Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne chap. 2 point 7 : inciter les personnes à profiter des espaces extérieurs).

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).
S'appuyer sur les RBPP qualité de vie en EHPAD et l'expression des usagers pour élaborer le projet architectural de réhabilitation des résidences du site du Croisic Veiller à améliorer l'aspect hôtelier du repas (RBPP Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne chap. 2 point 4 aménager les espaces dédiés aux repas de façon conviviale) Par mesure de prudence éviter d'accumuler les matériaux combustibles dans et auprès des cheminées de salon.

Plan 4 : Prendre soin

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ ?*
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.	Oui
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.	Oui
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 4.1 : Soins corporels

Analyse

Un référentiel bientraitance, un protocole de la toilette bientraitante ont été élaborés par la commission bientraitance créée en 2007 au sein de l'HIPI. Des audits internes concernant la toilette ont également eu lieu. Une enquête de pratique a été réalisée en avril dernier en lien avec le réseau Quali Santé 44. Les protocoles sont diffusés aux nouveaux agents lors de la journée d'intégration.
Les douches ou bains sont possibles dans les salles de bains communes, à chaque étage.
Certains aides-soignants sont formés au toucher-massage mais la pratique est peu utilisée soit par manque de temps soit par appréhension. L'ergothérapeute effectue en binôme avec les aides-soignantes les bains de relaxation pour certains résidents (Côte Sauvage).
La mise en place de la « *procédure dégradée* » ne permet pas d'assurer que les levers soient effectués quotidiennement pour tous les résidents en capacité de l'être.
Les effectifs le week-end sont les suivants : présence en matinée de 7 aides-soignants pour 40 résidents à Côte Sauvage

Sous-plan 4.2 : Soins médicaux et paramédicaux
Analyse
RCS : Les soins médicaux sont supervisés par le médecin coordonnateur. Les praticiens libéraux interviennent sur le 1er étage et un praticien attaché est référent médical du 3ème étage.

Sous-plan 4.3 : Sécurisation
Analyse
Certains procédures et protocoles de soins sont élaborés en binôme cadre de santé-référent équipe et validés par le médecin coordonnateur. La majorité est élaborée par les groupes de travail et comité (CLAN, CLUD, commission bientraitance, PAQ sécurisation du médicament, PAQ accueil, …). Ils sont retravaillés au mieux tous les 5 ans pour être mis à jour en fonction de l'évolution des recommandations. Il existe un tableau de bord de suivi des diffusions. Le personnel est informé par divers moyens (message dans l'intranet, message dans le logiciel du dossier patient, affichage listant les derniers documents diffusés, séances d'information, émargement). Un infirmier hygiéniste forme le personnel et sensibilise les résidents sur les risques infectieux. Des correspondants hygiène sont formés pour devenir formateurs internes auprès de leurs collègues. Ils se réunissent 7 fois par an pour élaborer des propositions qui sont ensuite validées par l'EOH (ancien CLIN) avant diffusion aux équipes. Des audits hygiène ont lieu plusieurs fois par an. Dans le hall d'entrée de la résidence Côte Sauvage les évaluateurs ont remarqué l'affichage des « indicateurs sécurité du patient » et des indicateurs « AVC » datant de 2012 (dernier recueil obligatoire). Concernant les risques liés à la vulnérabilité des personnes accueillies, les pratiques sont : <u>Douleur</u> : évaluation à l'entrée, suivi. <u>Escarre</u> : pas d'évaluation du risque à l'entrée, évaluation Braden si besoin. Adaptation du matelas, changements de position réguliers, effleurage, et mise au fauteuil. <u>Chutes</u>: pas d'évaluation du risque à l'entrée. Fait par le kiné à la demande et tracé. Lors des entretiens une résidente a expliqué qu'elle chutait régulièrement et que la sonnette d'appel était toujours hors de portée, à ce moment-là. <u>Contentions</u> : tous les professionnels savent qu'elles ne doivent être posées que sur prescription. Dans la pratique les prescriptions ne sont pas systématiques : 73% des contentions sont prescrites (selon audit réalisé en mars 2014, toutes les ceintures et securidrap étaient posés conformément à la procédure. La marge d'amélioration concerne les barrières de lit). Il n'y a pas d'évaluation de la pose de barrières, des contentions au fauteuil ou par sécuri-drap. <u>Déambulation</u> : des bracelets anti errance peuvent être posés sur prescription médicale. Le <u>circuit du médicament</u> est supervisé par un pharmacien, l'HIPI bénéficie de deux pharmacies à usage interne (PUI).Le circuit est conforme depuis la PUI jusqu'au service ensuite les pratiques sont différentes suivant les services. Les évaluateurs ont observé que: Les médicaments sont vérifiés, déblistérés et donnés par l'infirmière qui valide en temps réel ou bien les médicaments sont déblistérés à l'avance par une infirmière, distribués par une autre infirmière qui valide à postériori.

Sous-plan 4.4 : Accompagnement de fin de vie
Analyse
Il existe une chambre particulière qui permet au parent de rester pour l'accompagnement de fin de vie (RCS). La nomination d'une personne de confiance est encouragée et tracée dès l'entrée. L'HIPI est signataire d'un contrat d'engagement contre la douleur. Le recueil des dernières volontés et/ou des directives anticipées est encouragé et tracé.

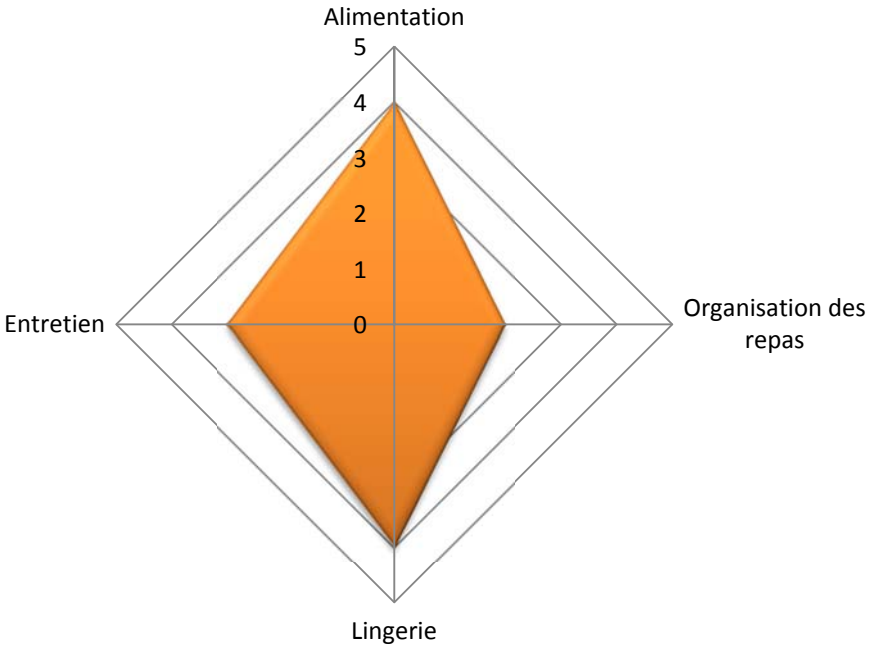
Points remarquables du plan
Personnel formé au toucher-massage Etablissement signataire d'un contrat d'engagement contre la douleur Protocoles de soins révisés tous les cinq ans, tableau de suivi des échéances. Audits réalisés et évalués dans le PAQ

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).
Envisager des binômes aide-soignant/ergothérapeute pour faciliter l'utilisation du toucher-massage auquel certains soignants ont été formés. Organiser le lever quotidien de tous les résidents en capacité Procéder à l'évaluation du risque de chute en systématique pour chaque entrée et réfléchir à l'opportunité de munir le résident à risque d'une montre d'appel Revoir et diffuser les indications des SECURIDRAP et des lits alzheimer Poursuivre la réflexion sur la distribution des médicaments et sa traçabilité. Cesser la pose de contention sans prescription. Organiser la traçabilité de l'évaluation bénéfices/risques des contentions prescrites et organiser la réévaluation.

Plan 5 : Logistique

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ ?*
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.	Oui
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.	Oui
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	Oui

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 5.1 : Alimentation

Analyse

Les hôtelières sont chargées de recueillir les goûts des résidents et de les inscrire dans le logiciel de soins (goût et non goût dans la fiche « histoire de vie ») et dans le logiciel de commande des repas pour conserver l'information. Les régimes et les textures modifiées sont prescrits. Une diététicienne passe une fois par semaine Il est possible d'adapter la ration à l'appétit du résident (1/2 portion jusqu'à 2 portions).
Le poisson est proposé deux fois par semaine, c'est ce qui est le plus refusé. Un menu de substitution est alors prévu mais les résidents considèrent que c'est un peu routinier (3x3 choix).
Les hôtelières concèdent que cela peut être routinier pour les résidents qui mangent la nourriture mixée.
Une fois par semaine la fiche de choix est complétée pour la semaine suivante par le résident seul ou avec l'aide d'un soignant, d'une hôtelière ou d'un membre de sa famille.
Le changement de place à table est possible, à la demande, lorsque des problèmes de cohabitation se font jour, et en tenant compte de la place disponible pour les fauteuils roulants.
Les cuisines sont aux normes. La production est livrée en liaison froide.

Le rapport d'inspection concernant la cuisine centrale sur le site du Croisic, datant du 25 juin 2013 a été observé, les 7 non conformités mineures et 3 non-conformités majeures ont fait l'objet d'un plan d'actions et ont été levées dans les quinze jours suivants. La cuisine livre également deux logements-foyer, des écoles, des services d'aide à domicile, ainsi que les services sanitaires de l'HIPI. La cuisine relais sur le site de Guérande a fait l'objet d'une visite d'inspection le 13 août 2013.8 non-conformités mineures et 5 non-conformités moyennes sont relevées. 8 actions correctives sont mises en place, 4 sont en cours.

Sous-plan 5.2 : Organisation des repas
Analyse
Le principe d'apporter des plateaux repas « tout prêts » et de les poser devant les résidents attablés relève d'une organisation hospitalière et non hôtelière A la RCS, les repas sont pris dans l'espace « salle à manger ». Les résidents sont aidés à la prise des repas par les aides-soignants installés sur des tabourets à roulettes. Lors de la visite 24 résidents étaient attablés en salle à manger et 4 au « salon » sur 40 résidents. Les résidents des autres unités mangent dans les salles à manger d'unité, dans leur chambre pour certains et au lit pour d'autres.

Sous-plan 5.3 : Lingerie
Analyse
Le personnel de lingerie est formé à la méthode RABC. La révision du circuit linge propre /linge sale a été effectuée. Le linge de l'HIPI est traité à l'hôpital de St Nazaire.

Sous-plan 5.4 : Entretien
Analyse
L'infirmier hygiéniste supervise une équipe transversale, composée de 5 personnes, qui est chargée de l'entretien des parties communes des sites de Guérande et du Croisic. La fréquence de nettoyage est fixée à 1 fois par semaine au minimum, ce qui correspond aux recommandations de pratiques professionnelles de l'EOH, mais certains endroits sont entretenus tous les jours. Les agents ont été formés par l'infirmier hygiéniste, les protocoles sont disponibles sur l'intranet. La traçabilité du nettoyage est assurée par la signature des agents et suivie par le responsable qui établit des statistiques semestrielles depuis quatre ans. Celles-ci démontrent, en 2013, une insuffisance de traçabilité (ou d'action ?) concernant l'entretien des salles de bains communes et des locaux « sales » intermédiaires dans les services. Lorsqu'un remplacement est prévu, la personne recrutée est formée pendant une journée et les protocoles lui sont remis.

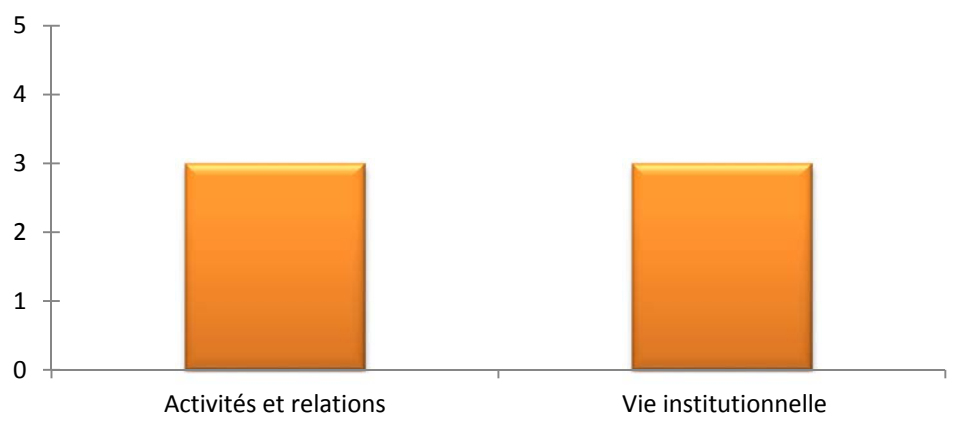
Points remarquables du plan
Le recueil des goûts alimentaires du résident est effectué, tracé et respecté (RBPP Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne chap.4 : aménager les espaces dédiés aux repas de manière conviviale) Les régimes et modifications de texture font l'objet de prescriptions Le résident choisi ses menus, une semaine à l'avance. L'équipe d'entretien est formée et supervisée par un infirmier hygiéniste

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).
Réfléchir à la possibilité de distribuer les repas de façon moins hospitalière en salle à manger (RBPP Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne chap.4 : aménager les espaces dédiés aux repas de manière conviviale) Réfléchir à la possibilité de changer l'assiette pour le fromage et le dessert

Plan 6 : Vie sociale

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ ?*
1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.	Oui
2. Enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence	Oui
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.	Oui
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.	Oui

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 6.1 : Activités et relations
Analyse
Au Croisic, l'animatrice participe au temps fort avec l' art thérapeute, qui intervient à 60%, sur la résidence Côte Sauvage. Les bénévoles de l'association « Les Petits Plus » interviennent également. Les projets personnalisés sont élaborés après un temps d'observation. Les demandes sont assez simples (aller voir la mer, aller au marché) et atteignables. Les échéances sont toujours assez courtes, dans le mois, pour être certain de les atteindre. A Côte Sauvage, le personnel explique qu'il faudrait d'avantage d'actions individuelles pour personnaliser l'accompagnement. Concernant le PASA, une famille explique que sa maman refusait tout avant d'y être admise. Les progrès ont été sensibles et le soutien de l'équipe « *quand je n'ai plus le moral* » est apprécié. Le personnel rencontré confirme l'effet positif du PASA sur le comportement des résidents, les progrès sont patents. La fermeture du PASA pendant les deux mois d'été 2013 a démontré combien les progrès devaient être soutenus : « *les résidents ont perdu des acquis pendant les deux mois de fermeture, ils ne les ont jamais récupéré* ».

Sous-plan 6.2 : Vie institutionnelle
Analyse
Le Conseil de la vie sociale est composé de résidents élus (4/2/2013) et de représentants des familles (5/9/2013). La présidente du CVS est une représentante des familles. Les entretiens n'ont pas permis à ses membres de valoriser le rôle précis du CVS (malgré les informations données après le dernier renouvellement). L'ordre du jour des réunions et les comptes rendus sont élaborés par la direction. La Commission de la Relation avec les usagers et de la Qualité rassemble des représentants des usagers « *plus participatifs et accrocheurs* » selon la direction. Toutefois, aucun de ses membres ne s'est porté volontaire pour représenter les usagers lors de l'évaluation interne.

Points remarquables du plan
Le maintien du lien social est la priorité des animatrices. Les partenariats avec des associations ou d'autres structures sont nombreux et diversifiés (RBBP Qualité de vie en EHPAD, volet 3 ; la vie sociale des résidents chap.4 la participation du résident à la vie de la cité) Les effets positifs de l'accompagnement en PASA sont validés par les familles et le personnel des unités d'hébergement.

Plan 7 : Hébergement temporaire - Accueil de jour

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ ?*
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.	Oui

Sous-plan 7.1 : Organisation
Analyse
Pas d'accueil de jour

Plan 8 : Sortie établissement

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ ?*
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui

Sous-plan 8.1 : Accompagnement administratif et modalités de départ
Analyse
L'ensemble des résidences dispose des diverses modalités d'accueil et d'accompagnement. Les départs sont le plus souvent des transferts vers une unité plus spécifique aux besoins repérés par les professionnels, le parcours de l'usager est organisé. Les modalités de départ à l'initiative du résident sont indiquées dans les différents contrats de séjour.

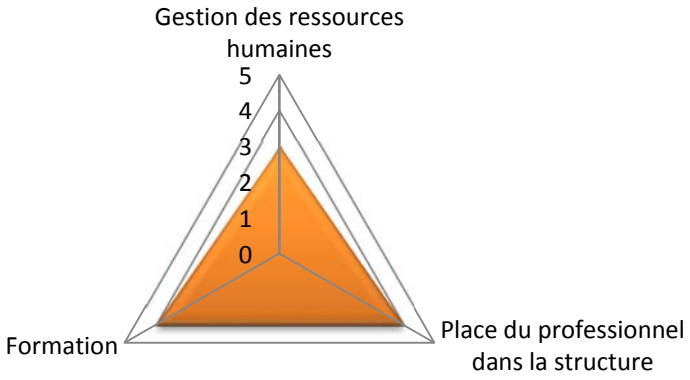
Points remarquables du plan
Une filière gériatrique est organisée entre les différents lieux d'accueil de l'H.I.P.I. et permet de répondre aux besoins spécifiques des résidents.

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).
Envisager d'obtenir la labellisation de la filière gériatrique.

Plan 9 : Management des Ressources Humaines

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ ?*
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.	Oui
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui
12. Formes de mobilisation des professionnels.	Oui
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.	Oui

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 9.1 : Gestion des ressources humaines

Analyse

Le personnel relève du statut de la fonction publique hospitalière. Les recrutements sont effectués par le service DRH qui s'assure de la validité des diplômes et des extraits de casier judiciaire n° 2 et 3, ou par mutation interne. Lors de la visite, les évaluateurs ont constaté l'affichage des offres d'emploi internes dans les services.
La prise de poste est « doublée » pour les agents de nuit, pas toujours pour les agents de jour. Une journée d'intégration est prévue pour les nouvelles recrues. Les thèmes de la sécurité et de la bientraitance sont abordés, les protocoles élaborés en interne sont présentés,.
Les modifications d'organisation présentées en CTE provoquent actuellement une crispation du climat social. Un mouvement de grève illimitée a été mis en place en début d'année. Des fiches sont présentes dans les postes de soins pour se déclarer gréviste afin que l'organisation soit aménagée.
Les entretiens annuels d'évaluation sont menés par les cadres de santé pour le personnel, par la directrice de soins pour les cadres. Dans le cas d'un désaccord un recours au directeur est organisé.

Sous-plan 9.2 : Place du professionnel dans la structure

Analyse

Les salariés sont attachés dans un groupe d'unité, ils connaissent ainsi d'avantage les résidents. Les soignants sont référents des résidents.
L'analyse de la pratique est à valoriser, le projet est de convertir les « groupes de parole » animés par la psychologue une fois par mois par groupe d'unités en analyse de pratique pluriprofessionnelle. Les personnels en difficulté pour un accompagnement peuvent s'adresser au médecin coordonnateur et à la

psychologue, en poste sur l'ensemble des résidences.
La cartographie des risques professionnels est suivie annuellement par le CHSCT dans le cadre du document unique. Le taux d'absentéisme se situe autour de 10%. Les remplacements sont assurés avec une déduction d'une journée sur le 1er arrêt. Cette modalité instaurée en 2013 et dite « journée dégradée » est mal perçue par les personnels rencontrés (cf.4.2). Il semble que l'accompagnement du changement par les cadres de santé doit être poursuivi . Il est prévu de former tous les cadres de santé aux risques psychosociaux en 2014.

Sous-plan 9.3 : Formation
Analyse
Le plan de formation est issu : -des priorités règlementaires, des priorités du projet d'établissement, des résultats des entretiens annuels d'évaluation individuelle. Depuis 2012, l'objectif est de former l'ensemble d'un service sur un thème afin d'obtenir d'avantage d'efficience. Des formateurs internes sont également formés pour la sécurité, la qualité, l'hygiène. Certains personnels sont formés au toucher-massage, à la sophrologie et la direction souhaite qu'ils deviennent également formateurs internes. En 2013 six agents de services qualifiés ont débuté une formation pour obtenir le diplôme d'aide-soignant ou d'AMP. Une animatrice est en cours de validation des acquis. La mise en valeur d'une pratique innovante est possible : l'art thérapeute prépare actuellement une exposition (posters) sur son action dans le cadre des soins palliatifs.

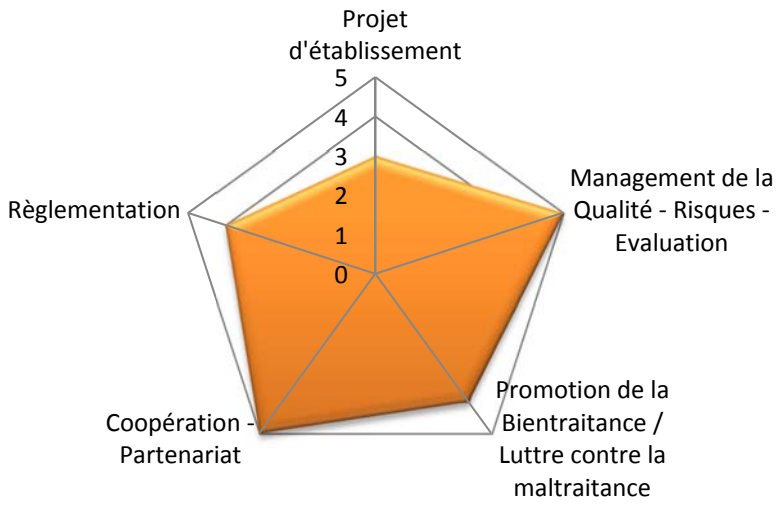
Points remarquables du plan
Une journée d'intégration permet aux nouvelles recrues d'être formées/informées sur les procédures de sécurité et la bientraitance. (RBPP Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des personnes accompagnées, Volet 2 : les leviers pour l'adaptation à l'emploi Chap. 1.3) Certains personnels deviennent formateurs internes La mise en valeur d'une pratique innovante est soutenue Formation des cadres aux risques psychosociaux en 2014

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).
Diffuser aux nouvelles recrues : le projet d'établissement, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement afin qu'ils prennent connaissance des droits et libertés des résidents pour les mettre en œuvre (déjà diffusés dans l'intranet). Valoriser les groupes d'analyse de la pratique pluriprofessionnelle dans toutes les unités (RBPP Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des personnes accompagnées, Volet 2 : les leviers pour l'adaptation à l'emploi Chap.2.2)

Plan 10 : Pilotage

Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)	*Inclus PAQ ?*
1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.	Oui
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.	Oui
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.	Oui
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.	Oui
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui
13. Capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.	Oui
14. Rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques.	Oui
15. Inscription de l'établissement ou du service dans un territoire.	Oui

Synthèse graphique du plan



Sous-plan 10.1 : Projet d'établissement

Analyse

Le projet EHPAD –USLD 2012/2016 ne fait pas référence aux RBPP. L'absence de déclinaison pour les unités spécialisées telles que, le PASA, l'hébergement temporaire et l'accueil de jour est regrettable mais s'explique par les années d'ouverture du PASA et de l'accueil de jour en 2012.

Sous-plan 10.2 : Management de la Qualité - Risques - Evaluation
Analyse
La politique qualité et le système qualité mis en place au sein de l'établissement est sous le pilotage du comité de pilotage qualité et risque et de la CME. Le projet qualité-risque est élaboré pour les années 2012/2016. Ce projet est soumis à l'avis du conseil de surveillance. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et le comité technique d'établissement sont consultés. Il est ensuite diffusé à l'ensemble des personnels. Certains risques spécifiques et prioritaires (risques professionnels, infectieux, liés au circuit du médicament, liés aux soins) sont traités par des comités et instances particuliers. Les autres risques sont pilotés par le COPIL qualité - Risque. En 2010, 10 personnes avaient suivi la formation « outils et méthodes de la qualité et des risques » proposée par le réseau qualité local « RACQESEL ». En 2010, 9 cadres de santé / membre du COPIL avaient suivi la formation « audit qualité interne ». Les méthodes d'évaluation sont adaptées en fonction de l'importance du processus et de la maturité de la démarche. Pour chacune des évaluations, une fiche évaluation est remplie. Le responsable qualité accompagne le PAQ ou l'EPP et propose un cadre méthodologique de gestion de projet, intégrant les principes de la roue de Deming et en s'assurant que la réglementation et les recommandations de bonnes pratiques sont prises en compte dans les réflexions engagées. Le cadre méthodologique proposé est formalisé. Le responsable qualité a accompagné de cette façon, l'évaluation interne et l'analyse des enquêtes de satisfaction. Les projets à mener pour la seconde moitié de l'année consistent à relancer la commission bientraitance et à soutenir le travail de réflexion concernant l'accueil. Les échéances, souvent trop courtes, des plans d'actions, sont fixées par le pilote de chaque groupe de travail et validées par le comité de pilotage. Les responsables du PASA sont en difficulté pour déterminer les indicateurs valorisant les effets positifs de l'accompagnement spécifique proposé.

Sous-plan 10.3 : Promotion de la Bientraitance / Lutte contre la maltraitance
Analyse
La commission bientraitance existe depuis 2007. Elle réunit la directrice des soins, la psychologue, plusieurs soignants, une psychologue, une IDE, 3 cadres de santé et 1 représentant des familles. La commission a élaboré un livret interne sur la bientraitance/prévention de la maltraitance ainsi que deux protocoles : toilette et repas bien traitants. Les membres de la commission ont ensuite diffusé ces guides auprès des équipes en utilisant les outils Mobiqual comme support. Un des membres de la commission participe également au réseau Quali santé 44 qui a récemment diffusé une enquête sur la bientraitance à laquelle l'HIPI a répondu. La commission reprend ses travaux en 2014 et relance la diffusion des outils auprès des équipes et des nouvelles recrues. Lors des entretiens, les évaluateurs ont pu entendre la notion de bientraitance dans les propos de l'ensemble des professionnels. Ils déclinent la bientraitance en droit au respect, écoute bienveillante, ne pas faire de projection, ne pas penser à la place. Tous connaissent les principes régissant la pose de contentions, même si dans la pratique le formalisme n'est pas suivi de façon assez rigoureuse. Très peu d'entre eux citent spontanément, en référence, les RBPP.

Sous-plan 10.4 : Coopération - Partenariat
Analyse
L'établissement hospitalier est engagé dans un large réseau et a contractualisé avec un nombre important de partenaires. Plan Bleu : 11 partenaires L'HIPI est représenté au conseil d'administration de l'Association des Etablissements de l'Estuaire depuis 1994, d'abord réservée aux établissements publics, l'association admet maintenant des établissements privés. L'HIPI est représenté au conseil d'administration des réseaux suivants : -RESPEL : soins palliatifs, équipe mobile de soins palliatifs, formation -GPI : alcoologie, addictologie, équipe liaison de soins en addictologie (ELSA). La direction soutient le projet d'ouvrir la consultation d'addictologie aux résidents des EHPAD. -RAQUESEL : pool d'auditeurs qualité, partage de pratiques -COLINES ; expertise d'un médecin hygiéniste, partage de pratique, audits communs, colloques, … Concernant spécifiquement le médico-social, l'HIPI est administrateur : - du CLIC éclair 'âge de la presqu'île guérandaise, -de l'ACCBPI (association de coordination Brière et presqu'île) qui réunit des directeurs et des animateurs d'EHPAD : partage de compétences, formation commune -SGGO : société gérontologique du grand ouest Les conventions de mise à disposition de personnels, de prêt de minibus sont établies. L'HIPI livre des repas à 2 logements foyers, des écoles , des services de repas à domicile et aux services sanitaires de l'HIPI, les espaces verts sont entretenus par un ESAT et certains travaux d'entretien sont effectués par les travailleurs d'une entreprise d'insertion. Le linge de l'HIPI est traité par l'hôpital de St Nazaire. Un projet est en cours de réflexion sur la ville de Guérande : il s'agit d'ouvrir un « bistrot mémoire ». L'HIPI pourrait solliciter le soutien financier de ses donateurs réguliers et mettre à disposition des temps de psychomotricienne, médecin, art thérapeute pour des réunions avec des patients et des aidants. De fait, les différentes conventions et liens tissés par l'HIPI en font un centre de ressources pour l'ensemble de son territoire d'influence.

Sous-plan 10.5 : Règlementation
Analyse
La veille juridique est formalisée dans le programme de gestion des risques. Elle est assurée par les directions concernées. La règlementation fait l'objet de groupes de travail lorsqu'il s'agit de mettre en place les outils opérationnels. L'intranet permet de diffuser la base documentaire qui est mise à jour par la responsable qualité et les secrétariats concernés. Les dernières mises à jour sont également affichées dans les services sur un tableau réservé à la gestion documentaire.

Points remarquables du plan
Un comité qualité-risques et une responsable qualité qualifiée viennent en soutien aux services La veille règlementaire est assurée L'HIPI est un centre de ressources pour l'ensemble de son territoire d'influence Une plateforme de services et une filière gériatrique complète sont mises en place

Propositions et/ou préconisations du plan (décret 2007-975, chapitre II, section 4).
Conserver la vision globale du PAQ afin de fixer des échéances tenables pour chaque projet Apporter un soutien méthodologique pour déterminer les indicateurs spécifiques au PASA Reprendre la sensibilisation à la bientraitance et utiliser les RBPP en référence. Décliner le projet EHPAD / USLD en projets de services adaptés à chaque prise en charge particulière.

5. CONCLUSIONS.

	Favorable - Atout	Défavorable - Handicap
Interne	**Forces.** - Compétences multiples - Référents internes - PAQ suivi	**Faiblesses.** -Absence de projet de service porteur de sens -Culture médico-sociale qui reste à déployer
Externe	**Opportunités.** - Plateforme de service, filière gériatrique Etablissement = centre de ressources pour son territoire	**Menaces.** - Locaux et organisation de type sanitaire//concurrence

6. ANNEXES.

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

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

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

Introduction

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

Deux groupes de travail ont produit l'auto-évaluation :
- Un groupe de travail multi-professionnel s'est réuni à quatre reprises.
- Le directoire composé de représentants de la direction et du corps médical a traité les critères relatifs au pilotage de l'établissement et des services. Il s'est réuni une fois.

Les usagers n'ont pas participé spécifiquement mais les analyses des enquêtes de satisfaction ont été utilisées.
Les EHPAD ont retenu le référentiel du réseau QUALISANTE 44, élaboré par un groupe de travail regroupant plusieurs représentants des EHPAD du département. Ce référentiel, organisé autour de 10 thématiques, prend en compte les recommandations de bonnes pratiques applicables aux services EHPAD, rédigées par l'ANESM.
De nombreuses pistes d'amélioration ont été formulées, et des échéances posées.
Un document unique de suivi du programme général d'amélioration continue est élaboré. L'outil est intéressant car il conserve l'origine de l'action envisagée et permet ainsi de rester cohérent avec les objectifs initiaux.
Si l'on considère le plan d'actions qualité concernant la clientèle, 50% des actions ont été menées à terme à l'échéance fin 2013.
Le PAQ direction présente 8 actions pour fin 2013 :3 actions sont menées à terme, 1 action est en cours.
Le PAQ soins présente 9 actions pour 2013/1er trimestre 2014 : 4 actions sont menées à terme, 2 sont en cours.
La démarche qualité globale est donc suivie.

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

Les RBPP ont servi de référence pour le questionnaire d'évaluation interne.
La responsable qualité s'assure que les RBPP servent de support de réflexion aux différents groupes de travail.
Le comité bientraitance s'est appuyé sur les outils Mobiqual pour élaborer ses différents outils. Globalement, les personnels connaissent l'existence des RBPP mais ne peuvent pas les citer en référence à leur réflexion.

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 ;

L'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île Guérande-Le Croisic a décliné un projet médical, un projet stratégique et un projet « EHPAD-USLD ».
Les valeurs et missions de l'HIPI sont formalisées sur un document particulier.
Le projet EHPAD / USLD a été formalisé en 2012 pour 5 ans, après consultation du CVS. L'absence de déclinaison pour les unités spécialisées telles que le PASA est regrettable mais s'explique par les années d'ouverture du PASA en 2012La cohérence entre les objectifs est réelle, il s'agit de prendre en compte les risques inhérents à la vulnérabilité des personnes accueillies et d'y apporter une réponse concertée et harmonisée entre tous les services.
Toutes les échéances du projet sont comprises entre décembre 2012 et 2013 ce qui n'est pas cohérent avec les dates du projet, validé pour 5 ans.

Les indicateurs de suivi ne semblent pas toujours adaptés aux actions et moyens envisagés.

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 ;

La dispersion des moyens humains sur trois sites, eux-mêmes éclatés en diverses unités de typologie particulière ne facilite pas le travail de réflexion et d'harmonisation.
Cependant le travail en groupe de réflexion pour l'élaboration des procédures et des protocoles est une nécessité pour leur appropriation par les personnels. C'est une condition d'efficience des services. Les efforts sont réels dans ce sens. Les groupes de travail et comités sont nombreux et pluridisciplinaire (CLAN, CLUD, médicaments, escarre, chute-contention, bientraitance, dossier patient, …). Il n'a pas semblé aux évaluateurs que les moyens humains disponibles étaient suffisants pour assurer un pilotage optimal. Les fréquences des réunions et les suivis sont à améliorer.
Ces groupes de travail sont institutionnels car les risques (de chute, de dénutrition, d'escarres, …) existent aussi bien dans le sanitaire que dans le médico-social, ne facilitant pas l' implantation d'une culture médico-sociale et non plus sanitaire.

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

Les compétences spécifiques sont présentes et le personnel qualifié (ergothérapeute, psychologue, art thérapeute, diététicienne, infirmier hygiéniste…) sur des temps de présence très limités par rapport à l'étendue et la dispersion des différents lieux d'accueil ainsi que de la spécificité de certains accompagnements.
Les personnels de soins sont diplômés mais l'établissement éprouve des difficultés de recrutement pour les postes d'aides-soignants qui sont en partie remplacés par des agents hospitaliers qualifiés.

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

Une journée d'intégration est organisée pour les nouvelles recrues. La sécurité et la bientraitance sont abordées, les procédures et protocoles sont remis.
Le travail en binôme est organisé pour les premières nuits mais n'est pas systématique pour le personnel de jour.
Les réunions de synthèse hebdomadaires permettent l'élaboration des projets personnalisés.
Toutes les unités bénéficient de groupe d'analyse de la pratique. Le plan de formation est important et suivi. L'établissement met en place des formations de référents internes qui deviennent formateurs internes (hygiène, sécurité).
L'intranet met à disposition des équipes l'ensemble de la base documentaire.

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 ;

Les cadres de santé vont tous être formés en 2014 aux risques psycho-sociaux. Cette formation cherche à répondre à la tension du climat social elle-même consécutive aux modalités de changement d'organisation des roulements de travail des soignants présentées par la direction pour une application en mai 2014 et à l'instauration d'une « *procédure dégradée* »(non remplacement d'une journée pour chaque premier arrêt de travail).
Il semble que l'accompagnement du changement par les cadres de santé doit être renforcé.

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 ;

Les données quantitatives sont rassemblées en tableaux de suivi et mises à jour par le service finances. Les données qualitatives présentent d'avantage de difficultés ; par exemple, les effets de l'accompagnement pour les usagers du PASA sont unanimement jugés très positifs mais il n'existe pas d'indicateurs spécifiques permettant de les valoriser. Un soutien méthodologique de la cellule qualité est nécessaire et pourrait être étendu aux autres accompagnements spécifiques.

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

Les objectifs développés dans les projets personnalisés sont inégaux et dépendent de la profession du coordonnateur de projet : médecin coordonnateur ou psychologue.
Il semble que les objectifs posés avec la psychologue soient plus adaptés à un accompagnement médico-social.
Les échéances posées sont assez courtes (dans le mois) et le renouvellement des PP posant un problème par rapport au manque de temps, le risque existe que le PP se résume à quelques actions durant le premier mois.

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 ;

Les conventions signées avec les partenaires sont nombreuses et diversifiées.
Les EHPAD peuvent bénéficier de l'ensemble des compétences présentes sur le territoire. L'HIPI est porteur de projet et répond aux différents appels d'offres.
Certaines conventions lui permettent de mettre à disposition des temps de spécialistes auprès de ses partenaires ou des prêts de véhicules aménagés.
L'HIPI collabore avec les structures d'insertion professionnelles (ESAT, EI) en tant que donneur d'ordre.

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

L'hôpital est un lieu ressource pour son territoire.
L'ensemble de l'offre présente sur l'HIPI constitue, de fait, une passerelle de service et une filière gériatrique complète qui pourraient être labellisées en tant que telles.

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 ;

L'ensemble des informations concernant un résident est présent dans le logiciel de soins. Les différents intervenants professionnels auprès du résident disposent de droits d'accès particuliers.
Les intervenants bénévoles sont coordonnés par les animatrices.

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 ;

Le maintien des liens sociaux est le principal objectif des animatrices qui ont tissé des liens avec de nombreuses associations qui interviennent régulièrement dans les résidences.
La proximité du centre-ville constitue un atout indéniable pour les résidents autonomes et les familles.
La Résidences Côte Sauvage bénéficie au rez de chaussée d'un PASA, bien aménagé et accueillant, donnant sur un jardin.
Ces éléments sont insuffisants pour donner un caractère accueillant aux résidences qui ont toutes besoin d'être restructurées en véritables lieux de vie.
La résidence Côte Sauvage présente des chambres doubles, une absence de douches et de surface disponible.
La signalétique extérieure est hospitalière.

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 ;

Un référent est nommé à l'arrivée de chaque résident. Il est chargé de compléter les fiches de recueil et en particulier les aspects concernant l'histoire de vie, les goûts et les attentes.
Le projet personnalisé est formalisé au cours de réunions de synthèse supervisées soit par le médecin coordonnateur, soit par la psychologue.Les apports de la psychologue sont très intéressants.
Les projets personnalisés sont formalisés mais ils n'en existent pas pour tous les résidents (de 75% à 98% selon les résidences).

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.

- ✓ l'apport de la psychologue est patent. On retrouve les éléments de l'histoire de vie, des objectifs et des moyens formalisés >signé par le résident

Au 1er avril 2014, le % de projet de vie formalisé était de 98% en RCS.

- ✓ Les échéances posées sont assez courtes (dans le mois) et le renouvellement des PP posant un problème par rapport au manque de temps, le risque existe que le PP se résume à quelques actions durant le premier mois.

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

La réactualisation annuelle des PP est prévue mais l'échéancier de suivi n'est pas individualisé donc il existe un risque d'oubli.
Selon les indicateurs au 1er avril, le % de projet de vie réactualisé dans l'année est de 38% en RCS.
L'encadrement explique que le turn over des résidents est tel qu'il faut élaborer des projets personnalisés de première intention en permanence.

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

Ces modalités sont indiquées dans le livret d'accueil : sur simple demande, avec ou sans l'intermédiaire d'un médecin choisi librement. Il appartient au résident d'indiquer s'il accepte ou non que la famille soit informée des décisions médicales le concernant.

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

Les résidents et leur famille sont sollicités pour répondre aux enquêtes de satisfaction qui sont analysées par le comité « qualité et risques » et le CVS.
Le livret d'accueil présente le CVS et les boîtes à lettres disposées dans les services pour l'interpeller.Le livret d'accueil présente également la CRUQ (commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge). Le nom de ses membres est affiché au bureau des entrées et une adresse mail dédiée est indiquée.

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 ;

Le Conseil de la vie sociale est composé de résidents élus (4/2/2013) et de représentants des familles (5/9/2013). La présidente du CVS est une représentante des familles. Les entretiens n'ont pas permis à ses membres de valoriser le rôle précis du CVS. L'ordre du jour des réunions et les comptes rendus sont élaborés par la direction. Le CVS s'est réuni deux fois en 2013.Il s'agit d'avantage de réunions d'information que de réunions d'expression.

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 ;

La résidence Côte Sauvage, bien que souffrant d'un déficit d'image et accueillant par transfert des résidents « Gir 1 et 2 », présente une atmosphère plus médico-sociale. Il y a proportionnellement d'avantage de personnes attablées, le personnel aide à la prise des repas en étant assis au milieu des résidents. Le soutien de la psychologue, la présence de l'animatrice et de l'art thérapeute, la possibilité de transfert à la journée au PASA, en rez de chaussée, offre d'avantage d'ouverture et de vie.

A la demande des résidents ou dans le cadre de la procédure dégradée (effectif réduit), les résidents peuvent rester en chambre toute la journée y compris pour le déjeuner.
Des améliorations hôtelières (présentation des repas, disposition de la salle à manger) seraient nécessaires pour améliorer l'atmosphère de vie de certaines unités.

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 ;

Les fiches d'évènements indésirables signées par le cadre de santé, sont analysées en réunion de direction et au préalable transmises aux personnes concernées. S'il s'agit d'un évènement sentinelle : accident d'exposition au sang, circuit du médicament, départ de feu ou épidémie, une analyse des causes est réalisée.
Pour le circuit du médicament, l'action corrective peut être généralisée sur décision de la CME ou du PAQ circuit du médicament.
Pour les autres actions correctives la décision de généraliser à tous les services relève d'une décision de la direction.
Un protocole de signalement de la maltraitance est formalisé ainsi que les fiches de déclaration. Lors de la journée d'intégration, l'obligation de déclaration est rappelée.

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

Les procédures et protocoles sont formalisés pour les principaux risques relatifs à la vulnérabilité des résidents. Ils sont révisés tous les cinq ans, un tableau de suivi des échéances est formalisé.
La douleur est évaluée et soulagée. L'établissement a signé un engagement à ce sujet.
Escarre : pas d'évaluation du risque à l'entrée, évaluation Braden si besoin. Adaptation du matelas, changements de position réguliers et mise au fauteuil.
Chutes: pas d'évaluation systématique du risque à l'entrée. celui-ci est fait par le kiné, à la demande, si un risque est identifié et tracé dans le dossier patient.
Une réflexion sur l'utilisation de bracelet d'appel pourrait être menée.
Contentions : tous les professionnels savent qu'elles ne doivent être posées que sur prescription. Dans la pratique les prescriptions sont aléatoires (70% selon un audit récent). Il n'y a pas de traçabilité systématique de l'évaluation bénéfice-risque de la pose de barrières, des contentions au fauteuil ou des sécuri-drap.
Déambulation : des bracelets anti errance peuvent être posés sur prescription médicale.
La réflexion sur la distribution des médicaments et sa traçabilité doit être poursuivie dans un souci d'harmonisation des pratiques dans les services.
Les réunions de synthèse hebdomadaires permettent l'élaboration des projets personnalisés.
Toutes les unités bénéficient de groupe d'analyse de la pratique. Le plan de formation est important et suivi. L'établissement met en place des formations de référents internes qui deviennent formateurs internes (hygiène, sécurité).
L'intranet met à disposition des équipes l'ensemble de la base documentaire.

6.2. Abrégé du rapport

La démarche d'évaluation interne

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne Modalités de participation des usagers Modalités d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité Modalités de suivi des résultats	Deux groupes de travail ont produit l'auto-évaluation : - Un groupe de travail multi-professionnel s'est réuni à quatre reprises. - Le directoire s'est réuni une fois. Un document unique de suivi du programme général d'amélioration continue est élaboré La responsable qualité est chargée du suivi des échéances 50% des actions prévues sont menées à bien fin 2013.	Les usagers n'ont pas participé spécifiquement mais les analyses des enquêtes de satisfaction ont été utilisées	La participation des usagers doit être recherchée.

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
Modalités d'appropriation des recommandations Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités	Les RBPP sont référencées dans le référentiel d'évaluation interne. La responsable qualité s'assure que les RBPP servent de support de réflexion aux différents groupes de travail.	Les équipes ne se sont pas réellement approprié les RBPP Le PE ne fait pas référence au RBPP	Organiser l'appropriation de la culture médico-sociale et des RBPP à tous les niveaux de l'établissement.

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

Items (5 maximum)	**Forces**	**Faiblesses**	**Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe**
Modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement		Le PE ne fait pas référence au RBPP	Décliner le Projet d'établissement en projets de service pour les unités spécialisées telles quele PASA. S'appuyer sur les RBPP pour donner du sens à l'action.
Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée	Passerelle de service et filière gériatrique complète		Rechercher la labellisation

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

Items (5 maximum)	**Forces**	**Faiblesses**	**Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe**
Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'usager,	Les conventions signées avec les partenaires sont nombreuses et diversifiées. Les EHPAD peuvent bénéficier de l'ensemble des compétences présentes sur le territoire.		
Contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement	L'HIPI est porteur de projet et répond aux différents appels d'offres. L'hôpital est un lieu ressource pour son territoire.		

Personnalisation de l'accompagnement

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes	Un référent est nommé pour établir le recueil de l'histoire de vie, des goûts et des attentes du résident. La famille est sollicitée.	Tous les résidents n'ont pas de projet personnalisé formalisé	Réfléchir sur l'harmonisation des pratiques concernant les PP. Reprendre la RBPP ; les attentes de la personne et le projet personnalisé pour donner du sens à l'action.
Conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé	Une réunion de synthèse hebdomadaire permet d'élaborer le projet personnalisé qui est ensuite présenté au résident qui le signe.	Le contenu est différent suivant la qualification du coordonnateur de projet. Certains PP ne sont pas signés du résident. Les échéances fixées sont très courtes, le risque existe que le PP se résume à quelques actions durant le premier mois.	Le PP doit être élaboré avec le résident.
Modalités d'évaluation et de renouvellement du projet personnalisé	Une évaluation annuelle est prévue.	Un retard conséquent dans les évaluations et renouvellements. Pas de tableau de suivi (mais un suivi d'indicateur).	Formaliser un tableau de suivi pour respecter les échéances

L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Effectivité de la participation collective des usagers,	Il existe un CVS	Le CVS est plus une réunion d'information qu'une réunion d'expression des usagers. Modalités d'installation et de fonctionnement non conformes	Mettre en place un CVS selon les modalités prévues par la règlementation (CASF L 311-6). En particulier la modalité suivante « Le relevé des conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance désigné par et parmi les usagers, à défaut par et parmi les représentants des familles et

			représentants légaux. Il est signé par le président. »
Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement	Des enquêtes de satisfaction sont menées auprès des résidents et analysées par la commission qualité. Les résultats sont diffusés au CVS et à la CRUQ	Le rythme triennal ne contribue pas suffisamment à une prise en compte de l'expression des usagers	Préférer un rythme annuel
Effectivité des droits individuels et collectifs	Une commission de la relation avec les usagers peut recueillir plaintes et réclamation	Le Livret d'accueil n'est pas commenté. Le règlement de fonctionnement n'est pas remis mais mis à disposition au BDE.	Ecrire la procédure d'admission et organiser sa traçabilité.

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

Items (5 maximum)	**Forces**	**Faiblesses**	**Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe**
Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité	Vouvoiement et utilisation du nom de famille par le personnel	Portes ouvertes pendant le petit déjeuner observées Le lever quotidien de tous les résidents en capacité de l'être n'est pas assuré dans certains cas.	S'assurer qu'il s'agit d'une demande expresse du résident. Traçabilité de la démarche et de la réponse. Revoir l'organisation des journées en « procédure dégradée ».
Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS,	Protocoles revus tous les 5 ans. Tableau de suivi. Douleur évaluée et soulagée.	Pas d'évaluation du risque de chute à l'entrée	Evaluer le risque de chute à chaque entrée.
Dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques,	Accompagnements spécifiques : PASA		

Appréciation globale de l'évaluateur externe

Les évaluateurs ont visité trois sites très différents tant par leur architecture que par leur organisation (induite notamment par les différences d'architecture et d'autonomie physique et psychique des résidents accueillis). La difficulté d'harmoniser les pratiques est accrue par la distance entre les sites et l'histoire des établissements. Pourtant l'enjeu est bien celui-ci : implanter une culture médico-sociale et non plus sanitaire. L'évolution architecturale sera indispensable pour créer de véritables lieux de vie, organisés pour et avec les résidents. Les compétences de l'HIPI en matière de management de projets et d'ouverture sur le territoire permettent la présence de l'ensemble de la filière gériatrique, la plateforme de services existe.

Méthodologie de l'évaluation externe

Items **(5 maximum)**	
Outils utilisés	Etude documentaire, entretiens individuels et collectifs, observation, modèle de Marchesnay et SWOT
Nombre d'entretiens conduits	11 entretiens individuels, 14 entretiens collectifs
Durée de l'évaluation externe sur le terrain	3 jours à 2 évaluateurs

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
Le rythme soutenu des visites et entretiens a été assuré par les évaluateurs externes avec professionnalisme. Lors des restitutions journalières et des différents entretiens, la posture des évaluateurs externes : - n'a pas permis aux professionnels d'avoir un retour suffisant de leurs points forts. - a mis en exergue plusieurs points faibles qui portaient sur des détails ou exceptions qui, d'après nous, ont « submergé » les constats plus importants.	Le rapport d'évaluation externe a été rédigé de façon très détaillée au risque de submerger les constats plus importants (niveau de détails et d'analyse hétérogène sur l'ensemble du rapport). De plus, la formulation reste souvent négative ce qui n'encourage pas le processus vertueux d'amélioration continue de la qualité. La structure du rapport, permettant d'identifier des propositions et préconisations (vert, orange et rouge), ainsi que des points remarquables est très appréciable et permettra à l'HIPI de cibler ses axes d'amélioration et sa communication auprès des professionnels et des tutelles (31 propositions (dont 10 préconisations « rouge ») et 28 points remarquables)

6.3. Composition de l'équipe d'évaluation

Identité	• Muriel COURTAY
Place dans l'équipe d'évaluation	• Évaluateur • Spécialiste « Personne âgée »
Formation	• 2013 : Evaluateur externe expert des organisations médico-sociales certifié AFNOR • 2009 : Master de management et conduite de projets - CNAM de Nantes et Paris. Diplôme de niveau I. o Montage d'un dossier de création d'entreprise dans le « tourisme durable » o Diagnostic et préconisations pour un EHPAD associatif o Mission en restauration collective pour obtenir l'agrément sanitaire européen o Note d'approfondissement « de l'expert au consultant ; le chemin à parcourir » • 1997 : Certificat de responsable d'établissements sociaux - CFP de Meslay - Diplôme de niveau II. • 1981 : Diplôme d'état d'infirmière - CHU La Salpetrière - Paris • 1977 : Baccalauréat de technicien en biochimie - Paris.
Expérience	• Directrice multi sites de 2009 à février 2013 Fondation des Caisses d'Epargne pour la solidarité Résidence Clodomir Arnaud 79270 La Rochenard (75 résidents) et Résidence Les Trois Roix 79270 Frontenay Rohan Rohan (63 résidents) • Directrice d'EHPAD de 1997 à 2009 Le Clair Logis - 49710 Le Longeron. • 1995/1996 : Infirmière coordinatrice en maison de retraite - 85300 Les Herbiers • 1991/1995 : Infirmière libérale - 85110 Chantonnay • 1989/1991 : Conjointe collaboratrice - 79300 Cerizay • 1981/1989 : Infirmière hospitalière - CHU de Caen et Beauvais

Identité	• Corinne BERCHET
Place dans l'équipe d'évaluation	• Évaluateur • Spécialiste « Personne âgée »
Formation	• Maîtrise des Sciences et Techniques – UFR (Bobigny) en 2000 *Option Cadres Experts en Soins Infirmiers : Gestion et management de la santé,* • Certificat Cadre Infirmier – CHU (Reims) en 1989 • Diplôme d'État Infirmier – CH (Thionville) en 1976
Expérience	• 2005 – 2013 : Cadre Supérieur de Santé – Responsable Qualité et Gestion des Risques des EHPAD du CH de Chaumont • 2003 – 2005 : Cadre Supérieur de Santé – Maison de retraite ; Unité de Soins de Longue Durée CH Chaumont • 2001 – 2003 : Cadre supérieur de Santé Chef de projet Accréditation v1 CH de Chaumont et USLD • 1996 – 2003 : Cadre de santé Attaché à la Direction des soins • 1994 – 1996 : Cadre de Santé Médecine interne gériatrique • 1991 – 1994 : Enseignante IFSI /IFAS • 1977 – 1991 : Cadre infirmier – Maison de retraite ; Unité de Soins de Longue Durée • 1977 – 1989 : Infirmière Diplômée d'État – CHRU et CH (Thionville, Nancy, Chaumont) *Réanimation polyvalente, Chirurgie Infantile, Libérale, Cardiologie, Stérilisation Centrale*

6.4. Engagement de déontologie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

À Blies Ebersing, le 9 mai 2014

Courtay Muriel **Corine Berchet**

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

6.5. Déclaration sur l'honneur des évaluateurs

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

À Blies Ebersing, le 9 mai 2014

Courtay Muriel **Corine Berchet**

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

6.6. Calendrier de réalisation

Légende :
Blanc : concerne l'ensemble des résidences de l'HIPI
Vert : RFS / Bleu : RLL / Jaune : RCS / Violet : RCS et RLL : site du Croisic

L'évaluation sur site a été réalisée conjointement sur les trois résidences de l'hôpital Intercommunal de la Presqu'île. Les données citées ci-dessous concernent la totalité de la visite.

4.1 . Planning du mardi 15 avril 2014 : Intervention sur la Résidence Les Lauriers et sur la Résidence de la Côte Sauvage - site du Croisic

Horaires	**Évaluation portant sur**	**Emplacement Site**	**Interlocuteurs**	Mme Courtay Evaluatrice externe	Me Brechet Evaluatrice externe
8h30 – 10h00	La personnalisation de l'accompagnement : L'accueil et l'admission Le droit à l'information Le contrat de séjour	Salle CME	Bureau des admissions : *1agent du Croisic + 1 agent de Guérande (en poste) + responsable BDE* Assistant social RFS *1 Cadre de santé RFS* *1 cadre de santé du Croisic*	X	
8h30 – 10h00	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques : Le DIPC : contrat de séjour et personnalisation de l'accompagnement Le respect de la dignité et le droit à l'intimité Sécurité des personnes et des biens Risques spécifiques à l'établissement	Salle Jean-Pierre Dhonneur	*1 Cadre de santé RFS* *1 cadre de santé du Croisic* *2 IDE : 1 LC / 1 G* *2 AS, AMP : 1 LC / 1 G* *(soignants du groupe d'auto-évaluation)*		X
10h - 10h30	Trajet Guérande > Le Croisic			X	X
10h30-11h00	Réunion d'ouverture	Hall de la Côte Sauvage	*Directeur, tous membres du personnel disponibles*	X	X
11h00 – 11h30	Visite de la résidence RCS		*Cadre de santé RCS* Directrice des soins	X	X
11h30-12h00	La personnalisation de l'accompagnement Conditions d'accueil et d'hébergement PASA		Observation des pratiques collectives Psychologue, Psychomotricienne		

12h – 13h	Organisation du repas Lien social Distribution des traitements		Observation des pratiques collectives *Diététicienne* *Responsable restauration*	X	X
13h – 14h			Pause		
14h- 15h	Respect de la citoyenneté, des droits, libertés et expressions L'expression et la participation individuelle et collective des usagers et des familles	Salle de réunion au Croisic	*Représentants des usagers et des familles non élus au CVS* *RLL et RCS*	X	X
15h – 16h	L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio-culturel et économique : - Stratégie d'ouverture - Travail en réseau - Partenariat - Autres leviers d'ouverture	Bureau du directeur au Croisic	*Directeur* Directrice de soins	X	
15h-16h	- La gestion du dossier médical - Le partenariat avec le secteur sanitaire et coordination des soins - La gestion des médicaments	Salle de réunion au Croisic	***Médecin coordinateur*** *2 IDE (en poste)* *Pharmacienne* *Directrice des soins* *Cadres de santé RCS et RLL*		X
16h - 17h	Gestion des risques	Salle de réunion au Croisic	*Responsable qualité*	X	X
17h – 17h30	Préparation de la restitution intermédiaire	Salle de réunion au Croisic		X	X
17h30 – 18h	Restitution intermédiaire	Salle de réunion au Croisic	*Directeurs + responsable qualité*	X	X
18h00-19h	Observation du diner en RLL		Equipe en place	X	X

4.3 .Planning du mercredi 16 avril 2014 : Intervention sur la Résidence Les Lauriers ; sur la Résidence de la Côte Sauvage - site du Croisic et sur la Résidence Fleur de Sel - Site de Guérande

Horaires	**Évaluation portant sur**	**Emplacement**	**Interlocuteurs**	Mme Courtay Evaluatrice externe	Me Brechet Evaluatrice externe
8h30-9h00	Visite de la résidence RLL		*Cadre de santé RLL* Directrice des soins	X	X
9h00-10h00	La personnalisation de l'accompagnement Conditions d'accueil et d'hébergement	Unités d'hébergement	Observation des pratiques collectives		X
9h00-10h00	La personnalisation de l'accompagnement - Le dossier du résident - Le projet personnalisé - Les activités collectives et la	Salle de réunion au Croisic	*2 Cadre de santé (RLL et RCS)* *2 IDE, 2AS (1 RLL et 1 RCS - en poste)*	X	-

	personnalisation		*2 animateurs*		
10h00-11h00	Reprise de l'ensemble des thèmes	Salle de réunion au Croisic	Entretien collectif avec un groupe de professionnels non cadres, tous postes : *2 AS, 2 IDE (1 RLL et 1 RCS- en poste et différents de la réunion précédente si possible)* *2 hôtelières (en poste)* *1 agent du BDE (en poste)*	X	X
11h - 11h30	Trajet Le Croisic > Guérande			X	X
11h30-13h00	La personnalisation de l'accompagnement Conditions d'accueil et d'hébergement Observation du repas RFS	RFS U 9 (unité avec hébergement temporaire) Et accueil de jour	Observation des pratiques collectives	Unité d'hébergement	Accueil de jour
13h00 – 14h00	Pause				
14h00-15h00	Reprise de l'ensemble des thèmes	Salle CME	Entretien collectif avec un groupe de professionnels non cadres, tous postes *2 AS, 2 IDE - en poste* *2 hôtelières (en poste)* *1 agent du BDE (en poste)*	**X**	**X**
15h00– 16h00	Respect de la citoyenneté, des droits, libertés et expression	Salle CME	*Résidents non élus au CVS RFS*	X	X
16h00 – 17h00	Préparation de la réunion de restitution	Salle CME		X	X
17h- 17h45	Restitution finale	Salle CME	*Directeurs* *Responsable qualité* *Cadres de santé et médecins RFS*	X	X
17h45	**Réunion de clôture**	**Salle Gwenran**	**Ouvert à tous**	**X**	**X**

6.7. Contrat d'évaluation externe et questionnaire évaluatif

(Annexes non paginées)

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

Référentiel évaluatif					
Plan		**Sous-plan**		**Thèmatique évaluée**	**Aspect spécifique à l'établissement**
1.	Accueil et pré-admission	1.1.	Informations relatives à l'établissement	L'établissement communique des informations sur son offre.	Comment l'usager distingue t-il les différentes offres ?
		1.2.	Modalités d'accueil	L'établissement est clairement identifié L' accueil est identifié et accessible L'accueil est adapté	Existe-t-il une proocédure d'accueil ?
		1.3.	Pré-admission	Un entretien structuré et personnalisé est organisé avec l'usager et ses proches, en vue de son admission. Une visite d'établissement est réalisée pour une optimisation de l'intégration de l'usager Une inscription sur la liste d'attente est enregistrée et actualisée	L'entretien avec le futur résident peut-il avoir lieu hors les murs?
2.	Admission	2.1.	Modalités d'admission	L'admission est validée et formalisée Le consentement de l'usager et/ou des proches est respecté	L'usager peut-il négocier son unité d'accueil?Comment l'établissement s'assure t-il du consentement éclairé du résident?
		2.2.	Intégration	L'accueil de l'usager est organisé Un projet personnalisé cohérent est mis en place et réévalué	Quels sont les supports utilisés pour l'élaboration du projet personnalisé? Un référent est-il nommé?
3.	Environnement et cadre de vie	3.1.	Espaces et cadre de vie	Le cadre de vie et les espaces sont adaptés à la personne accueillie Un dispositif de sécurisation des locaux est mis en place	Sont ils adaptés aux déficits sensoriels?
		3.2.	Espaces privatifs	Chaque usager dispose d'un espace privatif adapté, confortable et fonctionnel	Existe-t-il des chambres doubles?
		3.3.	Espaces collectifs	Les espaces collectifs sont diversifiés et attrayants	Sont ils adaptés aux déficits sensoriels?
		3.4.	Espaces extérieurs	L'établissement dispose d'espaces extérieurs aménagés	Le livret d'accueil n'en fait pas mention
4.	Prendre soin	4.1.	Soins corporels	Les soins du corps sont assurés dans de bonnes conditions, par l'usager seul ou avec l'aide nécessaire.	Y a-t-il un consensus sur la conduite à tenir en cas de refus du résident? Si oui, comment y est-on parvenu? Quel document support?
		4.2.	Soins médicaux et paramédicaux	L'usager bénéficie de soins médicaux et paramédicaux adaptés à son état de santé	Y a-t-il un consensus sur la conduite à tenir en cas de refus du résident? Si oui, comment y est-on parvenu? Quel document support?
		4.3.	Sécurisation	Le dispositif de sécurisation des soins répond à la règlementation Le circuit du médicament est suivi et sécurisé Un dispositif de sécurisation des personnes est mis en place Les déplacements sont sécurisés et favorisés	Les médicaments sont ils distribués uniquement par des infirmières?Si non, quelle est la procédure?
		4.4.	Accompagnement de fin de vie	L' accompagnement de fin de vie est assuré	La famille peut-elle dormir sur place?
5.	Logistique	5.1.	Alimentation	La nourriture proposée est saine et variée Les repas sont adaptés à l'usager	Y a-t-il un consensus sur la conduite à tenir en cas de refus du résident? Si oui, comment y
		5.2.	Organisation des repas	Le cadre des repas est agréable, convivial, soigné… Les horaires des repas sont adaptés	La durée du jeune nocturne est -elle adaptée à la physiologie des résidents?
		5.3.	Lingerie	La gestion du linge est organisée	Le personnel est-il formé à RABC?
		5.4.	Entretien	L'entretien et le nettoyage des locaux sont assurés	Y a-t-il une procédure et une tracabilité du nettoyage?

6.	Vie sociale	6.1.	Activités et relations	Les activités sont encouragées et sont en adéquation avec les attentes et l'état de santé de l'usager. La participation à la vie de la cité et en société est encouragée	Qui juge de l'adéquation des activités avec les attentes et l'état de santé de l'usager?Avec
		6.2.	Vie institutionnelle	Le Conseil de Vie Social (CVS) est constitué et communique sur les sujets traités La participation à la vie institutionnelle est favorisée	De quelle manière et vers qui est organisée la communication des CR du CVS?
7.	Hébergement temporaire - Accueil de jour	7.1.	Organisation	Pour les établissements ayant mis en place un accueil de jour : L'accueil de jour est organisé dans le respect des conditions mentionnées dans le décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 Pour les établissements ayant mis en place un hébergement temporaire : L'accueil temporaire est organisé dans le respect des conditions mentionnées à l'article D. 312-8 du CASF	Existe-t-il un rapport d'activités, un budget spécifique ou une comptabilité analytique pour ces services?
8.	Sortie établissement	8.1.	Accompagnement administratif et modalités de départ	L'établissement est organisé lors du départ de l'usager Le départ de l'usager à la demande de l'établissement est formalisé	Les délais de prévenance et de préavis prévus au RF sont-ils respectés?
9.	Management des Ressources Humaines	9.1.	Gestion des ressources humaines	L'établissement identifie les emplois et compétences nécessaires à son fonctionnement	Les personnels disposent-ils tous des diplômes en lien avec leur fonction?
		9.2.	Place du professionnel dans la structure	Les professionnels ont connaissance de leurs droits, des principes et règles de fonctionnement de l'établissement Le rôle de chacun des professionnels de l'établissement est clairement défini L'établissement est attentif aux conditions de travail des professionnels	Existe-t-il un livret d'accueil des salariés? Quels sont les documents remis au recrutement? Le DUERP a-t-il donné lieu à un plan d'action effectif?Existe t-il des groupes d'analyse de la pratique?
		9.3.	Formation	Des formations collectives ou individuelles sont proposées aux professionnels	Les formations proposées sont elles issues des entretiens professionnels annuels?
10.	Pilotage	10.1.	Projet d'établissement	Le projet d'établissement est établi (conformément aux recommandations de l'Anesm) et à disposition de tous	Pourquoi le projet d'établissement 2012 inscrit-il ses actions de décembre 2012 à année 2013?Quelle est la durée prévue pour le projet?Existe t--il un tableau de suivi du projet?Les différents projets (médical, statégique, qualité) sont ils considérés comme indépendants ? si non, qui est chargé de la synthèse, de la convergence?Le projet d'établissement est-il diffusé?
		10.2.	Management de la Qualité - Risques - Evaluation	Un système de management de la qualité - risques - évaluation est mis en place	Comment la cellule qualité s'assure t-elle que les plans d'action d'amélioration de la qualité sont bien déployés et effectifs jusqu'à l'usager?
		10.3.	Promotion de la Bientraitance / Luttre contre la maltraitance	L'établissement met en place une politique de promotion de la Bientraitance	Quels sont les indicateurs d'évaluation de cette politique?
		10.4.	Coopération - Partenariat	L'établissement exploite les ressources de son environnement	L'établissement coordonne t-il des projets transversaux sur son territoire d'intervention?
		10.5.	Règlementation	L'évolution de la règlementation fait l'objet d'un suivi organisé	Qui est chargé de la veille juridique? Comment les évolutions réglementaires sont elles portées à la connaissance des acteurs?Comment s'assure t-on de leur appropriation?

ENGAGEMENT DU CANDIDAT

Présentation du candidat

Nom, prénom : HOLZHAUER Marc, Gérard

☐ Agissant pour son propre compte

☒ Agissant pour le compte de A.D.Q. CONSEILS

Adresse du siège social 6 rue des Lilas 67200 BLIES EBERSING Tél. 06 77 52 31 93 Email : mh@adq-conseils.fr

Compte à créditer 30004 00152 00001007224396

Déclaration du candidat

Le candidat atteste sur l'honneur :

a)- qu'il n'a pas fait l'objet au cours des 5 dernières années d'une condamnation définitive pour l'une des infractions prévues aux articles 222-38, 222-40, 313-1 à 313-3, 314-1 à 314-3, 324-1 à 324-6, 421-2-1, 421-5 alinéa 2, 433-1, 434-9 alinéa 2, 435-2, 441-1 à 441-7, 441-8 alinéas 1 et 2, 441-9 et 450-1 du Code Pénal, ou ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pour une infraction de même nature dans un autre Etat de l'Union Européenne ;

b)- ne pas avoir fait l'objet, depuis moins de cinq ans d'une condamnation définitive pour l'infraction prévue par l'article 1741 du Code général des impôts ou une infraction de même nature dans un autre Etat de l'Union Européenne,

c)- qu'il n'a pas fait l'objet, au cours des cinq dernières années, d'une condamnation inscrite au bulletin n° 2 du casier judiciaire pour les infractions visées aux articles L 8221-1, L 8231-1, L8241-1 et L 8251-1 du Code du Travail ou des infractions de même nature dans un autre Etat de l'Union Européenne ;

d) - qu'il n'est pas en état de liquidation judiciaire au sens de l'article L 620-1 du Code de Commerce ou ne pas faire l'objet d'une procédure équivalente régie par un droit étranger ;

e)- qu'il n'est pas déclaré en état de faillite personnelle, au sens de l'article L 625-2 du même Code du Commerce ou faire l'objet d'une procédure équivalente régie par un droit étranger ;

f) - et qu'il n'est pas admis au redressement judiciaire, au sens de l'article L 620-1 du Code de Commerce, ou à une procédure équivalente régie par un droit étranger, sans justifier d'une habilitation à poursuivre son activité pendant la durée prévisible d'exécution du marché.

g) - avoir, au 31 décembre de l'année précédant celle au cours de laquelle a lieu le lancement de la consultation, souscrit les déclarations lui incombant en matière fiscale et sociale et acquitté les impôts et cotisations exigibles à cette date, ou s'être acquitté spontanément de ces impôts et cotisations avant la date du lancement de la

présente consultation ou avoir constitué spontanément avant cette date des garanties jugées suffisantes par le comptable ou l'organisme chargé du recouvrement ;

h) - qu'il est en règle, au cours de l'année précédant celle au cours de laquelle a lieu le lancement de la consultation, au regard des articles L 5212-2, L 5212-5 et L 5212-9 du Code du Travail concernant l'emploi des travailleurs handicapés.

i) - dans le cas où j'emploie des salariés, de la réalisation du travail par des salariés régulièrement employés au regard des articles L 1221-10 à L1221-12, L3243-1 et R3243-1 du code du travail. (Article D8222-5-3).

Les attestations ou certificats des organismes sociaux et fiscaux, un extrait de l'inscription au registre du commerce et des sociétés (K ou K Bis) ou autres documents permettant d'identifiés l'entreprise devront être remis au plus tard dans un délai de dix jours après demande de l'hôpital intercommunal de la Presqu'île. Si le candidat ne peut produire ces documents dans le délai imparti, l'offre est rejetée et la candidature éliminée.

A Blois Ebouc Le 23 sept 2013

Nom et signature Marc HOLZHAUER

Cachet de la société Gérant

ACCEPTATION DE L'OFFRE

Engagement du candidat	Acceptation de l'offre
Mon offre m'engage pour la durée de la validité fixée à 120 jours. A Blies Ebersing le 23 sept 2013 Le Candidat : A.D.Q. CONSEILS 6 rue des Lilas 57200 BLIES EBERSING Tél. 06 77 52 31 95 Email : mh@adq-conseils.fr	La présente offre est acceptée pour : ☐ Sa totalité Les lots suivants : ☒ LOT 1 : Au Croisic, le Le représentant du Centre Médico-Social du Croisic – Fondation Saint-Jean de Dieu La Directrice Geneviève LEVRON-DELOSTAL ☐ LOT 2 : A Paris, le Le représentant du Centre Médico-Social Lecourbe – Fondation Saint-Jean de Dieu La Directeur Michel CAPPE ☐ LOT 3 : A Marseille, le Le représentant de l'EHPAD Saint-Barthélemy – Fondation Saint-Jean de Dieu La Directeur Olivier QUENETTE

	☐ LOT 4 : A Marseille, le Le centre d'hébergement et de réinsertion sociale Forbin – Fondation Saint-Jean de Dieu La Directeur Georges KEMMERLOCHER ☒ LOT 5 : A Guérande, le 07 novembre 2013 Le représentant de l'hôpital Intercommunal de la presqu'île Le Directeur Daniel DUMORTIER

Avertissement :

Le présent document a pour objet de servir de support unique pour la passation du marché dont l'objet est indiqué au Chapitre I.

Il contient à la fois :

- *les mentions qui relèvent du règlement de la consultation*
- *le Cahier des Clauses Particulières*
- *les mentions de l'Acte d'Engagement*

OFFRE FINANCIERE ET PRESTATIONS ASSOCIEES

LOT 1 : Centre Médico-social du Croisic – Fondation Saint-Jean de Dieu

Etape	Durée	Coût HT	TVA	Coût TTC
Elaboration de la méthodologie et du calendrier	1 jour x 1 personne	650 €	127,40 €	777,40 €
Visite sur site	3 jour x 2 évaluateurs	5400 €	1058,40 €	6442,20 €
Elaboration ~~du~~ des rapports d'évaluation externe	~~1 jour x 1 personne~~ 2 jours x 1 personne	~~650 €~~ 1.300 €	~~127,40 €~~ 254,80 €	~~777,40 €~~ 1554,80 €
Cout total de la prestation				~~6700 € HT~~ 7350 € HT ~~8013,20 € TTC (TVA 19,6%)~~ 8790,60 €TTC (TVA 19,6%)

A Blies Ebersing Le 23 septembre 2013

Les dates des 24-25-26 mars 2014 sont disponibles pour l'évaluation sur site des établissements. La méthodologie prévoit la restitution finale en fin de la dernière journée d'évaluation sur site, le pré rapport est livré 30 jours après l'évaluation sur site.

Votre attention est attirée sur le fait que la liberté de choix des évaluateurs peut être limitée par le fait de respecter les dates imposées.

Nom et signature : Marc HOLZHAMMER, Gérant

Cachet de la société

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

LOT 5: Hôpital Intercommunal de la Presqu'île

Etape	Durée	Coût HT	TVA	Coût TTC
Elaboration de la méthodologie et du calendrier	1 jour x 1 personne	650 €	127,40 €	777,40 €
Visite sur site	4 jours x 2 évaluateurs	7200 €	1411,20 €	8611,20 €
Elaboration ~~du~~ des rapports d'évaluation externe	~~1 jour x 1 personne~~ 2 jours x 1 personne	~~650 €~~ 1.300 €	~~127,40 €~~ 254,80 €	~~777,40 €~~ 1554,80 €
Cout total de la prestation				~~8500 € HT~~ 9150 € HT ~~10.166,00 € TTT (TVA 19,6%)~~ 10.943,40 €TTC (TVA 19,6%)

A Blies Ebersing Le 14 octobre 2014

Les dates des 17-18-19-20 mars 2014 sont disponibles pour l'évaluation sur site des établissements. La méthodologie prévoit la restitution finale en fin de la dernière journée d'évaluation sur site, le pré rapport est livré 30 jours après l'évaluation sur site.

Votre attention est attirée sur le fait que la liberté de choix des évaluateurs peut être limitée par le fait de respecter les dates imposées.

Nom et signature : Marc HOLZHAMMER, Gérant

Cachet de la société

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