

# Rapport d'évaluation externe



## **HOPITAL LOCAL DE MOLSHEIM**

5 Cour des Chartreux  
67120 MOLSHEIM

1.	ÉLÉMENTS DE CADRAGE. ....	3
1.1.	PRESENTATION DE L'ORGANISME EVALUATEUR. ....	3
1.2.	PRESENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT EVALUE. ....	3
1.3.	CONTEXTE INSTITUTIONNEL. ....	4
1.4.	ORGANISATION. ....	5
1.5.	ÉLÉMENTS LIÉS AUX PERSONNES ACCUEILLIES. ....	6
1.6.	ENVIRONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT. ....	7
2.	DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'ÉVALUATION EXTERNE. ....	8
2.1.	OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION EXTERNE. ....	8
2.2.	CADRE LEGAL DE L'ÉVALUATION. ....	8
2.3.	PROCEDURE D'ÉVALUATION, ORGANISATION ET DIFFICULTÉS. ....	9
3.	CADRE EVALUATIF. ....	12
3.1.	CADRE LEGAL DE REFERENCE. ....	12
3.2.	RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES APPLICABLES. ....	13
3.3.	SOURCES DOCUMENTAIRES. ....	14
3.4.	QUESTIONNEMENT EVALUATIF. ....	15
4.	ANALYSE ET PRECONISATION. ....	16
4.1.	SYNTHESE DU REFERENTIEL D'ÉVALUATION. ....	16
4.2.	APPRECIATION GLOBALE DES ACTIVITÉS ET DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS (DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECTION 2). 17	
4.3.	ANALYSE DES ACTIONS RÉALISÉES SUITE À L'ÉVALUATION INTERNE (DECRET 2007-975, CHAPITRE II, SECTION 2). ....	18
4.4.	CONSTATS, ANALYSES ET PRECONISATIONS SELON LE REFERENTIEL D'ÉVALUATION. ....	19
5.	CONCLUSIONS. ....	44
6.	ANNEXES. ....	45
6.1.	SYNTHESE 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).....	45
6.2.	ABRÉGÉ DU RAPPORT.....	52
6.3.	COMPOSITION DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION. ....	60
6.4.	ENGAGEMENT DE DÉONTOLOGIE. ....	62
6.5.	DECLARATION SUR L'HONNEUR DES EVALUATEURS.....	63
6.6.	CALENDRIER DE RÉALISATION.....	63
6.7.	CONTRAT D'ÉVALUATION EXTERNE ET QUESTIONNAIRE EVALUATIF. ....	65

## 1. ÉLÉMENTS 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](mailto: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 : Hôpital Local de Molsheim

Responsable de l'établissement : M. Pascal DUMOULIN, directeur

Référent pour l'évaluation externe : M. Pascal DUMOULIN, directeur

Coordonnées : 5, Cour des Chartreux  
67120 MOLSHEIM

Organisme gestionnaire : Fonction Publique Hospitalière

Responsable de l'organisme : Mr Laurent FURST, Maire de la Ville de Molsheim,  
Président du Conseil de Surveillance de l'établissement

Forme juridique : Etablissement public de santé autonome

N° Siret : 266 700 152 00017

N° d'autorisation : Non communiquée

Date prévisionnelle de renouvellement : 03/01/ 2017

Nombre de places/lits : 164 lits

### 1.3. Contexte institutionnel.

#### 1.3.1. Historique de l'établissement.

Implanté à l'ombre des remparts médiévaux de la ville de Molsheim (9 900 habitants), jolie bourgade historique étendue au pied des premiers contreforts des Vosges à la porte de la vallée de la Bruche, l'hôpital local est une vieille institution. Il a été fondé en 1316 par Jean de Dirpheim, Évêque de Strasbourg, à la suite d'une épidémie de peste qui fit des milliers de morts et fut suivie d'une effroyable famine.

Successivement installé dans différents immeubles de la ville, c'est seulement au milieu du XIXe siècle que l'hôpital fut implanté sur le site actuel, au cœur de l'ancien Couvent des Chartreux. La vocation de l'établissement a beaucoup évolué au cours des siècles. A l'origine, Jean de Dirpheim avait créé à des fins humanitaires un hospice destiné à accueillir tous les hommes du diocèse de Strasbourg, plus particulièrement les pauvres et les malades mentaux. En 1910, une maternité fut construite à côté de l'hospice, puis en 1934, un pavillon de médecine donna à l'ensemble une vocation sanitaire.

Actuellement, l'hôpital de Molsheim est essentiellement tourné vers l'accueil et la prise en charge des personnes âgées et se compose de trois bâtiments :

- le Chartreux
- le St-Jean
- le St Bruno

En 2010, en lieu et place du St-Jean, l'hôpital a inauguré la maison de retraite du Krummbruechel d'une capacité de 60 lits dont 16 lits dédiés à l'accueil de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer.

#### 1.3.2. Contexte actuel.

L'hôpital local de Molsheim comporte à la fois un secteur sanitaire et un secteur médico-social.

**Le secteur sanitaire** comprend actuellement :

- 30 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R)
- 4 places d'hôpital de jour gériatrique (H.D.J)
- 30 lits de Soins de Longue Durée (U.S.L.D)

**Le secteur médico-social** se compose de :

- 164 lits de maison de retraite /EHPAD dont 16 lits d'unité de vie protégée qui sont répartis actuellement sur deux sites :

- L'EHPAD du centre ville (services de l'Arche et du Chartreux)
- L'EHPAD du Krummbruechel composé de l'unité de vie protégée du jardin de la Bruche et du service du St Jean

- 66 places de Service de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D)

Conformément à la mission contenue dans son autorisation, la structure propose une prise en charge globale des personnes âgées d'au moins 60 ans. Sa mission est d'apporter un accompagnement et de dispenser des soins pour les gestes de la vie courante. Ces soins visent à conserver les capacités physiques et mentales le plus longtemps possible. C'est un lieu de vie qui doit tenir compte des valeurs de la personne, en lui garantissant une sécurité et une qualité de vie suffisante.

Ses principales valeurs et sa conception du soin sont clairement exposées dans le projet d'établissement 2008/2012.

Les objectifs généraux qui en découlent sont les suivants :

- Le prendre soin
- L'interdisciplinarité
- Le projet de vie et de soins personnalisé de la personne

Une politique qualité et de sécurité des soins existe et de décline pour la période 2013-2014 en six objectifs :

- Sécuriser le circuit du médicament
- Renforcer les actions en matière de risque infectieux et de vigilance sanitaire
- Améliorer la prise en charge des patients
- Identifier et hiérarchiser les principaux risques de l'établissement
- Evaluer la satisfaction des patients/résidents
- Mener les évaluations des différents services

## 1.4. Organisation.

### 1.4.1. L'équipe de professionnels.

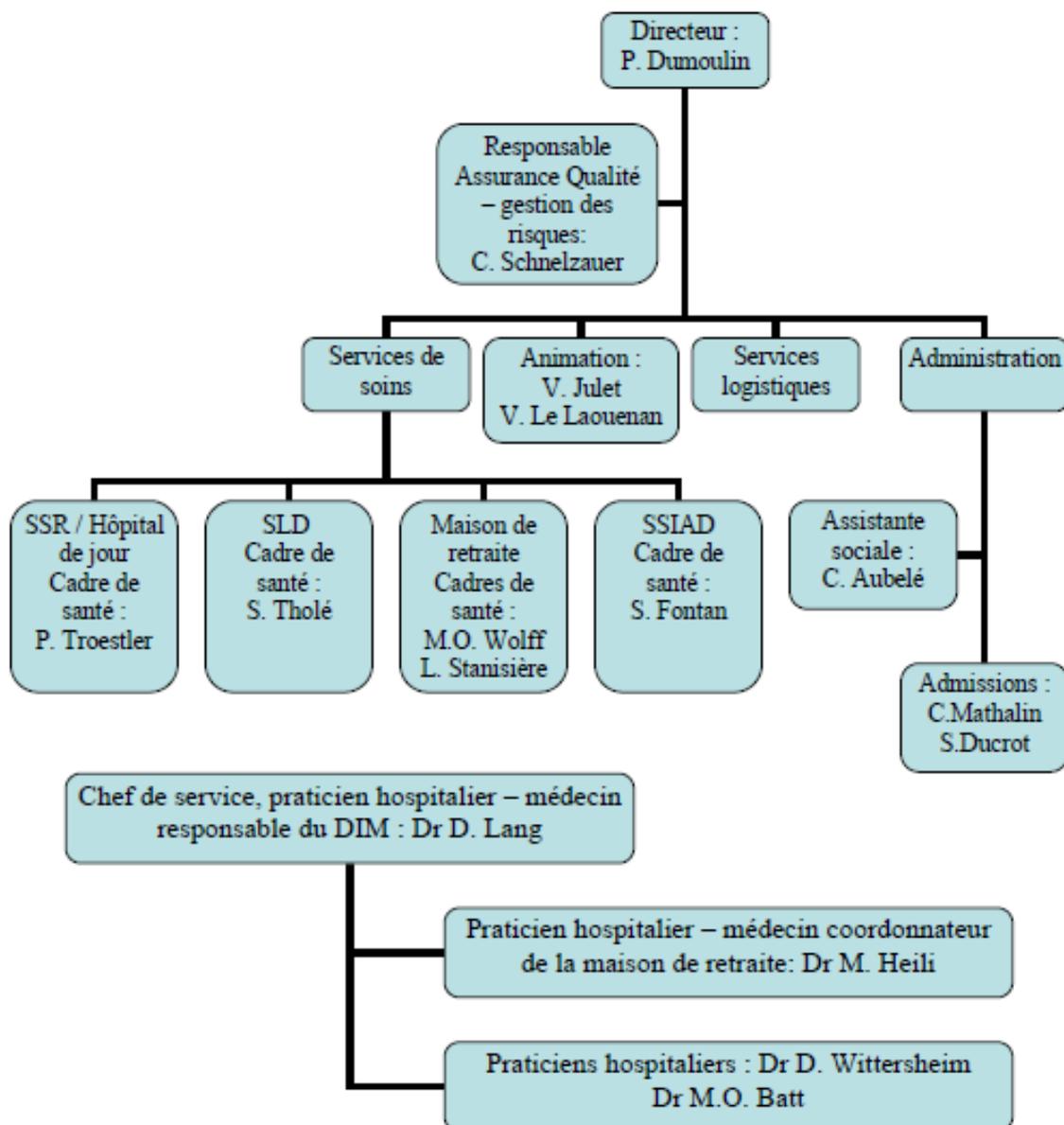
L'EHPAD de l'hôpital local de Molsheim dispose pour sa capacité d'accueil de 164 lits d'un effectif de 93.65 ETP tous personnels confondus y compris ceux en exercice partagé ou mutualisé.

Ses effectifs budgétés sont les suivants :

CATEGORIES	ETP réalisé 2014	ETP budgété 2014
Directeur, administration *	0.53	0.53
Médecin coordonnateur 0,40		
Cadres de santé	1.80	1.75
Responsable qualité	0.25	0.25
Cuisine*	5.75	5.75
Animatrice	1.50	2.00
Gouvernante	0.20	0.65
Agents de service (entretien, service repas)	30.85	31.72
Blanchisserie*	2.15	2.15
Psychologue	0.50	0.80
Aide-soignant, A.M.P, ASG	34.90	32.69
Infirmier	12.70	14.56
Ergothérapeute	0.00	0.80
<i>*Quote-part rapportée à l'activité EHPAD</i>		
<b>TOTAL</b>	<b>91.13</b>	<b>93.65</b>

L'EHPAD dispose actuellement d'un ratio agent/lit de 0.48 ASH compris (de 0.29 hors ASH).

## 1.4.2. Organigramme.



## 1.5. Éléments liés aux personnes accueillies.

### 1.5.1. Approche quantitative.

Le taux d'occupation de l'EHPAD atteint 96.80 % en 2013 : 58103 journées réalisées. La valeur cible fixée pour 2014 est de 97 %.

## 1.5.2. Approche qualitative.

Le Profil des résidents accueillis en EHPAD est le suivant <sup>1</sup>:

- Moyenne d'âge : 84 ans
- Répartition des sexes : 69.1 % de femmes, 30.9 % d'hommes
- Degré d'autonomie de la population accueillie :
  - GMP : Arche : 642.92
  - Chartreux : 598.99
  - St Jean : 516.59
  - Jardin de la Bruche : 865.33
- GMP global : 647.20
- Dernier PMP validé (2011) : 165

## 1.6. Environnement de l'établissement.

### 1.6.1. Aspects architecturaux.

Actuellement l'EHPAD de l'hôpital de Molsheim est réparti dans trois bâtiments et quatre services :

- L'EHPAD du centre-ville repartit en deux unités : l'Arche (3<sup>ème</sup> étage du bâtiment St Bruno, ancienne unité de soins normalisée construite en 1978 et dont la surface a été doublée en 1994) (24 lits) et le Chartreux (premier et second étage du bâtiment du Chartreux, bâtiment du XVIII<sup>e</sup> siècle, humanisé dans les années 80). (56 lits)

- L'EHPAD du Krummbruechel composé de l'unité de vie protégée du jardin de la Bruche (16 lits) et du service du St Jean (44 lits).

Un projet de restructuration du bâtiment Saint Jean est en cours de réflexion avec la création d'un Pôle d'Accueil et de Soins Adaptés (PASA) de 14 places, la réduction des chambres à deux lits en EHPAD ( ex-ulsd) et en USLD et la restructuration de la cuisine centrale.

### 1.6.2. Implantation et contexte local et régional.

L'Hôpital Local de MOLSHEIM se situe dans le territoire de santé 2 et dans la zone de proximité 5. L'établissement travaille en réseau et est ouvert vers l'extérieur.

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, situés dans le territoire de santé 2, constituent le Centre Hospitalier de référence et de recours pour l'Hôpital Local de Molsheim.

Un travail de partenariat formalisé est en place avec plusieurs structures sous forme de conventions de coopération avec :

- ◆ Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (H.U.S.) et le C.H. d'Obernai pour le transfert des patients de court séjour ;
- ◆ Les H.U.S. pour l'accès à une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (E.M.S.P.);
- ◆ Le Centre Hospitalier d'Obernai dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire en charge de la gestion d'une Pharmacie à Usage Intérieur (P.U.I.) inter-établissements ;

---

<sup>1</sup> Données issues du rapport médical 2012

- ◆ Le Centre Hospitalier de Sélestat pour la fonction d’infirmière hygiéniste qui est assurée par une Equipe Opérationnelle d’Hygiène inter-hospitalière ;
- ◆ Le Groupe Hospitalier Saint-Vincent – Clinique Saint-Luc de Schirmeck pour l’accès au service d’Hospitalisation A Domicile (HAD);
- ◆ L’Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN) pour la prise en charge des patients présentant des pathologies psychiatriques ;
- ◆ L’unité Alzheimer de l’EHPAD de l’Hôpital Local de Barr, de l’EHPAD de Marlenheim, de Dorlisheim et de Rosheim pour des évaluations gériatriques et multidisciplinaires programmées.

#### **A noter également :**

L’accessibilité à un plateau technique d’imagerie médicale (y compris scanner) et à un laboratoire d’analyses médicales sur la ville de Molsheim.

Le partenariat à différents réseaux :

- ◆ Au réseau de coordination gériatrique « Réseau Alsace Gériatrie »
- ◆ Au Réseau Alsacien de Soins Palliatifs « RASP »
- ◆ Au réseau REDOM de Strasbourg (Réseau Diabète Obésité, maladies Métaboliques)
- ◆ Au réseau de cardio-prévention d’Obernai (Education thérapeutique du Patient)

## **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° 2012-147 du 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 médico-sociaux.
- **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.

<b>Étape 1 : Préparation de l'évaluation externe</b>		
<i>Contenu de l'étape</i>	<i>Réalisé le</i>	<i>Difficultés rencontrées</i>
Transmission de la liste des documents	24/02/2014	Pas de difficulté particulière
Préparation du cadre évaluatif et du planning d'intervention sur site.	8 mars 2014	Pas de difficulté particulière
Validation du cadre évaluatif	15 mars 2014	Pas de difficulté particulière

<b>Étape 2 : Evaluation sur site (Planning, voir en annexe)</b>		
<i>Contenu de l'étape</i>	<i>Réalisé le</i>	<i>Difficultés rencontrées</i>
Réalisation de la réunion d'ouverture	24/03/2014	Pas de difficulté particulière
Entretiens et recueil des informations	Du 24/03/14 au 26/03/14	Pas de difficulté particulière
Présentation des conclusions	26/03/14	Pas de difficulté particulière. Restitution à l'ensemble des professionnels disponibles : 23 personnes présentes.

<b>Étape 3 : Rapport</b>		
<i>Contenu de l'étape</i>	<i>Réalisé le</i>	<i>Difficultés rencontrées</i>
Remise du pré-rapport	30/04/2014	Pas de difficulté particulière
Remise du rapport final	27/07/2014	

### 2.3.2. Les sources d'information.

Le personnel	
<i>Interviews individuelles</i>	<i>Entretiens collectifs</i>
Entretiens individuels auprès de : Directeur Aide médico-administrative Cadre supérieur de santé Cadre de santé Médecin coordonnateur Infirmière Aides-soignantes Aides-soignantes ASG Aides médico-psychologiques Agents de service hospitalier Responsable service technique	Entretiens collectifs organisés par thématique ou lors des six séquences d'observations des différents processus : <b>Stratégie et management</b> : Directeur, responsable financier <b>Démarche qualité, gestion des risques, EPP, RBBP</b> : Directeur, médecin coordonnateur, cadres de santé, <b>Processus d'admission</b> : Responsable des admissions, médecin coordonnateur, cadres de santé <b>Circuit du médicament</b> : Médecin coordonnateur Pharmacien du GCS, préparatrice en pharmacie du GCS, cadres de santé <b>Gestion des ressources humaines</b> : Directeur, Responsable RH, cadres de santé <b>Vie sociale et culturelle</b> : Animatrices, psychologue, Infirmière de jour et de nuit <b>Circuit des déchets et du linge</b> : infirmière hygiéniste, cadre supérieur de santé, lingères <b>Circuit du repas</b> : Responsables Cuisine, Diététicienne, <b>Promotion de la bienveillance</b> : Directeur, médecin coordonnateur, cadres de santé Psychologue Entretien sur le terrain : Aides-soignantes et IDE de jour, AMP et deux ASG de nuit <b>Deux restitutions des journées</b> : Directeur, cadres de santé, médecin coordonnateur

Le public	
<i>Usagers</i>	<i>Représentants des usagers</i>
Résidents : Rencontre dans les services de cinq résidents, réunion collective sur le thème de la vie sociale, entretien en chambre d'un résident, entretien avec trois résidents dans un espace collectif.	Entretien collectif sur le thème des relations avec les usagers : Président du CVS, représentants des familles

Les partenaires	
<i>Partenaires locaux</i>	<i>Partenaires institutionnels</i>
<p>Maire de la Commune de Molsheim Entretien collectif sur le thème de la vie sociale avec deux représentants des usagers de la CRUQPC (Associations APF et AFNAR) _trois bénévoles dont le Président de l'Association APAHM : Association « les Amis des Personnes Agées de l'Hôpital de Molsheim»</p>	<p>Président du Conseil de surveillance Président du CVS Pharmacien et préparatrice en pharmacie du GCS-pharmacie inter-hospitalière d'Obernai Infirmière hygiéniste (équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du CH Sélestat)</p>

Eléments documentaires consultés sur site	
<i>Documents cadres (convention, procédure,...)</i>	<i>Documents opérationnels (dossiers, enregistrements, courriers,...)</i>
<p>Projet d'établissement 2008/2012- PGFP 2012-2017- Politique Qualité et de Gestion Des Risques 2013-2014 - Tableau des effectifs EHPAD 2014 - Livret d'accueil 2014 - Contrats de séjour 2013 - Règlement de fonctionnement 2013 - Organigramme hiérarchique juin 2012 services administratifs/ logistiques et services de soins/service d'hébergement - Livret d'accueil du nouvel arrivant mars 2012 - Fiches de poste IDE, AS, ASH, responsable du service technique, agent d'entretien électricien, agent d'entretien spécialiste sanitaire et chauffage, responsable qualité, responsable RH, responsable des achats/approvisionnements, gestionnaire des services logistiques ( blanchisserie et service technique) octobre 2012- Trame de l'entretien individuel annuel des personnels et son guide 2013 - Document d'évaluation des contrats à durée déterminée - Plan de formation 2014 (20 mars 2014) et son prévisionnel - Charte de bon usage des technologies de l'information et de la communication et son engagement de responsabilité mars 2009- Charte concernant l'utilisation des services internet mars 2009 - Programme d'Amélioration Continue de la Qualité 2013 - PAQ COPECM 2014/2016 - PAQ COMEDIMS 2013-2016 - Plan blanc, plan bleu 2007 - Plan local de gestion d'épidémie juin 2012 - Contrat de maintenance du groupe électrogène - Document unique actualisé 30 septembre 2013 - Plan de maîtrise sanitaire - Process général du service restauration septembre 2012 - Avenant au contrat de prestation unique GCS 05 février 2014 - Politique du médicament (présentée en commission de coordination gérontologique 13/09/2013) -</p>	<p>Dossier papier administratif d'un usager - Liste d'attente au jour de la visite - Procédure d'accueil en EHPAD 2013 - Dossier d'admission CG 67 - Règlement intérieur de la commission d'admission mars 2014 - Référentiel, rapport d'évaluation interne, éléments de méthodologie, plan d'actions d'amélioration 18/06/12 - Courrier de réponses des tutelles suite à l'envoi de l'évaluation interne 2013 - Projets de vie et de soins et macro cible - CR des Assemblées Générales des résidents 2011/2012 - CR CVS du 24/02/2012 et 19/09/2013 - Enquête de satisfaction mars 2010 et ses résultats à destination des résidents - Enquête de satisfaction 2009 et ses résultats à destination des familles - Registre des plaintes et des réclamations à jour au jour de la visite - Classeurs de procédures dans les services mise à jour octobre 2013- Cahier de transmission service Chartreux - Protocole de pré tri du linge dans les services décembre 2012 - Protocole tenue professionnelle et son entretien octobre 2012 - Protocole tenues vestimentaires en cuisine décembre 2012 - Protocole de gestion de crise « retrait de produits alimentaires et gestion d'une TIAC mars 2013 - Protocole de maîtrise des températures en cuisine mai 2011 - Protocole de prélèvement des échantillons repas mai 2011 - Protocole de réception des matières premières en cuisine septembre 2012 - Synthèse de l'Auto évaluation de la PECM en SSR-SLD et EHPAD MOLSHEIM«INTERDIAG MEDICAMENTS » 25 juin 2012- Bulletins d'information de la qualité n°1 à 169 - PPT sur la journée d'accueil du nouvel arrivant - Tableau d'activités SSR, USLD,MDR février 2014 - Registre de sécurité -Traçabilité des exercices incendie 2013 - PV commission de sécurité CASIP du 20/08/2013 pour les bâtiments du centre-ville et du 13/08/13 pour le site du Krummbruechel - DARI février 2014 - CR</p>

<p>Procédure dégradée de prescription en cas d'inaccessibilité au système d'information - Procédure de contrôle des doses préparées (semainiers) 1<sup>er</sup> décembre 2012 – Procédure d'hygiène de préparation et administration des médicaments 25 février 2013 – Procédure de dispensation individuelle hebdomadaire nominative préparation des doses à administrer 1<sup>er</sup> août 2012 - Fiche de déclaration d'une chute décembre 2012 – Trame des questionnaires de satisfaction des résidents 2009 et 2014.</p>	<p>CHSCT du 07 février 2013 et du 29 novembre 2013 – Tableau des astreintes administratives, médicales et techniques - Enquête de satisfaction des personnels janvier 2013 - Rapport 2012 du médecin coordonnateur - CR commission de coordination gérontologique du 13/09/2013- Menu de la semaine de visite – Planning d'animation de la semaine de la visite – Rapport contrôle légionelle de SILLIKER du 13/01/14 - Rapport audit OFIS 2003 sur les réseaux (prévention légionelle) 2003 – Protocole de lutte contre la légionellose 2011 - Dossier de la restructuration du bâtiment Saint Jean 2012 – Plans du projet de restructuration et du projet de PASA- Trame du projet «La bientraitance en EHPAD : quels enjeux 2<sup>ème</sup> semestre 2013 – historique de formation continue des deux professionnels du service animation au 25/03/2014– listing des médecins libéraux intervenants pour l'établissement au 25/03/2014– Protocole d'accès au dossier patient sur demande du 23/02/2009 – Guide d'utilisation du dossier patient mars 2013 — Document intitulé « Parcours de vie » pour aide à l'élaboration du projet de vie individualisé juin 2010 – Fiches d'évaluation gérontologique standardisée, de bilan locomoteur, d'analyse et prise en charge des risques de chute, d'évaluation de la douleur, de décision de contention – feuillets complétés du recueil de la personne de confiance - dossier de soins informatisé et version «papier» des résidents (logiciel «CARIATIDES »)</p>
--	---

### 3. Cadre évaluatif.

#### 3.1. Cadre légal de référence.

##### 3.1.1. Éléments généraux.

- Code civil.
- Code de l'action sociale et des familles.
- Code de la santé publique.
- Code de la sécurité sociale.
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs vulnérables.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

- Circulaire DGA 5/SD 2 n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.
- Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil et arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.
- Circulaire n° 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et des maltraitances notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables.
- Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée.
- Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement.
- Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge.
- Décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation.
- Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le Code de la santé publique.

### **3.1.2. Éléments spécifiques aux EHPAD.**

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

## **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
- Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses

### Recommandations spécifiques

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

### **3.3. Sources documentaires.**

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

<b>Documents obligatoires</b>	<b>Documents transmis</b>
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	Fiche d'enregistrement SIREN officielle
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.	Pas de copie d'autorisation transmise Attestation de visite de conformité du 30/09/2010 Listing des postes et services Tableau des effectifs et organigrammes (exercice 2014)
Le projet d'établissement et autres documents de référence utilisés : charte, supports de démarche qualité	Le projet d'établissement 2008-2012 Fiche relative à la définition de la politique qualité, sécurité de soins et gestion des risques, validée 2013-2014
Le livret d'accueil de l'établissement remis à chaque personne accueillie	Livret d'accueil 2014

Le règlement de fonctionnement	Règlement de fonctionnement, validé en CVS le 19/09/2013
Les comptes rendus du conseil de la vie sociale ou de toute autre forme de participation conformément à l'article L. 311-6	Règlement de fonctionnement du CVS, version du 24/02/2012 Comptes-rendus du CVS du 19/09/2013 et du 24/02/2014 Enquêtes de satisfaction : version 2009 et 2014 Assemblées générales des résidents (2011 et 2012)
Les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité	Plan de gestion des risques (actualisation du document unique), version 3, validée en CHSCT le 30/09/2013  Procédures relatives au service restauration (2012-2013)
Les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation	Evaluation interne 2011-2012, Présentation de l'établissement et des éléments de cadrage des activités (validé le 18/06/2012 par le comité de pilotage et validé le 28/06/2012 par le Directoire) Evaluation interne validée le 18/06/2012
Une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne	Plan d'actions d'amélioration continue de la qualité (2013)

Et des documents complémentaires suivants :

- Contrats de séjour
- Procédures circuit du médicament.
- Protocoles service lingerie

### **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

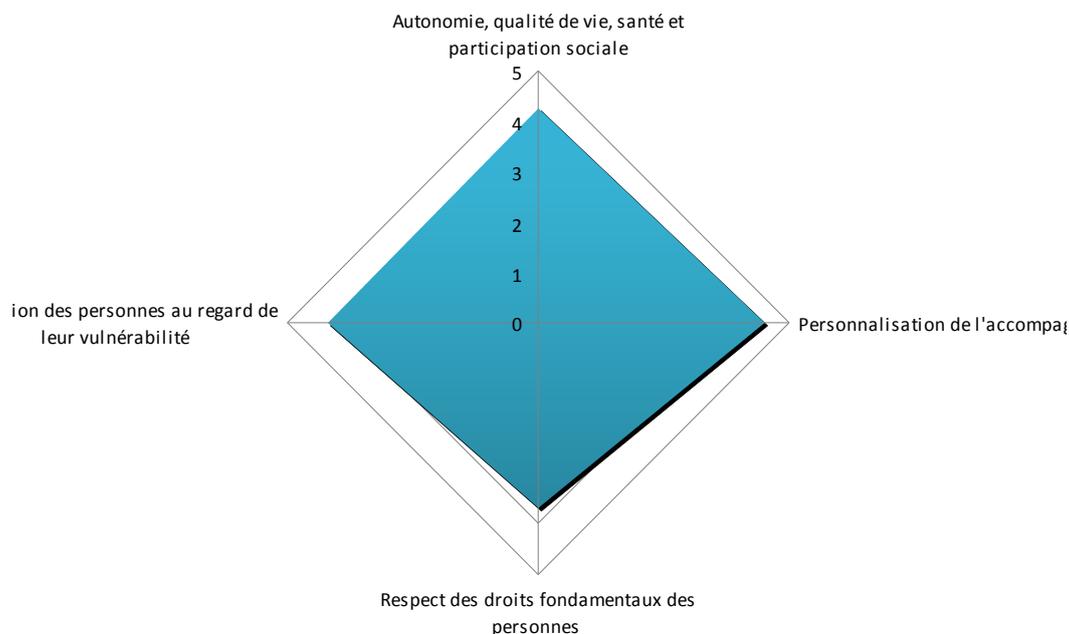


Proposition ayant une incidence sur l'accompagnement.



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

#### 4.1. Synthèse du référentiel d'évaluation.



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

### **Adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties.**

Le Projet d'établissement 2008-2012 de l'Hôpital local de Molsheim est basé sur une analyse approfondie interne et externe de son environnement. L'ensemble des objectifs découle de ce diagnostic stratégique poussé et semble pertinent au regard de la population accueillie et de la vocation de l'établissement. Les objectifs majeurs retenus dans ce projet s'inscrivent dans les priorités du Plan Solidarité Grand Âge et du SROS 2006/2011 : la labellisation « filière gériatrique » pour le territoire de proximité, la contractualisation avec les structures sanitaires et médico-sociales, et le renforcement en nombre et en qualification des personnels.

Le projet présente à l'intérieur de ses différentes parties des axes déclinés en objectifs, moyens et actions précises et concrètes. Le nouveau projet d'établissement qui couvrira la période 2013/2018 reste à être formalisé. Cependant, l'établissement a signé avec l'ARS dans son CPOM (avenant n° 2 du 1<sup>er</sup> février 2013) des objectifs concernant le secteur EHPAD : création d'un PASA, approvisionnement par le PUI du GCS d'Obernai, mutualisation des instances sanitaires et médico-sociales (CRUQPC/CVS, CLUD partagé), déploiement de Trajectoire, réduction des chambres à deux lits en EHPAD en service de soins de longue durée redéfinis.

### **Cohérence des différents objectifs entre eux.**

La méthodologie employée pour l'élaboration du projet d'établissement basée sur une démarche participative et un appui méthodologique externe ont permis l'imbrication des projets entre eux.

Ainsi, les objectifs déclinés dans le projet d'établissement 2008/2012 sont cohérents entre eux et répondent aux besoins des personnes âgées accueillies mais aussi des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans la structure.

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

Les moyens mis en place permettent une prise en charge et un accompagnement des résidents de qualité. Les objectifs inscrits au projet d'établissement sont cohérents avec les ressources humaines, financières et techniques dont dispose la structure. La démarche prospective en place dans l'établissement démontre la capacité de l'établissement à s'adapter et à réagir en vue d'assurer son bon fonctionnement malgré un manque de lisibilité liée à l'attente de la négociation de la prochaine convention tripartite. En effet, l'établissement doit renégocier sa troisième convention basée notamment sur une nouvelle coupe Pathos.

### **Existence et pertinence de dispositifs de gestion et de suivi.**

Le projet d'établissement 2008/2012 comporte dans la majorité de ses projets (paramédical, qualité et gestion des risques, social...) une partie dédiée spécifiquement à un plan d'actions à mener au regard des objectifs posés. Le plan d'actions étant décliné sous forme thématique avec des objectifs, des actions, des moyens et des indicateurs, prévoyant que chacun des thèmes ferait l'objet d'une fiche d'action.

Une réelle volonté d'améliorer et d'évaluer le processus de prise en charge et d'accompagnement des résidents est transcrite tout au long du projet d'établissement. Le projet d'établissement 2008/2012 ne prévoit pas de modalités précises d'évaluation, mais celle-ci est réalisée notamment par le biais du Programme d'Amélioration Continue de la Qualité suivi en réunion de Direction une fois par trimestre et une fois par an lors de la réunion de service où les objectifs et leur suivi sont présentés par le Directeur aux professionnels.

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

Le Projet d'établissement étant utilisé comme un outil de travail et pas simplement comme un outil réglementaire, les objectifs et les actions en découlant sont suivies et revues selon des indicateurs permettant d'apprécier les effets attendus ou non.

Le pilotage en place dans l'établissement permet des analyses quantitatives et qualitatives précises sur les effets attendus auprès des usagers : réunion de direction régulière, CVS, AG des résidents, programme qualité, enquêtes de satisfaction permettent un recueil de l'avis général des résidents sur les différents processus de prestations, et une analyse des fiches d'événements indésirables déclarés, des plaintes et réclamations des usagers.

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

Grâce à l'engagement, à la volonté de la hiérarchie et à l'adhésion des équipes, les pratiques professionnelles font l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire autour de problématiques individualisées de prise en charge intégrées dans la politique d'EPP de l'établissement. Les analyses de pratiques régulières permettent de mesurer les évolutions constatées au regard des actions mises en œuvre sur des thématiques comme les chutes, la contention, le circuit du médicament...A noter également, une gestion des risques en place avec notamment le signalement et le traitement des événements indésirables, l'existence de comités de retour d'expérience ( CREX) qui permettent la mesure et la mise en place d'actions correctives.

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

Tout comme décrit dans la partie « Appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs » l'organisation est régulièrement évaluée par l'équipe de Direction. Les réunions régulières et le programme d'amélioration continue de la Qualité permettent de suivre les actions et d'en mesurer leur efficience.

### **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.**

La démarche mise en place dès 2011 a été conduite par un comité de pilotage qui était chargé de définir le cadre évaluatif et de coordonner la démarche. Une méthodologie précise et formalisée par la responsable qualité de l'établissement, sous la forme d'une procédure a été utilisée.

L'établissement a choisi de créer son propre référentiel qui est structuré en quatre chapitres selon les recommandations de l'ANESM et notamment sur la conduite de l'évaluation interne (2009), les normes NF Service, la grille ANGELIQUE et le manuel HAS :

- La promotion de l'autonomie, de la qualité de vie, de la santé et de la participation sociale au sein de l'établissement;
- La personnalisation de l'accompagnement;
- Les droits fondamentaux;
- Les besoins de protection et de prévention des risques.

Quatre groupes d'évaluation composés de professionnels de tous les services et de toutes les catégories professionnelles ont été créés. La démarche a été participative et a constitué un réel temps de réflexion et de questionnement concernant les pratiques professionnelles. Les usagers ont été largement intégrés via des groupes de parole organisés sous la forme d'Assemblées Générales des résidents axés sur des thèmes donnés, définis par le groupe de pilotage. Les professionnels rencontrés se souvenaient vaguement du travail réalisé dans le cadre de l'évaluation interne qui date de plus de 3 ans.

Le rapport d'évaluation interne a été transmis le 2 juin 2012 aux tutelles qui en ont accusé réception sans aucune remarque particulière à formuler.

### **Appréciation sur la communication et la diffusion des propositions d'améliorations et l'implication des acteurs.**

Les professionnels et les résidents ont été impliqués dans l'évaluation interne (cf paragraphe précédent). L'information a été donnée dès le début de la démarche :

\*Indications dans le premier bulletin d'information de la qualité en octobre 2011

\*Présentation de la démarche au CVS en 2012

\*Communication des premiers résultats aux équipes en mars 2012

\*Plan d'amélioration présenté au CVS de septembre 2013

\*Suivi des actions et présentation de l'évaluation externe dans le bulletin d'information qualité de décembre 2013.

La communication auprès des résidents s'est surtout effectuée lors des assemblées générales des usagers mais reste à être améliorée (pas d'AG en 2013).

### **Mise en œuvre des mesures d'amélioration et de l'échéancier de cette mise en œuvre.**

Suite à la réalisation de l'évaluation interne en 2011 et 2012, un plan d'actions d'amélioration a été réalisé. Ce plan a été étalé sur quatre ans et comprenait initialement 82 actions sur 16 thématiques. Lors de la visite, nous avons pu noter des améliorations dans plusieurs domaines qui ont été apportées depuis la réalisation de l'évaluation interne : actualisation de la procédure d'accueil, élaboration d'une trame de projet de vie personnalisé, réalisation d'une lettre qualité, mise en place de la journée d'intégration des nouveaux arrivants, amélioration du petit déjeuner....

### **Présentation des modalités de suivi et bilan périodique**

Les axes dégagés par l'évaluation interne en 2012 sont actuellement intégrés dans le programme d'amélioration continue de la qualité de l'hôpital qui regroupe également les actions en lien avec le projet d'établissement, le CREX, la certification HAS, les instances...

Le pilotage en place actuellement permet un suivi et un bilan périodique (réunion de direction mensuelle et révision intégrale du PACQ une fois par trimestre).

### **Appréciation de la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations.**

L'évaluation interne a été conduite en prenant en compte les recommandations de l'ANESM.

Une réelle dynamique d'amélioration continue de la qualité des prestations est en place portée par les responsables et les équipes, malgré un délai de plus de deux ans entre la réalisation de l'évaluation interne (fin 2011) et la visite d'évaluation externe (fin mars 2014).

Les évaluateurs encouragent l'établissement à intégrer les remarques de l'évaluation externe dans le PACQ et à mener une réflexion sur la mesure de l'efficacité et de la pertinence des actions (impact) : expliciter dans le PACQ actuel les indicateurs, et la mesure des améliorations.

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

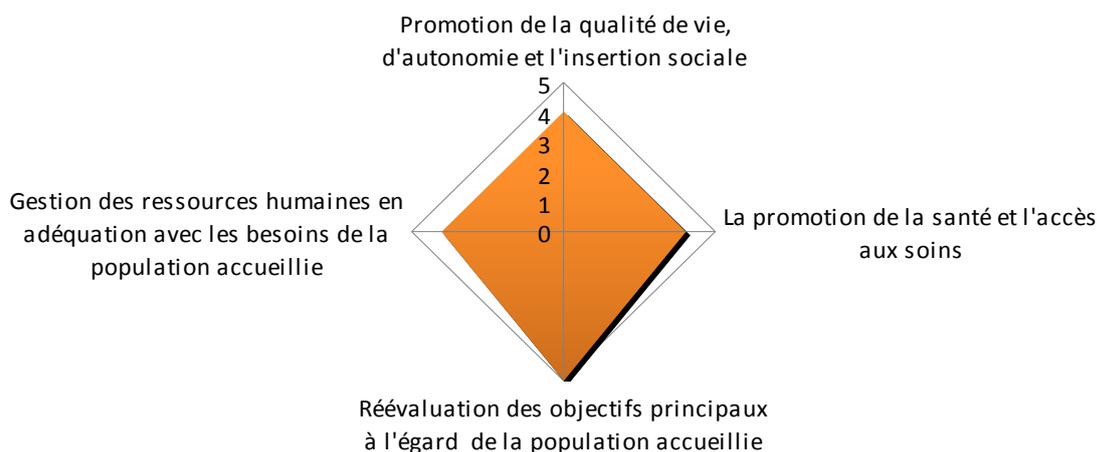
Plan 1 : Promouvoir l'autonomie, la qualité de vie, la santé et la participation sociale au sein de l'établissement

*Thématiques spécifiques traitées dans le plan  
(décret 2007-975, chapitre II, section 3)*

*Inclus  
PACQ  
2013*

1. Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.	Oui
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet.	Oui
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.	Oui
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.	Oui
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.	Oui
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.	Oui
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	Oui
12. Formes de mobilisation des professionnels.	Oui
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 1.1 : La promotion de la qualité de vie, d'autonomie et l'insertion sociale**

#### *Analyse*

#### **Concernant le cadre de vie :**

Le niveau de qualité et d'adaptation du cadre de vie est globalement satisfaisant au regard du contexte architectural actuel. Il faut noter que l'établissement est organisé sur deux sites distincts, éloignés de quelques kilomètres l'un de l'autre :

-le site du Krummbruechel : locaux récents (2010) et parfaitement adaptés aux besoins des usagers tant pour la partie EHPAD (service Saint Jean) que pour l'unité de vie protégée (Le jardin de la Bruche) accueillant une population de résidents atteints de désorientation temporo-spatiale (d'où un risque de fugue important). Les accès sur des espaces extérieurs sont présents et le « jardin de la Bruche » dispose d'un jardin extérieur sécurisé.

-le site du Centre-Ville (service de l'Arche et du Chartreux) : bien que présentant l'atout majeur de sa situation au centre de la ville de Molsheim, le projet architectural en cours permettra d'améliorer nettement les conditions de vie des résidents accueillis sur ce site. En effet, la configuration est, à ce jour, peu adaptée : actuellement, les espaces privatifs et collectifs sont tels qu'ils ne permettent que difficilement une réelle appropriation par les usagers. Toutefois, et compte tenu des délais relatifs à la réalisation des travaux, quelques réflexions et aménagements pourraient être menés : accessibilité des douches individuelles et collectives, signalétique interne, réaménagements des espaces collectifs favorisant la convivialité (notamment au niveau du service de l'Arche et Chartreux).

Globalement, la sécurité et le bien-être des résidents sont assurés par le biais d'adaptation et de mobilisation de l'ensemble des professionnels tant en termes de qualité visuelle, olfactive et sonore. Une organisation et un suivi rigoureux de l'entretien des locaux sont mis en œuvre quotidiennement. Cependant, la vigilance pourrait être renforcée étant donné que certains locaux de stockage de matériels et/ou produits ne sont pas fermés à clé systématiquement.

La personnalisation des espaces privatifs est encouragée dans l'ensemble de la structure et les besoins et attentes des résidents sont pris en considération et respectés au maximum dès l'admission (recueil de données, rencontre de pré-admission...) En outre, les professionnels veillent à réfléchir au site le mieux adapté (Centre Ville ou Krummbruechel) en fonction de la situation individuelle des résidents nouvellement admis en vue de favoriser au mieux leur adaptation, leur intégration, leur autonomie et leurs liens sociaux.

Des espaces collectifs sont à disposition : petits salons, un salon de coiffure (sur le site du « Centre Ville »)... Les résidents ont la possibilité de prendre leur petit déjeuner en chambre ou dans les lieux de vie ~~en salle à manger~~ selon les services et leur configuration respective. Le respect de leur rythme est pris en compte. Des salles à manger permettent aux résidents de prendre leur déjeuner et leur dîner ; et le personnel veille à ce que les résidents prennent leurs repas en toute tranquillité. Une formation sur l'instant repas est proposée au personnel en vue d'améliorer la prestation.

#### **Concernant la promotion de l'autonomie :**

Bien que certains aménagements architecturaux s'avèrent indispensables pour faciliter le maintien et/ou la reprise d'autonomie, les ressources matérielles à disposition des professionnels et des usagers sont satisfaisantes tant sur le plan quantitatif que qualitatif (matériel de manutention, fauteuils adaptés...).

Pour ce faire, une évaluation exhaustive de l'autonomie est réalisée à l'admission de tout nouveau résident (bilan locomoteur, analyse du risque de chute). Un plan d'aide aux actes de la vie quotidienne individualisé est mis en place et révisé en cas d'évolution de la situation de dépendance du résident. Un poste d'ergothérapeute est vacant au jour de l'évaluation externe : le recrutement de ce professionnel constituera une valeur ajoutée à la promotion de l'autonomie.

Les professionnels rencontrés ainsi que les séquences d'observation ont permis aux évaluateurs de constater que l'accompagnement des résidents repose sur un objectif commun de respect, de maintien et de valorisation de l'autonomie des résidents accueillis.

#### **Concernant l'insertion sociale :**

En lien avec l'obligation de procéder à la rédaction d'un nouveau projet d'établissement (le PE 2008-2012 restant le support de référence au moment de l'évaluation externe), le projet d'animation est en cours de rédaction. Pour cela, une réunion pluridisciplinaire a lieu tous les mois. Les réflexions et travaux reposent sur le partage d'une volonté commune d'axer les orientations de ce projet d'animation sur les réels besoins et attentes individuelles et collectives des résidents en matière de vie et de lien social. (opportunité de créer un atelier cuisine, ...) A noter également, la volonté d'une harmonie, collaboration et échanges entre les deux sites qui composent l'établissement (Centre-Ville et Krummbruechel). En revanche, les usagers et

les intervenants extérieurs (APAHM et bénévoles) ne font pas partie de ce groupe de travail ; les associer davantage serait pertinent afin d'assurer la prise en compte de leurs remarques et/ou propositions et répondre aux mieux à leur attentes.

D'ores et déjà, les professionnels affectés à l'animation bénéficient et/ou ont bénéficié de formations spécifiques à leur poste (une animatrice est en cours de formations au BPJEPS au moment de l'évaluation externe) et les formations continues proposées permettent le développement de compétences spécifiques adaptées aux besoins des résidents (atelier coiffure et soins esthétiques, animation auprès des personnes désorientées, psychiatrie de la personne âgée, communication avec le sujet âgé dément...).

Un planning des animations est élaboré. Sur le fond, il s'avère être complet, mais il pourrait être amélioré sur la forme car sa conception manque de clarté et de lisibilité pour les résidents. Il est affiché et peut être remis personnellement aux résidents qui en font la demande. Ce dernier propose des activités variées (collectives ou individuelles) et centrées sur les besoins et attentes des résidents. On y retrouve des activités régulières (gym, sortie au marché, musique, peinture) menées par les animatrices elles-mêmes ou par des prestataires extérieurs, ainsi que des activités ponctuelles organisées au gré de l'actualité environnementale (concert, dispositifs intergénérationnels, thé dansant...). La structure dispose ~~d'un mini bus~~ et d'un véhicule qui permet la participation des résidents et de se déplacer entre les deux sites mais aussi d'effectuer des sorties à l'extérieur de l'établissement. L'ouverture sur la vie locale est favorisée pour permettre aux usagers de maintenir au mieux leurs liens sociaux.

En vue de répondre au mieux aux besoins des résidents, un recueil de données en ce sens est effectué à l'admission et les animatrices participent et collaborent étroitement avec les équipes de soins (participation à l'élaboration du projet de vie, échanges quotidiens, communications orales et écrites

Ainsi, on note également la cohésion de l'équipe pluridisciplinaire et son implication dans le cadre des prestations d'animation et de vie sociale et culturelle : adhésion au concept d'animation qui situe le résident au centre des préoccupations (adaptabilité des professionnels, liberté d'accès aux activités et de propositions...).

La psychologue, en poste depuis début 2014, est en cours d'élaboration d'un projet d'atelier thérapeutique. Ces missions spécifiques dans le cadre du maintien du lien social et de l'estime de soi pourront être davantage développées dans le futur.

En outre, l'établissement bénéficie du soutien de « l'Association « les Amis des personnes âgées de l'hôpital de Molsheim » (APAHM) et de bénévoles qui interviennent régulièrement ou ponctuellement. Les contacts et relations avec l'équipe d'animation sont facilitateurs pour leurs interventions respectives. Néanmoins, les bénévoles sont peu nombreux. Des travaux restent donc à poursuivre quant à la communication (il n'existe pas de journal interne par exemple) en vue de faire connaître et reconnaître leurs actions et le cas échéant d'élargir l'équipe bénévole et l'association. Une démarche active d'intégration de ces acteurs par le biais de divers moyens matériels et/ou organisationnels (badges et élaboration d'une charte ou contrat de bénévolat, actions de formations...) reste également à mener.

Un rapport annuel d'animation est établi : il est complet et permet de mettre en exergue la variété des activités mises en place. Ce rapport est présenté à la direction : il serait cependant intéressant de l'utiliser comme outil de communication afin de valoriser les actions mise en place par le service animation et les professionnels.

## **Sous-plan 1.2 : La promotion de la santé et l'accès aux soins**

### *Analyse*

#### **Concernant la continuité des soins :**

L'organisation de la continuité des soins est assurée ; en ce sens, il faut noter une présence infirmière 24h/24 (compte tenu de la volonté de la direction pour davantage de sécurité et facilitée par l'existence

des lits de SSR) et des modes de transmission oraux et écrits (temps de transmission jour/nuit/jour et dossier de soins du résident).

La gestion des situations d'urgence est organisée : une conduite à tenir en cas d'urgence est effective et connue du personnel, un chariot d'urgence est disponible sur les deux sites et le personnel bénéficie de formations aux gestes d'urgences.

#### **Concernant l'organisation des soins, les suivis spécifiques :**

D'une manière générale, les personnels d'encadrement encouragent et fédèrent les équipes soignantes autour de l'individualisation des soins et de l'accompagnement et de la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles.

Une planification quotidienne des soins est en place et les équipes soignantes sont vigilantes à ce qu'elle tienne compte des rythmes et habitudes de vie de chacun des résidents (hygiène corporelle, heure de lever, de coucher...). Pour cela, les entretiens réalisés durant l'évaluation externe ont permis la mise en exergue de la qualité de la communication et du travail en pluridisciplinarité et de vérifier la cohérence des différents discours des professionnels. En outre, les séquences d'observation ont permis de vérifier l'effectivité du respect de la sécurité, de l'intimité, de la dignité des résidents lors des soins : utilisation de la présence, soins réalisés porte fermée...

La sensibilisation et la vigilance de l'équipe sur les thématiques liées aux pathologies de la personne âgée sont également bien présentes: existence de protocoles, grilles d'évaluation des risques (douleur, escarre, nutrition, chutes...) retrouvées dans les dossiers de soins des résidents.

La contention fait l'objet d'une réflexion particulière et d'une fiche spécifique relative à l'évaluation du bénéfice/risque, insérée dans le dossier du résident. Cependant, bien que la prescription et son suivi soit scrupuleusement respectée, la partie évaluative citée précédemment n'est pas toujours remplie. Les équipes ont visiblement besoin d'être accompagnées davantage pour s'approprier l'outil. Le matériel dédié à la contention est adapté et le personnel est formé à son utilisation.

La prévention et le suivi de la prise en charge de la continence sont pris en compte. Les dispositifs matériels pour la gestion de l'incontinence sont adaptés et en suffisance.

L'accompagnement de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée est adapté et l'existence de l'unité de vie protégée contribue à sa qualité. La formation d'assistant de soins en gérontologie (ASG) est encouragée et la plupart des AS/AMP intervenant dans ce service y sont formés. Le plan de formation prévoit chaque année des formations spécifiques destinées à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

#### **Concernant la confidentialité des informations médicales et la traçabilité des soins :**

Chaque résident dispose d'un dossier de soins individuel « papier » tenu rigoureusement et selon la procédure en vigueur ; ce dernier est situé en salle de soins fermée à clé et donc rendue inaccessible aux personnes étrangères au service afin de garantir la sécurité des données. Le logiciel d'aide à la prescription ~~de soins informatisé~~ « CARIATIDES » a été récemment mis en place. L'appropriation par les professionnels est donc à développer afin de permettre son utilisation optimale : praticité, confidentialité et traçabilité des données.

Une procédure d'accès au dossier patient sur demande est en place et connue des professionnels.

#### **Concernant la gestion et le circuit du médicament :**

L'établissement travaille en partenariat avec les officines de ville pour la délivrance des traitements médicamenteux et avec la PUI qui dépend du GCS d'Obernai pour les dispositifs médicaux et les stupéfiants.

Les prescriptions font l'objet d'une informatisation afin de faciliter et de sécuriser les données de prescription. L'appropriation de l'outil est à développer pour une utilisation optimale par tous les

intervenants libéraux. Le stockage des médicaments est effectué dans des locaux fermés à clé (salles de soins).

A ce jour, la préparation de l'ensemble des piluliers est assurée par l'équipe infirmière.

L'administration des médicaments est réalisée au moment des repas. Cependant, les effectifs et l'organisation infirmière actuelle conduisent à la distribution des traitements du soir en chambre (déposé en chambre dans l'après-midi) sur le site du Centre-ville (service Charteux uniquement ~~notamment~~). Ce qui constitue un axe prioritaire de réflexion et d'actions en vue d'améliorer et de sécuriser le circuit du médicament.

Le projet de travailler avec la PUI du GCS d'Obernai pour la totalité des produits pharmaceutiques est en cours et apparaît comme très pertinent en termes de sécurisation et de formalisation du circuit du médicament comme en termes d'appui pratique (préparation des piluliers notamment, une préparatrice en pharmacie référente pour faciliter la communication) et de gestion du risque médicamenteux (FSEICM à relancer).

Cette PUI étant déjà un interlocuteur pour les dispositifs médicaux et matériels stériles, on note l'existence d'une politique sur la gestion du risque médicamenteux : recherche d'optimisation des prescriptions, recours aux traitements non médicamenteux, travaux du COMEDIMS et de la COPECM (cf. plan 4.2 qui aborde la gestion du risque médicamenteux).

#### **Concernant la coordination gériatrique médicale :**

Le poste du médecin coordonnateur est pourvu et les évaluateurs ont pu relever la qualité de l'intervention et des relations avec le médecin coordonnateur malgré le contexte général peu facilitant (deux sites et un grand nombre de médecins libéraux intervenants auprès des résidents (plus d'une trentaine)) et une quotité de temps de travail à hauteur de 0.40 ETP.

La commission de coordination **gériatrique médicale** est en place (CR du 13/09/2013).

Un rapport médical annuel est établi (rapport annuel 2012 remis) et reprend les principaux éléments marquants de l'année écoulée.

L'engagement dans une démarche d'EPP est effectif sur plusieurs problématiques de santé essentielles de la personne âgée : contention, chute, douleur et escarre, lesquelles ont abouti à la création et mise en place d'outils concrets d'évaluation et de suivi. Une EPP sur la thématique des soins palliatifs est à venir.

Travaillés en groupes de travail pluri-professionnels, ces travaux contribuent fortement à l'encadrement et accompagnement des équipes soignantes en collaboration avec les cadres de santé, et ainsi à l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles.

#### **Concernant les partenariats :**

L'établissement est parfaitement inscrit dans un réseau de partenariat apportant aux équipes une expertise supplémentaire et un appui à la prise en charge globale des résidents accueillis. Pour cela, plusieurs conventions sont établies. Tel est le cas pour :

- Les soins palliatifs (EMPS des HUS de Strasbourg, réseau alsacien de soins palliatifs)
- Le secteur sanitaire (centre hospitalier d'Obernai, HAD groupe St Vincent)
- La psychiatrie (EPSAN)
- La prévention du risque infectieux (EOHH du centre hospitalier de Sélestat)

### **Sous-plan 1.3 : La réévaluation des objectifs principaux à l'égard de la population accueillie**

#### *Analyse*

Une politique qualité est définie depuis de nombreuses années au sein de l'hôpital (1997-1999 : date de la première accréditation du secteur sanitaire). Le projet d'établissement 2008/2012 comprend un projet qualité et de gestion des risques communs à tous les secteurs.

Un engagement existe, signé par la Direction et le Président de la CME sous la forme d'une présentation synthétique de la politique qualité.

Une responsable qualité à mi-temps sur l'hôpital (1/4 de temps pour l'EHPAD) coordonne et organise la démarche, bon nombre d'outils de qualité sont en place. La communication est assurée par un bulletin mensuel d'information de la qualité. Une gestion documentaire est en place.

Les évaluateurs ont pu noter que la démarche était portée par l'équipe de direction qui assure le suivi des actions par le biais d'un programme d'amélioration (PACQ). Ce programme global d'amélioration de la qualité comprend des objectifs, des actions, des délais, des pilotes et un suivi. Il centralise l'ensemble des actions de l'établissement et permet de suivre facilement leur état d'avancement.

Des indicateurs pertinents et adaptés sont en place avec des valeurs cibles à atteindre : % de dossiers de projets de vie rédigés, % de dossiers où l'évaluation du risque d'escarre est réalisée à l'admission à l'aide d'une grille, % des dossiers où le résident a été pesé tous les mois.

De plus, l'établissement déploie des démarches d'EPP incluant les thèmes suivants : chute, contention, escarre... Des comités de retour d'expérience sont également mis en place.

Le recueil des événements indésirables est opérationnel et donne lieu à des actions correctives.

Au vu des entretiens avec les professionnels, la démarche qualité et de gestion des risques semble effective et continue sur le terrain : management participatif, audits divers (ex : évaluation annuelle des dossiers des résidents) démarche d'EPP, participation groupes de travail...

Le recueil de la satisfaction des usagers s'effectue par le CVS, par la réalisation de questionnaires de satisfaction à destination des résidents (en 2010) mais également des familles (en 2009), une enquête à destination des résidents est actuellement en cours. L'existence d'assemblées générales de résidents en 2012 a permis le recueil des avis des usagers dans le cadre de l'évaluation interne.

#### **Sous-plan 1.4 : Gestion des ressources humaines en adéquation avec les besoins de la population accueillie**

##### *Analyse*

Dès 2002, l'hôpital a formalisé sa politique des ressources humaines dans son projet d'établissement. Le projet social 2008-2012 est basé sur un audit social réalisé en 2006.

Les évaluateurs ont pu constater une gestion des ressources organisée selon une logique adaptée à une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et en adéquation avec les besoins des résidents accueillis:

-les missions de chacun sont bien définies et connues : des organigrammes hiérarchiques sont formalisés par service.

-des entretiens individuels d'évaluation sont réalisés avec tous les membres des personnels : un guide de préparation et une note précisant les finalités et les objectifs sont à disposition des responsables.

-des fiches de poste existent, certaines fiches restent à être validées en CTE (IDE, AS, ASH) .

-le recrutement est organisé avec notamment la participation du directeur au recrutement des postes d'infirmiers et d'aides-soignants. Les contrats à durée déterminée font l'objet d'une évaluation (document à retourner au service RH).

-l'accueil du nouvel arrivant est organisé et cadré : remise d'un livret d'accueil très complet, tutorat en place, organisation de journée d'accueil du nouvel arrivant.

-la gestion administrative du dossier du salarié est réalisée par la responsable des ressources humaines, la protection sociale est gérée par un professionnel administratif du service admission.

-l'établissement s'inscrit dans une démarche de développement des compétences et de professionnalisation : l'accès à la formation est facilité : chaque année, un plan de formation est établi et approuvé par le CTE. Il est établi en fonction des objectifs institutionnels (en adéquation avec les besoins de la population accueillie) et des demandes individuelles formulées par les personnels. Les formations sont évaluées. L'établissement est déjà engagé dans la démarche de DPC avec un projet de devenir OGDPC.

A noter également que l'établissement est très ouvert sur l'extérieur : il est terrain de stage et collabore avec la mission locale de Molsheim et Pôle emploi pour l'accueil de stage d'immersion, de contrats aidés, les cadres de santé <sup>supérieur</sup> interviennent à l'IFSI, l'IFCS. L'Hôpital organise en partenariat avec plusieurs Hôpitaux Locaux d'un environnement proche, des formations sur des thèmes spécifiques en lien avec la vocation des structures. Il participe également aux appels à projet CLACT de l'ARS.

- Le dernier audit social a été réalisé en 2013 et construit avec le CHSCT.

Un dialogue et une écoute ont été relevés, la place et la qualité de l'encadrement de proximité ont pu être appréciés (discours des professionnels, organisation en place ...).

Le climat social semble serein (pas de difficultés relevées par les professionnels rencontrés, taux d'absentéisme bas (environ 4 %), résultats satisfaisants du dernier baromètre social, échange lors de la rencontre avec le Maire de Molsheim).

### **Points remarquables du plan**

 Qualité environnementale des conditions de vie (site du Krummbruechel) avec une unité de vie protégée pour le bien-être des résidents en situation de vulnérabilité par rapport à une désorientation temporo-spatiale (cf. *RBPP « Accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée », chap. 6 « Un cadre de vie chaleureux et sécurisant »*). Un projet architectural pertinent au regard de besoins des usagers accueillis sur le site du centre-ville.

 Qualité de l'entretien général des locaux

 Démarche engagée sur la réécriture du projet d'animation dont les objectifs visent les liens et la cohérence avec le projet de vie individualisé : travail en pluridisciplinarité, modalités de suivi et traçabilité

 Dispositif de formation continue du personnel d'animation adapté aux développements des compétences spécifiques des professionnels d'animation

 Moyens matériels satisfaisants et accessibles pour la mise en œuvre et l'appropriation des différentes activités en lien avec la vie sociale, culturelle et distractive

 Existence et collaboration avec l'association APAHM qui contribue à la quantité et qualité des activités (collectives et individuelles)

 Organisation de la continuité de soins (ide 24/24) : transmissions, coordination et collaboration jour/nuit/jour très satisfaisantes (compte tenu des moyens à disposition)

 Qualité de la communication et du travail en pluridisciplinarité

 Volonté et réflexion engagée sur la sécurisation du circuit du médicament (référente).

 Partenariats riches et opérationnels pour la prise de problématiques de santé particulières

-  Prise en compte des problématiques liées au vieillissement (protocoles de PEC, adaptés et révisés) avec la sensibilisation et vigilance de l'équipe sur les thématiques liées aux pathologies de la personne âgée : nutrition, escarre, contention, douleur, PEC non médicamenteuse...
-  Dossier de soins « papier » complet et tenue rigoureuse et déploiement actuel d'un support informatique pour plus de praticité et de sécurité
-  Qualité de l'intervention et des relations avec le médecin coordonnateur malgré une quotité de temps de travail peu élevée au regard du contexte (multi site, multi intervenants) : commission de coordination gériatrique en place, rapport annuel médical, politique d'EPP développée, accompagnement et encadrement des équipes soignantes... (cf. décret du 02/09/2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur)
-  Structuration de la démarche qualité et de gestion des risques : engagement de l'équipe d'encadrement, compétences d'un responsable qualité, bulletin mensuel d'information qualité, gestion documentaire
-  Politique d'EPP engagée multi domaines
-  Gestion des ressources humaines : politique développée et suivie, prise en compte des besoins des agents et promotion des compétences, qualité de l'encadrement de proximité, ouverture sur l'extérieur...

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

-  Poursuivre l'entretien et la rénovation continue des locaux (salon de coiffure, appropriation des locaux notamment sur le site du Centre-Ville : signalétique interne, qualité esthétique globale )
-  Finaliser les travaux sur la rédaction du projet d'animation, en intégrant davantage les bénévoles et les usagers
-  Développer les missions de la psychologue
-  Pourvoir le poste d'ergothérapeute
-  Améliorer les supports de communication quant aux plannings et retours sur les activités sociales et culturelles (rapport d'activités réalisé : en faire un outil de communication) : lisibilité, outils (journal, CVS)
-  Améliorer l'identification des bénévoles et leur intégration : badge, formation, charte...
-  Poursuivre les travaux sur l'axe de l'ouverture de l'établissement au regard de la recommandation des bonnes pratiques professionnelles « *L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement* » et notamment sur l'existence de l'association APAHM et le « recrutement » de bénévoles
-  Promouvoir le développement de l'outil informatique « CARIATIDES » et la formation du personnel pour une bonne appropriation et une optimisation de son fonctionnement
-  Formaliser la procédure d'évaluation du personnel (guide détaillé et grille d'évaluation des compétences)
-  Mettre à disposition les fiches de poste des agents (communication générale)

 Maintenir la politique d'ouverture vers les partenaires extérieurs : mission locale, établissements de formation

 Améliorer les conditions d'accessibilité : réflexion quant aux améliorations possibles des sanitaires par exemple (douche, brancard douche...) pour le site du Centre-Ville notamment.

 Promouvoir l'appropriation de la démarche de réflexion bénéfique/risque : dans le cadre de la thématique de la contention notamment

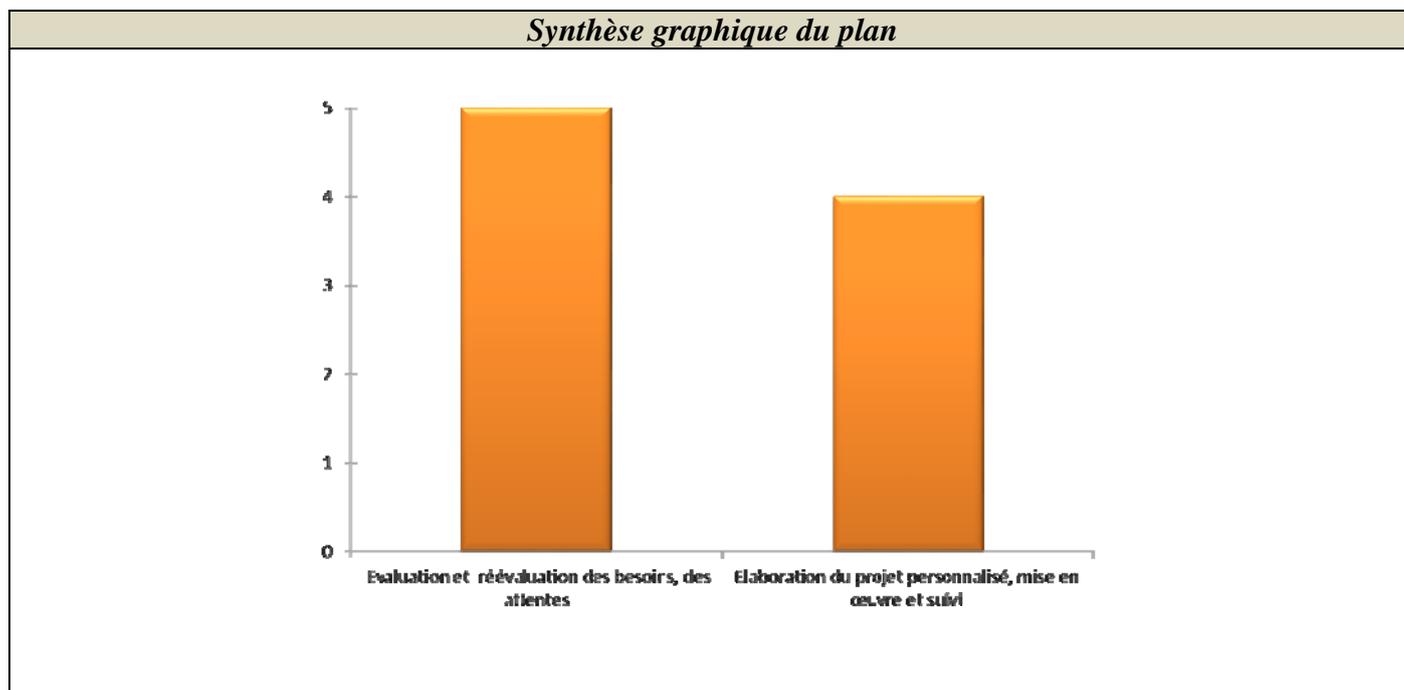
 Encourager les travaux menés dans le cadre de la commission de coordination gériatrique et promouvoir les relations avec intervenants libéraux et leur engagement

 Distribution des médicaments au « Centre-Ville » (Chartreux) : réflexion prioritaire à mener pour sécuriser le circuit du médicament. A noter que la concrétisation du projet de rapprochement complet à la PUI permettrait une réelle optimisation de la sécurité du circuit médicament et le redéploiement des moyens infirmiers (temps dédié à ce jour à la préparation des piluliers).

Indicateur	Taux de participation des intervenants libéraux à la commission de coordination gériatrique Revue annuelle de dossiers de soins : nombre d'échelles d'évaluation de la douleur, du risque d'escarre, nombre de protocoles de décision de contention faisant apparaître l'analyse bénéfiques/risques Taux de satisfaction des bénévoles ( <del>réalisation d'une enquête annuelle</del> ou réunion d'expression avec la direction et l'équipe animation) Nombre d'actions du PACQ 2014 réalisées Nombre d'actions correctives mises en place suite au FSEI Nombre annuel de stagiaires accueillis par catégorie Taux d'évolution de la satisfaction des personnels (audit 2013 et à venir)
------------	---

Plan 2 : Comment l'intervention est-elle adaptée en continu et prend-elle en compte les besoins et attentes des personnes accueillies (personnalisation de l'accompagnement)

<b>Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)</b>	<b>Inclus PAQ 2013</b>
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'utilisateur par ce projet.	Oui
4. Effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits	Oui
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.	Oui
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.	Oui
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.	Oui
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.	Oui
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	Oui
12. Formes de mobilisation des professionnels.	Oui



<b>Sous-plan 2.1 : Evaluation et réévaluation des besoins, des attentes</b>
<b>Analyse</b>
<p>La structure est joignable 24h/24 et toute réponse à une demande extérieure est organisée et prise en compte, que ce soit pour un accueil physique (les horaires d'ouverture de l'accueil sont affichés) ou pour une réponse téléphonique (accueil et transferts d'appels organisés en interne vers une unité qui est joignable). L'établissement dispose d'un site internet.</p>
<p>Selon les constats des évaluateurs, l'accueil du nouveau résident fait l'objet d'une procédure spécifique (« procédure d'accueil en EHPAD » 2013) qui décrit toutes les étapes du processus d'admission et d'accueil</p>

c'est à dire du premier contact au jour de l'accueil. Elle concerne l'ensemble des professionnels de l'établissement et décrit les missions de chacun au cours de ce processus.

Un dossier d'inscription est en place (modèle CERFA n°14732\*01) et renseigné lors de toute demande. Ce dernier fait ensuite l'objet d'une étude en commission d'admission qui a lieu tous les 15 jours en présence du médecin coordonnateur, des cadres de santé, de la responsable administrative des admissions et de l'assistante sociale (atout lié au secteur SSR mais qui apporte une valeur ajoutée selon les problématiques individuelles et un accompagnement adapté dans les démarches administratives). Le fonctionnement de la commission de préadmission est retracé dans un règlement de fonctionnement qui lui est propre : les critères d'analyse des dossiers y sont détaillés, critères de décisions d'orientation, évaluation du caractère d'urgence de la demande, modalités de traitement de la demande après validation, gestion de la liste d'attente. A l'issue de cette commission le futur résident et/ou ses proches sont informés des suites données à la demande.

La gestion de la liste d'attente est effective et comprend deux « sous-listes » : liste « active » (demandes en attente d'une place, au jour de la visite 32 dossiers) et liste « préventive » (demandes latentes et qui peuvent être réactivées pour passer en liste « active » selon l'évolution de la situation du demandeur, au jour de la visite 174 dossiers).

Suite à la validation de la demande en commission de préadmission, une rencontre avec le futur résident et/ou ses proches est systématiquement organisée auprès du médecin coordonnateur et du cadre de santé (en cas d'impossibilité de se déplacer et exceptionnellement, le futur résident peut-être rencontré à son domicile ou sur son lieu d'hospitalisation). A cette occasion :

- une évaluation globale et un recueil de données précis sont effectués
- le consentement du résident est recueilli et vérifié
- la notion de désignation de la personne de confiance est en place et formalisée
- une visite et présentation de l'établissement est réalisée

L'admission administrative est réalisée par la responsable des admissions. Les outils prévus par la loi 2002-2 sont en place (livret d'accueil, contrat de séjour et règlement de fonctionnement) et font l'objet d'une remise et présentation au futur résident et/ou ses proches à cette occasion. Le contrat de séjour est signé par le résident (si son état de santé le permet).

Le jour de l'admission, l'attention de l'équipe pluridisciplinaire est portée sur sa qualité : les missions des divers intervenants sont décrites dans la procédure d'accueil et mises en œuvre par les personnes concernées (remise d'une carte de bienvenue ou d'un bouquet de fleurs, aide à l'installation dans la chambre, présentation du service).

L'équipe procède à l'enrichissement du recueil de données (habitudes de vie, volontés, besoins et attentes) en vue de la mise en place du dossier de soins, de l'élaboration du plan de soins individualisé.

Les premiers jours de présence permettent l'alimentation progressive des données en vue de l'élaboration, en équipe pluridisciplinaire, de son projet de vie personnalisé. Un référent soignant est désigné pour chacun des résidents pour faciliter les échanges, le recueil et le suivi des informations (interlocuteur privilégié pour le résident et/ou ses proches).

Les entretiens individuels et collectifs menés ont permis aux évaluateurs de confirmer la place prépondérante de l'accueil dans le processus global de la prise en charge : organisation, qualité de l'écoute et de la rigueur dans le cadre du recueil des informations puis de la réflexion menée autour des besoins et attentes individuels des usagers en amont de l'admission, intégration des proches dans le processus.

Les outils sont pertinents, adaptés et relativement complets. Le recueil des souhaits en lien avec la fin de vie/le décès ne sont pas présents et font l'objet d'un groupe de travail (depuis fin de 2013) autour de l'adaptation ou création de l'outil de recueil (directives anticipées notamment).

## Sous-plan 2.2 : Elaboration du projet personnalisé, mise en œuvre et suivi

### *Analyse*

Un projet de vie individualisé est mis en œuvre pour l'ensemble des résidents accueillis dans l'établissement. Ce dernier est élaboré sur la base du recueil de données établis à l'admission et sur son enrichissement en début de séjour : il tient compte des différentes composantes tels le parcours de vie, les habitudes et rythmes de vie, les problématiques de santé, le degré de dépendance, les liens sociaux et les besoins et attentes en termes de vie sociale.

Ainsi, une réunion de synthèse pluridisciplinaire est organisée à raison d'une fois par mois dans chaque service et constitue un lieu de mise en commun et d'échanges en vue de la formalisation du projet de vie personnalisé.

A l'issue de sa formalisation, il est présenté au résident et/ou à ses proches. La signature par le résident et/ou la personne de confiance n'est pas systématique au jour de l'évaluation externe (selon revue de dossiers).

Il est inséré dans le dossier de soin « papier » du résident et accessible aux professionnels en salles de soins de chaque service. L'utilisation de l'outil informatique « CARIATIDES » est à développer en vue de faciliter l'alimentation du recueil de données par l'ensemble des catégories socioprofessionnelles contribuant à son élaboration et à centraliser les informations.

L'individualisation de l'accompagnement et le respect des besoins et attentes constitue une culture commune, dans l'ensemble des processus de prestations :

- soins et accompagnement : plans de soins et organisations selon le recueil de données (flexibilité et adaptation maximales des équipes dans la limite des contraintes liées la collectivité), spécifique pour le service du « jardin de la Bruche » selon les spécificités liées aux troubles démentiels et/ou du comportement
- vie sociale : activités proposées selon le recueil de données établi et lien avec les objectifs du projet de vie individualisé, interactions fortes entre équipes soignantes et personnel d'animation
- prestation linge : le personnel de lingerie est chargé de la distribution du linge ce qui constitue un atout pour la prise en considération du soin vestimentaire.
- restauration : recueil et respect des goûts alimentaires, travail en lien avec une diététicienne (équilibre alimentaire, adaptation des textures (haché, mixé, « finger food... ») ; plage horaire large pour la prise du petit déjeuner, efforts organisationnels récents et à poursuivre quant aux horaires du dîner notamment afin de le proposer plus tard, ainsi qu'un temps de repas (déjeuner et dîner) assez long pour permettre à chacun de manger à son rythme. Création à venir d'un Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)...

Grâce à un management adapté, valorisant, encourageant et fondé sur le respect des bonnes pratiques professionnelles, la notion de projet de vie individualisé est totalement appropriée par l'ensemble des acteurs de l'accompagnement.

### **Points remarquables du plan**

-  Rigueur et organisation du processus d'admission : identification des interventions de chacun, qualité de la préadmission et attention portée à la qualité de l'accueil du premier jour, existence et fonctionnement de la commission d'admission (cf. RBPP « *Qualité de vie en EHPAD* », Volet 1 « *De l'accueil de la personne à son accompagnement* »)
-  Possibilité de recours à une assistante sociale grâce à la mutualisation de moyens issus du secteur sanitaire
-  Très bonne tenue des dossiers et des listes d'attente
-  Personnalisation des espaces privatifs facilitée et encouragée
-  Culture générale et cohérence entre les discours et actions/respect des croyances et valeurs des résidents portée par l'engagement de l'encadrement de proximité : écoute, accompagnement des équipes, pédagogie...
-  Identification de temps spécifiques dédiés aux échanges pluridisciplinaires autour du projet de vie individualisé : réunions de synthèses
-  Projet de vie individualisé en place : démarche engagée, supports et appropriation
-  Recueil de données précis et complet : ensemble des champs d'accompagnement pris en considération
-  Mobilisation et implication de tous les acteurs au niveau de chaque service de soins et logistique autour de l'individualisation des prestations : diététicienne, lingères, animation référentes soignantes identifiées pour chacun des résidents

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

-  Poursuivre l'enrichissement du recueil de données en lien avec la fin de vie (directives anticipées...) et formalisation d'une procédure spécifique
-  Pérenniser les démarches engagées par rapport à l'élaboration du projet de vie individualisé et au recueil de données : planification de la réactualisation, développement de l'outil informatique pour plus de facilités
-  Encourager et développer la participation du résident et/ou des proches à l'élaboration du projet de vie individualisé et son suivi (cf. RBPP « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* », chap. 4.1 « *Inviter systématiquement les personnes à participer à la prise de décision* »)
-  Poursuivre les démarches de réflexion et d'adaptation de l'organisation relatives aux horaires de repas

<b>Indicateur</b>	Taux de satisfaction relatif à l'accueil et l'admission Taux de PVI signés par le résident Taux de satisfaction des résidents quant au respect de leurs rythmes et habitudes de vie (lever, toilette, repas, coucher)
-------------------	---

## Plan 3 : Respect des droits fondamentaux des personnes

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

### Synthèse graphique du plan



### Sous-plan 3.1 : Accompagnement continu de la liberté et respect des droits fondamentaux

#### Analyse

Les documents consultés, les séquences d'observation ainsi que les différentes interviews réalisées ont permis aux évaluateurs externes de constater l'effectivité de la prise en compte et du respect des droits des usagers. Cette notion de respect des droits fait partie des valeurs partagées au sein de la structure, et à laquelle les professionnels font référence dans le cadre de la mise en œuvre de leurs pratiques quotidiennes malgré les contraintes liées à la collectivité.

D'une part, les outils de la loi 2002-2 sont en place, connus et expliqués aux usagers dès leur admission. Traçabilité précise concernant la désignation de la personne de confiance. Concernant le droit à l'information, seul l'affichage du règlement de fonctionnement n'est pas effectif au moment de l'évaluation externe. Il n'existe pas de personnes qualifiées nommées dans le Bas Rhin.

La charte des droits et libertés de la personne âgée est affichée dans l'établissement et est remise aux résidents avec le livret d'accueil.

Le recueil du consentement est assuré dans le cadre de la procédure d'admission puis tout au long du séjour pour la réalisation des soins. Le travail en pluridisciplinarité permet les échanges au sein de l'équipe lorsqu'un refus de soins apparaît : temps de transmissions, réunions de synthèse dans le cadre du projet personnalisé...

L'accès aux dossiers individuels des résidents est sécurisé : ils sont stockés en salles de soins rendues inaccessibles aux personnes étrangères aux services par un digicode, le logiciel « CARIATIDES » possède un accès sécurisé par mot de passe. La demande d'accès au dossier de soins par un résident est encadrée par une procédure spécifique. Le circuit d'archivage des dossiers est organisé et sécurisé : l'archivage est réalisé par une aide-soignante et par la responsable des admissions. L'archivage est différencié (dossier administratif et dossier médical archivés séparément).

Les notions de respect relatives au secret professionnel et à l'obligation de discrétion sont portées à la connaissance des nouveaux agents par l'encadrement à l'occasion du recrutement et sont rappelées régulièrement, autant que de besoins et suivant les situations rencontrées (transmissions orales, réunions d'équipe...).

La visite sur site a permis de vérifier l'effectivité des droits lors de différentes situations de vie au sein de la structure :

- la qualité de la communication auprès des résidents : vouvoiement systématique, politesse et écoute des professionnels
- l'intimité et la dignité des résidents qui sont préservées : soins réalisés portes fermées, clef de chambre, tenue vestimentaire adaptée des résidents...
- la personnalisation des chambres est effective
- la possibilité qui est offerte aux résidents de pratiquer leur culte et leurs droits civiques : l'établissement est facilitateur
- la liberté d'aller et venir à l'intérieur et à l'extérieur de la résidence : les résidents ont la possibilité de se rendre à l'extérieur comme ils le souhaitent, l'établissement veille toutefois à ce que l'exercice de ce droit se fasse en toute sécurité ; dans les limites des contraintes architecturales liées à l'histoire des bâtiments (Par exemple : l'escalier peu adapté mais classé historiquement et sur lequel aucune adaptation ne peut être réalisée). Pour les personnes accueillies en secteur protégé (« Le jardin de la Bruche »), les modalités d'admission et de sortie sont définies et discutées en équipe pluridisciplinaire. La liberté de circuler dans cette unité est effective grâce au cadre sécurisé.
- le libre choix des intervenants extérieurs est respecté

#### **Concernant la politique de promotion de la bientraitance :**

La dynamique de promotion de la bientraitance au sein de l'établissement est positive et la cohérence des discours entre les différentes catégories socioprofessionnelles et hiérarchiques témoigne de l'appropriation d'une culture globale fondée sur les valeurs essentielles à cette culture de bientraitance (respect, dignité, écoute.. des résidents).

En 2009, l'établissement a adhéré à la démarche Mobiqual.

Cette thématique apparaît au plan de formation : un groupe par an.

En outre, l'encadrement déploie divers outils de management propices à l'appropriation de la notion de bientraitance et encourage une vigilance spécifique en la matière :

- l'importance donnée à la pluridisciplinarité : réunions de synthèse, élaboration du PVI, temps laissé à la parole et à la réflexion...
- les entretiens annuels d'évaluation permettent de revenir individuellement sur les questions s'y rapportant et d'aborder la notion de signalement
- les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) et les temps d'analyses de pratiques professionnelles

Enfin, l'élaboration d'un projet spécifique intitulé « la bientraitance en EHPAD : quels enjeux ? » a été rédigé fin 2013 et sera mis en place dans chaque service au cours de ce premier semestre 2014. Il a pour objectifs principaux de :

- renforcer la définition et la dynamique commune des professionnels autour de ce concept de bientraitance
- d'identifier un temps de réflexion et de questionnement en équipe autour des pratiques professionnelles quotidiennes

Le contenu et la mise en œuvre de ce projet prend appui sur la législation en vigueur et sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

Enfin, un groupe de travail et de réflexion intitulé « commission éthique et bientraitance » existe au sein de l'établissement. Ce dernier a été suspendu dernièrement mais la volonté de l'encadrement est de le remettre en place prochainement.

La culture du signalement est encouragée et effective. La procédure de signalement est connue par le personnel et le positionnement de la direction sur le devoir de signalement est clair (déclaration faite à l'ARS dès que cela s'avère nécessaire).

### **Sous-plan 3.2 : Développement et promotion de l'expression individuelle et collective**

#### *Analyse*

Afin de favoriser et recueillir l'expression individuelle et collective des résidents, l'hôpital local de Molsheim développe un certain nombre de moyens et d'outils.

#### **Concernant l'expression individuelle :**

En premier lieu, il convient de mettre en exergue le sentiment de satisfaction exprimé par les résidents et/ou proches rencontrés par les évaluateurs externes. En effet, ils ont souligné l'accessibilité de l'ensemble des professionnels lors de leurs demandes et/ou sollicitations individuelles et leur satisfaction globale quant au respect de leur rythme et habitudes de vie (lien avec la qualité du recueil de données et l'individualisation de l'accompagnement).

Un registre des réclamations et des plaintes est en place. Un suivi est adapté et la communication auprès du résident et/ou de ses proches est établie en vue d'apporter une réponse adaptée.

Il existe une démarche d'enquêtes de satisfactions (dernière réalisée début d'année 2014), en cours de dépouillement lors de la visite sur site. Les professionnels font état des difficultés rencontrées quant au remplissage de cette enquête auprès de résidents (liées à la perte d'autonomie cognitive notamment). Les résultats leur paraissent alors peu exhaustifs. La recherche et l'adaptation des outils de recueil est à encourager.

### **Concernant l'expression collective :**

Le conseil de la vie sociale est en place et fonctionne : un compte-rendu du 19/09/2013 remis aux évaluateurs et le règlement de fonctionnement du CVS est formalisé (version du 24/02/2012).

Néanmoins, les échanges réalisés par les évaluateurs auprès des représentants des usagers au CVS ont permis la mise en lumière d'un besoin de développement et d'information au sujet de cette instance afin d'enrichir son fonctionnement général et de pouvoir remplir davantage son rôle de représentation de l'expression collective des usagers. Il apparaît ainsi quelques pistes de réflexion : renforcement de l'information et de la communication sur l'existence et les missions du CVS, sur l'identité des personnes élues, amélioration des liens et échanges « usagers/représentants du CVS et établissement/représentants du CVS », le cas échéant, proposer une formation.

L'expression collective des usagers est également permise grâce à la mise en place d'autres moyens opérationnels :

- les assemblées générales des résidents par service (cf. CR 2011 et 2012) et qui nécessitent à ce jour d'être ré initiées
- la commission des menus (1 par trimestre en moyenne),
- la commission linge (2 fois par an en moyenne),

A noter que pour ces deux dernières commissions, la participation des résidents est indirecte car c'est le personnel présent qui fait état de ce que les résidents expriment au quotidien.

La politique et la volonté globale de la structure de recueillir l'expression des usagers et leur satisfaction afin de réajuster leurs plans d'actions sont effectives.

Cependant et d'une manière globale, les objectifs d'améliorations futures à ce propos seront d'adapter les outils pour faciliter leur appropriation par les usagers et ainsi favoriser leur participation, de développer les moyens de communication des résultats et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

### **Sous-plan 3.3 : Intégration des représentants familiaux et légaux**

#### *Analyse*

Outre le cadre réglementaire du Conseil de la Vie Sociale, les échanges avec les professionnels et les usagers (famille, résidents) ont permis de constater une dynamique positive autour de l'intégration des proches du résident (familles, représentants légaux, amis...) dans le quotidien de la vie de l'établissement.

Pour cela, différents points ont été mis en avant :

- des échanges systématiques ont lieu avec les proches lors de la préadmission et admission en lien avec la complétude du recueil de données,
- la sollicitation de la famille ou représentant légal dans le cadre de l'élaboration du projet de vie individualisé est recherchée : mais cela n'est pas rendu systématique au jour de l'évaluation,
- la participation des familles et/ou proches est encouragée lors de certaines activités organisées : sorties, fêtes, repas à thème... et à ce qu'ils investissent les lieux collectifs ; ils peuvent également faire partie de « l'association des personnes âgées de l'hôpital de Molsheim »,
- la disponibilité et la qualité des échanges avec les équipes soignantes sont appréciées par les familles et/ou proches,
- les sorties des résidents avec leurs proches sont encouragées et valorisées, que ce soit en EHPAD ou au sein de l'unité de vie protégée,
- les résidents ont la possibilité d'inviter leurs proches pour un repas. Cependant, il n'existe pas de lieu spécifique dédié,
- les horaires de visites sont libres de manière générale ; lors d'une situation d'accompagnement de fin de vie, les proches peuvent être présents autant qu'ils le souhaitent et leurs besoins sont pris en considération,

– le poste de psychologue est également un atout dans le cadre de l'accompagnement des proches face aux difficultés liées au placement et/ou à la complexité de prise en charge (fin de vie, spécificités de la prise en charge en unité de vie protégée...).

D'une manière générale, l'équipe est attentive et investie dans le cadre de l'intégration des proches et favorise les échanges avec eux au bénéfice de la qualité de la prise en charge individualisée des résidents. Cependant, quelques actions complémentaires permettraient parfois aux familles/proches de mieux comprendre le fonctionnement global de la structure et ainsi de renforcer les liens fonctionnels et de confiance.

Ainsi et au regard des informations recueillies lors de la visite sur site, le développement des démarches d'intégration des familles/proches à la vie de l'établissement et la mise en œuvre de nouveaux moyens propices à cela sont encouragés. Il s'agit notamment de promouvoir l'information et la communication sur la vie de l'établissement (affichage, journal interne, Nouvelles Technologies d'Information et de Communication (NTIC)...), de recueillir leur satisfaction (qui permet une vision croisée à celle des résidents), de développer leur participation aux groupes de travail (commission des menus, commission linge, élaboration du projet d'animation, d'établissement,...).

### ***Points remarquables du plan***

-  Culture institutionnelle mettant l'accent sur le respect des droits : d'aller et venir, d'expression, civiques religieux, confidentialité des informations et modalités d'accès.
-  Promotion de la bientraitance : culture engagée, déployée aux moyens de divers outils de management, de participation et d'engagement du personnel (*cf. RBPP « La bientraitance, définition et repères pour la mise en oeuvre », repère 4 « Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance »*)
-  Registre des plaintes tenu et suivi
-  Culture du signalement
-  Volonté et démarche de mesures de la satisfaction des usagers : assemblées générales des résidents, différentes commissions visant à adapter les actions selon les besoins et attentes des résidents
-  Savoir être des équipes: accessibilité, disponibilité et écoute par rapport aux demandes des usagers
-  Dynamique de recherche et de mise en œuvre de l'intégration des proches

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

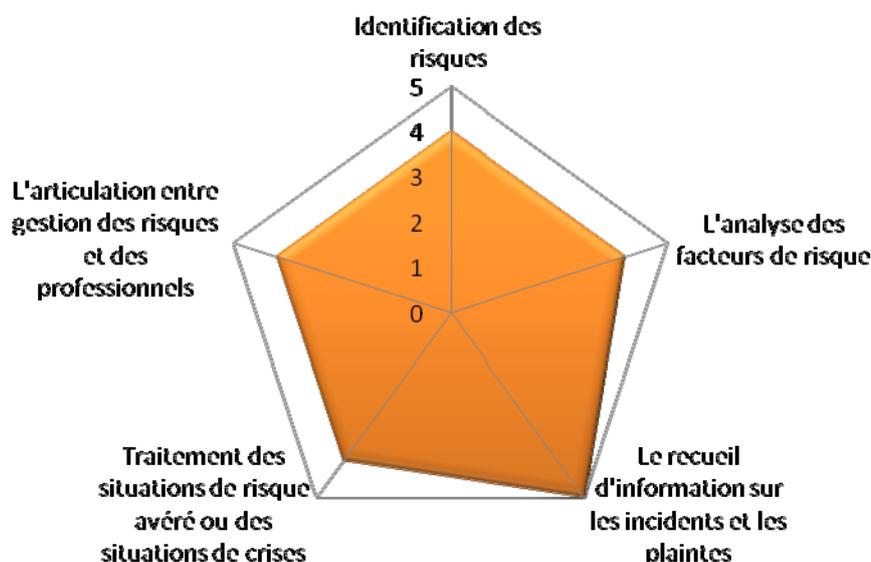
-  Améliorer le fonctionnement du CVS par le développement des liens et échanges existant entre les représentants des usagers, les usagers et l'établissement
-  Réunir le CVS au moins trois fois par année (Article D 311.16 du CASF)
-  Renforcer l'appropriation des missions des représentants des usagers au CVS : information et formation
-  Développer et adapter les outils de recueil de la satisfaction et l'information sur les réponses et suites données : reprise des assemblées générales des résidents, outils spécifiques à l'UVP, enquêtes de satisfaction spécifiques pour les familles/proches, développer la participation directe des résidents aux différentes commissions...  
(cf. RBPP « *Qualité de vie en EHPAD* », Volet 3 « *La vie sociale des résidents en EHPAD* », chap. 3 « *La participation du résident et de ses proches à la vie de l'établissement* »)
-  Encourager la reprise du « comité éthique » et la mise en œuvre du projet « La bientraitance en EHPAD » (notion interservices)
-  Procéder à l'affichage du règlement de Fonctionnement (cf. CASF R. 311-34)

Indicateur	Taux d'évolution de la satisfaction Nombre de points à améliorer formalisés dans les questionnaires de satisfaction Taux de participation des professionnels au projet « La bientraitance en EHPAD : quels enjeux ? » Nombre d'avis consultatifs rendus par le CVS
------------	---

**Plan 4 : Comment les besoins de protection des personnes sont-ils identifiés au regard de leur vulnérabilité ? Quelle réponse est-elle apportée ?**

<b>Thématiques spécifiques traitées dans le plan (décret 2007-975, chapitre II, section 3)</b>	<b>Inclus PACQ 2013</b>
3. Conditions d'élaboration du projet personnalisé et prise en compte des besoins et droits de l'utilisateur par ce projet.	Non
5. Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.	Non
6. Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.	Non
7. Capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.	Non
8. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.	Oui
9. Prise en compte des facteurs de risque.	Oui
10. Capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.	Oui
11. Respect des critères énoncés par la réglementation et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	Oui
12. Formes de mobilisation des professionnels.	Oui
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.	Non

## Synthèse graphique du plan



### Sous-plan 4.1 : Identification des risques liés à la situation des personnes et aux conditions d'accompagnement

#### *Analyse*

L'évaluation des risques est en place. Les évaluateurs ont pu constater l'utilisation d'outils divers : échelles pour l'évaluation du risque d'escarre, pour la douleur. Les chutes sont déclarées, le risque de dénutrition est évalué et suivi.

Le plan de formation 2014 comprend des thématiques en lien avec les risques rencontrés : douleur, dénutrition, le chuteur âgé, les pansements et cicatrisation, prise en charge de la santé bucco-dentaire, communiquer avec les personnes « Alzheimer ».

Une cartographie des risques est en cours de finalisation et identifiera les risques a priori et a posteriori pour l'ensemble de l'établissement.

### Sous-plan 4.2 : L'analyse des facteurs de risque

#### *Analyse*

Lors de la visite, il a pu être constaté une bonne organisation en matière de gestion des risques :

#### **- Sécurité des personnes et des biens :**

La maintenance obligatoire des locaux est assurée par des organismes agréés. Les visites de contrôles sont à jour. Le dernier passage de la commission de sécurité a eu lieu en août 2013 pour les deux sites avec un avis favorable et les remarques sont suivies d'effet par la direction.

La gestion et la conservation des documents inhérents à la sécurité sont effectuées par le directeur (registre de sécurité).

L'établissement maîtrise et prévient les risques également par des actions de formations régulières pour les salariés : une formation incendie est réalisée chaque année par un organisme extérieur, des exercices sont réalisés en collaboration avec les pompiers, un des agents du service maintenance possède le SSIAP 1 et forme les professionnels sur la centrale incendie. Un système de vidéosurveillance positionnée uniquement au niveau des sorties de secours a été mis en place dans le nouveau bâtiment de Krummbruechel pour prévenir les sorties intempestives des résidents (pour lesquels les sorties seuls pourraient être dangereuses). Des téléphones sont à disposition dans les couloirs des services.

La maintenance des deux sites est effectuée en interne. Les travaux sont suivis par le responsable technique (bons de réparation), un plan d'investissement annuel existe.

Les locaux techniques sont fermés à clés et le stockage de produits potentiellement dangereux est limité. Les locaux de stockage de produits et matériels divers dans les services, en revanche, ne le sont pas systématiquement.

L'établissement dispose d'un groupe électrogène, qui est opérationnel (test et maintenance assurés régulièrement). Un relevé de température de l'eau est réalisé selon un protocole bien défini par le service maintenance. Le dernier rapport du centre d'analyses et de recherches d'ILLKIRCH en date du 13 janvier 2014 montre une absence de légionelle, ce rapport est transmis à l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement.

Un système d'astreinte (médical, technique, administratif) est en place 24h/24. Les équipes rencontrées de jour comme de nuit connaissent les conduites à tenir en cas d'intrusion, de gestion d'une urgence vitale, incendie...

#### **-Risques liés au circuit du médicament :**

Comme spécifié dans le sous plan 1.2, le circuit du médicament est dans l'ensemble sécurisé : l'hôpital travaille en partenariat avec la PUI qui dépend du GCS d'Obernai pour le secteur sanitaire mais l'EHPAD n'est pas intégré en totalité à ce fonctionnement (attente d'autorisation de changement d'option tarifaire). L'avenant signé entre le GCS et l'hôpital précise la prestation réalisée. L'approvisionnement des médicaments est réalisé par des officines de villes (principe du libre choix des résidents respecté). Les dispositifs médicaux stériles, des solutés et des antiseptiques dans l'ensemble des services d'EHPAD sont fournis par la PUI. La PUI « Pharmacie Interhospitalière » du GCS, met en place une Dotation pour Besoin Urgent de médicaments « stupéfiants » dans l'ensemble des services d'EHPAD. Elle met à disposition les médicaments du chariot d'urgence à l'EHPAD KRUMMBRUECHEL.

Les services d'EHPAD bénéficient de la politique du médicament mise en place sur le SSR et l'USLD, ce qui contribue à une sécurisation du circuit (en lien avec l'arrêté du 6 avril 2011) : intégration à la COPECM et à son PAQ 2014/2016, réalisation d'INTERDIAG de l'ANAP, conseils sur le bon usage des médicaments.

Dans les services, le stockage des médicaments est effectué de manière sécurisée dans l'ensemble des services (locaux dédiés et chariots sécurisés). La préparation des piluliers est réalisée par les infirmières selon la prescription des médecins traitants. Plus de 30 médecins libéraux interviennent au sein de l'EHPAD. Les prescriptions sont en majorité tracées dans Cariatide et peuvent encore être parfois orales. La sécurité de l'administration est à améliorer : la traçabilité de l'administration n'est pas réalisée en temps réel, les modalités de distribution des médicaments du soir à l'EHPAD du centre-ville sont à revoir car les médicaments sont déposés vers 15h30 dans la chambre des résidents. (pour le Chartreux)

#### **- Hygiène des locaux et Risques infectieux :**

Lors de la visite sur site, les locaux sont apparus propres et bien entretenus. La prévention et le traitement du risque infectieux sont suivis par l'EOHH de l'hôpital de Sélestat avec qui une convention est signée.

Des protocoles divers existent et sont remis à jour : bionettoyage, entretien d'une chambre, lavages des mains, AES, conduites à tenir diverses (en cas de légionellose, Clostridium Difficile....). La traçabilité de l'entretien des locaux existe. Les professionnels sont formés régulièrement notamment par l'infirmière hygiéniste et le plan de formation 2014 intègre des formations sur l'hygiène. A noter qu'une sensibilisation sur les « Précautions standard » est réalisée lors de la journée d'accueil des nouveaux agents.

Le document d'analyse du risque infectieux (DARI) a été effectué par l'EOHH dès 2011. Une réévaluation a été réalisée en février 2014 et montre une amélioration dans la maîtrise du risque infectieux (82.2 % d'objectifs atteints). Un plan d'actions en découle.

#### **-Risques inhérents à la gestion du linge :**

Le circuit du linge est organisé et globalement satisfaisant. L'établissement a intégré les normes RABC à son circuit du mieux possible compte-tenu de la configuration actuelle des locaux de la lingerie qui ne se sont à l'heure actuelle que partiellement adaptés à la notion de « marche en avant » et pour lesquels un projet de réaménagement des locaux est prévu très prochainement.

L'appui de l'infirmière de l'EOHH constitue une aide précieuse et pertinente dans la mise aux normes du circuit du linge au regard des bonnes pratiques en hygiène : travail en commun avec le cadre supérieur de santé et l'équipe de la lingerie sur l'adaptation du circuit, la formation des procédures.

#### **- Risques liés au circuit des déchets :**

Le circuit des déchets est organisé et de qualité.

Les interventions de l'infirmière de l'EOHH a permis son adaptation, sa réorganisation et la formalisation des procédures et conduites à tenir s'y rapportant.

#### **- Hygiène alimentaire :**

Lors de notre rencontre avec l'équipe de cuisine, les évaluateurs ont pu constater que la démarche HACCP était en place : formalisation de procédures, connues des professionnels, réalisation d'audits de conformité réguliers par un organisme extérieur. Le plan de maîtrise sanitaire est en bonne voie de finalisation. L'établissement a été accompagné par un organisme extérieur pendant près d'une année pour son élaboration et la responsable qualité y a également participé. La dernière visite des services vétérinaires date de mars 2011. Elle a fait l'objet d'améliorations suivies d'effet : PMS à mettre en place afin d'améliorer les non conformités liées à l'architecture actuelle : la cuisine, restructuration de la cuisine.

Une forte implication du service restauration a pu être constatée quant à la recherche et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

### **Sous-plan 4.3 : Le recueil d'information sur les incidents et les plaintes**

#### *Analyse*

Comme déjà abordé dans le sous plan 3-2, l'expression des usagers est facilitée, le recueil des incidents et des plaintes est favorisé par :

- l'encadrement intermédiaire en place
- le CVS
- le circuit de signalement des événements indésirables
- les AG de résidents
- Les questionnaires de satisfaction

Le registre des plaintes et réclamations tenu par le Directeur recense clairement les retours des usagers et fait état de peu d'incidents. En 2012, une analyse de ce registre a été présentée en CVS.

Les résidents rencontrés nous ont verbalisé leur facilité à s'exprimer si besoin et à être entendus.

Il a pu être relevé que les Assemblées Générales avaient été très appréciées par les usagers et les professionnels et aboutissaient à la validation d'actions d'amélioration.

#### **Sous-plan 4.4 : Comment sont traitées les situations de risque avéré ou les situations de crises ?**

##### *Analyse*

Les documents règlementaires sont mis en place : plan bleu (2007), plan de continuité d'activité, plan blanc, plan local de gestion d'une épidémie (du SSR). Un protocole canicule est établi conformément au plan national canicule (fiche action). Des exercices ne sont pas réalisés, mais la liste des numéros de téléphone est tenue à jour, la cellule de crise pouvant être facilement activée si besoin. L'établissement dispose de trois ~~deux~~ salles à manger et de quatre ~~deux~~ lieux de vie climatisés. Au cours des investigations sur site, les professionnels et notamment le personnel de nuit ont clairement pu identifier des conduites à tenir en cas d'intrusion, d'incident technique.

#### **Sous-plan 4.5 : L'articulation entre gestion des risques et des professionnels**

##### *Analyse*

Existence et fonctionnement du CHSCT qui s'est réuni trois fois en 2013. Le document unique est en place et a été actualisé en septembre 2013. Des risques psycho-sociaux ont été relevés avec des actions d'améliorations que l'on retrouve dans les PV des réunions du CHSCT (ex : former les membres du CHSCT et le personnel d'encadrement à l'évaluation et à la prévention des RPS pour mieux suivre l'avancée des actions entreprises et évaluer régulièrement, à travers le groupe d'analyse de la pratique la situation de l'institution au regard des facteurs de risques psychosociaux). Le plan de formation intègre des formations de prévention des risques professionnels (gestes et postures de manutention, gestes d'urgence base et rappel, ma pratique professionnelle et moi...). Des évaluations ont été réalisées sur les TMS des ASH et de soignants et d'autres sont programmées pour les autres postes de travail et sur les RPS dans le cadre du CLACT 2013.

#### *Points remarquables du plan*

-  Politique générale de gestion des risques définie et suivie (cf. RBPP « *Qualité de vie en Ehpad, volet 4, L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, Partie III La prévention et la gestion des risques liés à la santé* »)
-  Démarche d'évaluation des risques « a priori » engagée
-  Sécurité des biens et des personnes assurée
-  Astreintes organisées sur toutes les thématiques
-  Convention avec l'EOHH : forte implication de l'infirmière hygiéniste et participation au CLIN
-  Elaboration et pertinence des différents circuits au regard des moyens architecturaux (exemple : optimisation du circuit du Linge)
-  Prise en compte des risques professionnels lors de projets de réaménagement (lingerie par exemple)
-  PMS : mise en œuvre en cours, appropriation, démarche globale d'amélioration

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

-  Finaliser la cartographie des risques
-  Poursuivre la réflexion et des actions par rapport aux risques psychosociaux
-  Finaliser le plan de maîtrise sanitaire
-  Poursuivre les démarches d'investissement pour l'aboutissement des projets lingerie (RABC) et cuisine
-  Veiller à la fermeture des locaux de stockage
-  Intégrer les lits d'EHPAD dans le circuit PUI
-  Sécuriser la distribution des médicaments au « centre-ville » (Chartreux)
-  Réactiver le circuit de déclaration et d'analyse des erreurs médicamenteuses
-  Finaliser le projet « wi-fi » permettant la validation de l'administration en temps réel

Indicateur	Nombre d'échelles d'évaluation de la douleur, du risque d'escarre Taux de participation des professionnels à des actions de formation continue en lien avec la gestion des risques Taux de réalisation des actions d'amélioration validées par la COPECM Taux de satisfaction des professionnels (audit social) Nombre de prescriptions informatisées
------------	---

## 5. CONCLUSIONS.

	Favorable - Atout	Défavorable - Handicap
Interne	<p><b>Forces.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Prise en charge globale adaptée au regard des besoins de la population : EHPAD et Unité de Vie Protégée</li> <li>-Management de proximité de grande qualité apportant de la cohérence dans les discours pluridisciplinaires et les actions d'accompagnement en place</li> <li>-Management par la qualité</li> <li>- Démarche stratégique prospective</li> </ul>	<p><b>Faiblesses.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Locaux du site du Centre-Ville nécessitant des travaux de restructuration pour une meilleure adaptation du cadre de vie des résidents (projet architectural en cours)</li> </ul>
Externe	<p><b>Opportunités.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Inscription de la structure dans le paysage local grâce à une intégration dans la vie sociale et communale</li> <li>- Négociation de la convention tripartite</li> </ul>	<p><b>Menaces.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Environnement incertain lié au contexte économique et financier</li> <li>- Cadre réglementaire contraignant</li> </ul>

## 6. ANNEXES .

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

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

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

#### Introduction

---

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

L'établissement a été pleinement impliqué dans la réalisation de l'évaluation interne.

La démarche mise en place dès 2011 a été conduite par un comité de pilotage. Une méthodologie précise et formalisée a été validée et définissait le périmètre, le référentiel, les modalités de participation de chacun.

L'évaluation a porté sur quatre grands thèmes :

- La promotion de l'autonomie, de la qualité de vie, de la santé et de la participation sociale au sein de l'établissement;
- La personnalisation de l'accompagnement;
- Les droits fondamentaux;
- Les besoins de protection et de prévention des risques.

Les résidents ont été intégrés via des assemblées générales.

Les familles sont également associées à la démarche, notamment par le biais du Conseil de la Vie Sociale dès 2012.

Un plan d'actions d'amélioration, structuré selon le référentiel créé par l'établissement, découle de cette démarche.

La mise en œuvre d'améliorations est effective : actualisation de la procédure d'accueil, élaboration d'une trame de projet de vie personnalisé, réalisation d'une lettre qualité, mise en place de la journée d'intégration des nouveaux arrivants ...

Les actions d'amélioration identifiées lors de l'évaluation interne en 2012 encore non réalisées sont actuellement intégrées dans le programme d'amélioration continue de la qualité de l'hôpital :

Le PACQ 2013 reprend des actions clairement identifiées « EVALUATION INTERNE ».

Le pilotage en place actuellement permet un suivi et un bilan périodique (réunion de direction mensuelle et révision intégrale du PACQ une fois par trimestre).



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

Lors de l'évaluation, il a été constaté une prise en compte par l'établissement de la réglementation et des critères énoncés par l'ANESM. Les recommandations ne sont pas à disposition des professionnels mais l'encadrement connaît les principales recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM et veille à les utiliser, diffuser et véhiculer leur contenu auprès des personnels lors des groupes de travail, des temps de réunion en équipe ; ce qui permet une appropriation réelle des pratiques.

Le projet d'établissement 2008/2012 n'intègre pas les recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles qui n'étaient pas publiées au moment de l'élaboration du projet.

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

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

Le Projet d'établissement 2008-2012 de l'Hôpital local de Molsheim est basé sur une analyse approfondie interne et externe de son environnement.

L'ensemble des objectifs découle de ce diagnostic stratégique poussé et semble pertinent au regard de la population accueillie et de la vocation de l'établissement.

La méthodologie employée pour l'élaboration du projet d'établissement basée sur une démarche participative et un appui méthodologique externe a permis l'imbrication des projets entre eux.

Ainsi, les objectifs déclinés dans le projet d'établissement 2008/2012 sont cohérents entre eux et répondent aux besoins des personnes âgées accueillies mais aussi des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans la structure.

Le plan d'amélioration continue de la qualité intègre les objectifs du Projet d'établissement et permet le suivi des actions.

Le nouveau projet d'établissement qui couvre la période 2013/2017 n'est certes pas encore réalisé, mais l'établissement a formalisé dans son CPOM (avenant n°2 du 1<sup>er</sup> février 2013) des objectifs concernant le secteur EHPAD : création d'un PASA, approvisionnement par le PUI du GCS d'Obernai, mutualisation des instances sanitaires et médico-sociales (CRUQPC/CVS, CLUD partagé), déploiement de Trajectoire, réduction des chambres à deux lits en EHPAD en service de soins de longue durée.

## 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 ;

L'établissement, par la démarche prospective qu'il déploie, adapte ses objectifs aux besoins en évolution des usagers qu'il accueille avec les moyens dont il dispose.

L'établissement est dans l'attente de la renégociation de sa troisième convention tripartite basée notamment sur une nouvelle coupe Pathos.



La qualité et le maintien des locaux et du matériel ainsi que les projets de restructuration démontrent la capacité de l'établissement à s'adapter et à réagir en vue d'assurer son bon fonctionnement.

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

La gestion des ressources est organisée et rigoureuse où les missions de chacun sont bien définies et connues. Le statut de la Fonction Publique et des agents contractuels de droit public régit le recrutement, la rémunération, l'évaluation, le droit à la formation continue. La GPMC est en place : fiches de postes en cours de finalisation, entretien annuel, pyramides des âges, audit social...

L'établissement adapte le profil des professionnels aux besoins de la population : formation d'aides-soignantes au poste d'assistantes de soins gérontologiques, recrutement d'aides médico-psychologiques.

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

L'établissement accorde une importance à l'accueil et à l'intégration des nouveaux professionnels : remise d'un livret d'accueil très complet, tutorat en place, organisation de journée d'accueil du nouvel arrivant.

L'établissement permet aux professionnels d'actualiser leurs connaissances : chaque année, un plan de formation est établi et approuvé par le CTE. Il est établi en fonction des objectifs institutionnels et des demandes individuelles formulées par les personnels lors des entretiens annuels d'évaluation.

L'expression des professionnels semble facilitée avec une communication ascendante et descendante solide. La qualité de l'encadrement de proximité (cadres de santé) a été soulignée par les professionnels et l'organisation en place le confirme.

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 ;

L'établissement est engagé dans une réelle démarche qualité et de prévention des risques professionnels :

-Le DU a été actualisé en 2013 (validation CHSCT 30/09/13) : des risques psycho-sociaux ont été relevés avec des actions d'améliorations que l'on retrouve dans les PV des réunions du CHSCT (ex : former les membres du CHSCT et le personnel d'encadrement à l'évaluation et à la prévention des RPS pour mieux suivre l'avancée des actions entreprises et évaluer régulièrement, à travers le groupe d'analyse de la pratique la situation de l'institution au regard des facteurs de risques psychosociaux).

- Le CHSCT s'est réuni trois fois en 2013

-Des diagnostics ont été réalisés sur les TMS de deux postes de travail (ASH et soignant) et d'autres sont programmés notamment sur les TMS sur les autres postes de travail et sur les RPS



dans le cadre du CLACT 2013.

- Un audit social a été réalisé début 2013, les résultats ont été analysés par la direction, les cadres et les IRP. Des actions d'amélioration seront proposées notamment dans le cadre du projet social à venir.

L'organisation et la gestion des ressources humaines tiennent compte des contraintes liées à l'absentéisme (taux faible).

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

Le projet d'établissement 2008/2012 décrit les caractéristiques du public accueilli et son inscription dans son environnement. Les projets architecturaux et de réécriture du projet d'établissement tiennent compte de l'évolution de ces éléments et donc des besoins d'adaptation des objectifs.

Ainsi, les prestations d'accompagnement proposées répondent aux besoins et attentes des résidents : la cohérence entre les discours des professionnels et des usagers reflète l'adéquation des moyens mis en œuvre avec les effets positifs pour les usagers.

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

La visite sur site a largement permis de vérifier que l'établissement mobilise les moyens (matériels, financiers et humains) dont il dispose afin de répondre aux objectifs déclinés dans les projets personnalisés.

Pour cela, la mise en œuvre du processus d'accompagnement repose sur la personnalisation des actions (de la préadmission à la sortie du résident) et le travail en pluridisciplinarité.

Les entretiens réalisés et les temps d'observation des pratiques, ont permis de prendre la mesure de l'implication, des capacités d'adaptation et de réactivité des équipes ; démarches encouragées et valorisées par un encadrement de proximité efficace et pertinent.

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

---

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

L'hôpital local de Molsheim est ouvert à et sur son environnement tant pour l'optimisation de la prise en charge médicale (adaptée aux besoins spécifiques du public accueilli) que pour la qualité de vie sociale (interventions de partenaires en lien avec le service animation).

Ainsi, plusieurs conventions sont signées avec des structures issues du tissu sanitaire local: CHG,



HAD, EMSP CHS.

Concernant la vie sociale, les résidents bénéficient d'activités en lien avec les partenaires culturels et de loisirs locaux. : association APAHM, bénévoles, intervenants extérieurs pour la mise en place d'activités spécifiques (gym, musique, peinture). Le développement de l'information, de l'intégration et de la formalisation de ces interventions (bénévoles et association notamment) est à encourager.

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

Les contacts établis auprès des partenaires ont permis de vérifier l'image positive que véhicule l'établissement auprès des partenaires extérieurs. Son rôle et ses missions sont intégrées au territoire ; leur légitimité et leur crédibilité ont pu être identifiées.

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 acteurs de la prise en charge, qu'ils soient internes ou externes à l'établissement, sont intégrés au processus d'accompagnement. Différents moyens techniques et organisationnels permettent une coordination efficace : transmissions orales et écrites, réunions de synthèses, dossier de soins, qualité des échanges entre professionnels (personnels, intervenants libéraux, partenaires).

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 ;

La dynamique d'ouverture de l'établissement est effective et contribue à l'enrichissement de la vie sociale des résidents. Par sa situation au centre de la ville et les moyens organisationnels déployés pour favoriser l'accès aux activités locales, les résidents sont intégrés à la vie communale.

L'existence de « l'association des personnes âgées de l'hôpital de Molsheim » est un atout tout comme les interventions de bénévoles. La structure organise et participe à de nombreuses activités qui méritent une valorisation par le biais de l'enrichissement des moyens de communication.

#### 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 ;

La personnalisation de l'accompagnement est effective : la complétude du recueil de données



(médical et relatif aux rythmes et habitudes de vie) et l'utilisation d'outils d'évaluation formalisés permettent l'élaboration du projet de vie et plan de soins personnalisés pour chacun des résidents. L'appropriation de ces outils par les professionnels et la qualité du travail en pluridisciplinarité constaté témoignent de l'implication des tous les acteurs qui cherchent à proposer des prestations adaptées et pertinentes au regard des situations individuelles de chacun des résidents accueillis en EHPAD ou au sein de l'Unité de Vie Protégée.

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.

Le processus d'élaboration du projet personnalisé repose sur un recueil de données effectué auprès du résident lui-même et/ou de ses proches ou représentant légal dès son admission. Son enrichissement est établi au fur et mesure du déroulement du séjour et les actions qui en découlent sont adaptées selon les évolutions de la situation du résident.

Les objectifs de prise en charge globale sont construits en équipe pluridisciplinaire et l'adhésion du résident et/ou de ses proches est recherchée mais selon les situations rencontrées, elle n'est pas systématiquement formalisée et tracée.

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 ;

L'actualisation du projet personnalisé a lieu au rythme d'une fois par an au minimum, en équipe pluridisciplinaire. Toute évolution de l'état de santé du résident et/ou de ses besoins et attentes donnent lieu à une mise à l'ordre jour de la réunion de synthèse d'équipe (temps destiné à l'élaboration et actualisation du projet personnalisé).

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

Une procédure de demande d'accès au dossier médical est en place. Elle est connue des professionnels. L'établissement y permet ainsi un accès facilité et sécurisé.

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

Les usagers expriment leur satisfaction quant aux prestations proposées par l'établissement. La prise en compte de leurs besoins et attentes leur paraît satisfaisante grâce à une disponibilité et une qualité d'écoute qui permet l'adaptation des actions d'accompagnement au quotidien.

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 ;

L'hôpital de Molsheim organise différents temps et moyens destinés à favoriser l'expression des résidents et de leur entourage :

- l'existence d'un CVS où il y a la nécessité de développer l'information sur ses missions pour enrichir la qualité et l'engagement des représentants des usagers
- des assemblées générales des résidents, organisées par service et qui seront prochainement remises en place
- différentes commissions : menus, linge
- enquêtes de satisfaction : à développer et à adapter pour enrichir la qualité du recueil et son analyse

L'ensemble de ces lieux d'échanges permettent d'apporter des actions correctives ou, le cas échéant, d'informer sur les limites de l'établissement face à certaines demandes.

Une communication plus élargie constituerait un atout supplémentaire à la qualité de la prise en compte de l'expression des usagers.

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

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

Les outils de la loi 2002-2 sont en place et conformes à la réglementation ; ils sont remis et expliqués lors de toute nouvelle admission.

La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante est affichée.

En outre, les séquences d'observation et les entretiens réalisés auprès des professionnels et de usagers ont permis de vérifier l'effectivité du respect des droits des usagers et ce, tout au long du processus de prise en charge. Des exemples comme la discrétion lors des soins, le respect de la pudeur, la libre circulation, le respect du culte, le libre choix des intervenants extérieurs, la pratique du culte... permettent de confirmer que les valeurs essentielles au respect des droits sont véhiculées.

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

Il existe un recueil des plaintes et réclamations et son suivi est assuré.

Le recueil des événements indésirables est en place et donne lieu à une analyse et des actions correctives.

La culture du signalement est présente chez les professionnels.

La bientraitance fait l'objet d'actions de formation régulières et un projet spécifique à cette thématique est en cours de mise en œuvre.

La qualité de l'encadrement de proximité constitue un atout majeur quant aux notions de vigilance et de veille. L'accompagnement rigoureux et pédagogique des équipes autour de la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles est un point fort.

Les différentes démarches d'EPP en place et travaillées en équipe pluridisciplinaires sont également vecteurs d'analyse des pratiques ainsi que d'adaptation et d'appropriation des bonnes pratiques professionnelles.

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

Les risques liés aux activités et aux usagers font l'objet d'une identification précise et d'une politique active de prévention et de gestion des risques et ce, pour l'ensemble des services de l'établissement : soins et logistiques.

Elle repose sur une démarche participative qui intègre l'ensemble des acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement.

## 6.2. Abrégé du rapport

### La démarche d'évaluation interne

<b>Items (5 maximum)</b>	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe</b>
<p>Modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne et participation des usagers</p> <p>Plan d'amélioration et son suivi</p>	<p>La démarche mise en place en 2011 a été participative et a constitué un réel temps de réflexion et de questionnement concernant les pratiques professionnelles. Elle a associé les résidents sous la forme d'assemblées générales. La volonté de l'établissement d'apporter des améliorations est à souligner. Les actions ont été suivies et sont</p>	<p>La connaissance de la démarche par les professionnels au moment de la visite (malgré une communication en place).</p>	<p>Réduire le délai entre l'évaluation interne et l'évaluation externe.</p> <p>Poursuivre l'évaluation de la mise en œuvre du plan d'amélioration.</p>



	intégrées dans un plan d'amélioration commun à l'ensemble de l'établissement.		
--	---	--	--

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Connaissance, communication et appropriation des RBPP	Connaissance par l'encadrement des principales recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM qui sont également utilisées et largement diffusées auprès des équipes (instances, EPP, groupes de travail). Suivi de la veille réglementaire par le Directeur.	Les recommandations ne sont pas à disposition de l'ensemble des professionnels.	Enrichissement de la base documentaire des services par la mise à disposition des RBPP dans leur intégralité et la présentation aux professionnels.  Intégration dans le nouveau projet d'établissement des recommandations.

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Caractérisation de la population accompagnée	Qualité du diagnostic stratégique du projet 2008/2012.		
Modalités d'élaboration et d'actualisation du projet d'établissement	Méthodologie employée : démarche participative et appui méthodologique.	Le projet d'établissement 2013/2017 n'est pas formalisé.	Actualiser le projet d'établissement pour la période 2013/2017.
Adaptation de l'offre des activités	L'ensemble des objectifs semblent pertinents au regard du public accueilli et de ses besoins.		



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

<b>Items (5 maximum)</b>	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe</b>
Prise en compte du réseau de proximité	Existence d'un réseau de partenaires de soins contribuant à la qualité et à la sécurité des soins : CHG, CHS, EOHH	Pas de faiblesse relevée	Maintien et recherche de l'enrichissement et du développement des partenariats
Formalisation des partenariats	Plusieurs conventions de partenariat sont signées : CHG, CHS, EMSP, HAD, EOHH		

## Personnalisation de l'accompagnement

<b>Items (5 maximum)</b>	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe</b>
Modalités de recueil et d'évaluation des usagers	Existence d'outils de recueil de données et d'évaluation complets et pertinents	La participation du résident à l'élaboration de son projet de vie et la formalisation de son consentement à ce projet ne sont pas systématiques	Développer la participation du résident et/ou de ses proches à l'élaboration et au suivi de son projet personnalisé.
Personnalisation des	Mise en place, en équipe pluridisciplinaire, d'un plan de soins et d'un projet		Développer l'outil informatique afin de centraliser les informations en lien avec le projet personnalisé et de faciliter la coordination.



réponses données aux usagers	personnalisé pour tous les résidents. Les goûts, les choix des résidents sont pris en considération et respectés. Les prestations sont adaptées aux demandes spécifiques (dans la limite des contraintes liées à la collectivité et des moyens dont dispose l'établissement).		
------------------------------	---	--	--

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Effectivité de la participation des usagers</p> <p>Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement</p>	<p>L'établissement répond aux recommandations de bonnes pratiques : existence et fonctionnement du CVS, de commissions (menus et linge), des enquêtes de satisfaction sont réalisées auprès des résidents.</p> <p>Constat de l'implication des professionnels pour la qualité de l'écoute et des réponses apportées aux usagers.</p>	<p>L'appropriation des missions des représentants des usagers au CVS n'est pas maîtrisée : manque d'information et de communication</p> <p>La communication écrite et la diffusion des informations sur les réponses apportées (CR des commissions, des enquêtes de satisfactions...) ne sont pas suffisamment développées</p> <p>Les outils de recueil et d'expression des usagers peuvent encore être améliorés et adaptés aux différents publics (résident EHPAD, UVP, Familles/proches) pour enrichir la fiabilité et la pertinence des données recueillies</p>	<p>Améliorer le fonctionnement du CVS par le développement des liens et échanges existant entre les représentants des usagers, les usagers et l'établissement</p> <p>Développer et adapter les outils de recueil de la satisfaction et l'information sur les réponses et suites données : reprise des assemblées générales des résidents, outils spécifiques à l'UVP, enquêtes de satisfaction spécifiques pour les familles/proches...</p>

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
<p>Organisation en place pour le respect des droits des usagers</p> <p>Prise en compte des principaux risques relatifs à la spécificité des usagers</p> <p>La sécurité des biens et des personnes</p> <p>Dispositions en place pour prévenir les risques</p>	<p>Constat de l'effectivité des droits. L'équipe est sensibilisée et veille au respect des droits des personnes.</p> <p>Existence et diffusion des outils de la loi 2002.2. qualité du livret d'accueil (adaptation pour les résidents dialectophones)</p> <p>Evaluation des risques spécifiques liés à la santé, dynamique d'équipe en faveur de la qualité, sécurité et respect des usagers (dignité, intimité, rythmes et habitudes de vie).</p> <p>Bonne organisation préventive et curative dans le respect de la réglementation.</p> <p>Politique de formation continue. Les thématiques choisies et validées sont axées sur les besoins et les</p>	<p>Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché.</p>	<p>Répondre aux obligations réglementaires de l'article R-311-34 du CASF : Affichage du règlement de fonctionnement, transmission à l'ensemble des intervenants (salariés et intervenants externes)</p> <p>Poursuivre la sensibilisation des personnels sur la notion de bientraitance/lutte contre la maltraitance : formation continue, groupe de travail en cours ...</p> <p>Encourager la reprise du « comité éthique » et la mise en œuvre du projet « La bientraitance en EHPAD : quels enjeux ? » (notion interservices)</p> <p>Optimiser la sécurisation du circuit médicament</p>



	risques spécifiques de la population accueillie.		
--	--	--	--

### Appréciation globale de l'évaluateur externe

---

Les moyens organisationnels, matériels et humains mobilisés par l'hôpital local de Molsheim répondent aux besoins et attentes des usagers. Pour cela, l'ensemble des professionnels de l'établissement met en œuvre un travail en pluridisciplinarité important, ils font preuve d'une implication et d'une mobilisation forte dans le cadre de l'écoute, du respect des droits des usagers et savent prendre en compte leurs besoins et attentes et adapter les pratiques en fonction des contraintes liées à la vie en collectivité.

Le projet personnalisé constitue le principal fil conducteur de l'accompagnement des résidents et la qualité de l'encadrement de proximité fédère les équipes autour des valeurs sur lesquelles repose ce dernier. La cohérence des discours recueillis lors de la visite sur site témoigne de cette dynamique positive autour des notions de respect des droits, de prise en compte de l'individualité des situations, de volonté de mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles et de développement d'une culture bienveillante.

Les supports de traçabilité sont en place, appropriés par tous et permettent un suivi efficace des actions mises en œuvre. Le développement de l'outil informatique dans le cadre des soins et de l'accompagnement facilitera les accès et la centralisation des données.

La démarche d'amélioration continue de la qualité est intégrée : outils de suivi en place et implication globale du personnel.

La politique de gestion des risques est pertinente et adaptée au regard de la configuration de l'établissement et des risques liés à la vulnérabilité du public accueilli.

Le travail en partenariat fait partie des pratiques quotidiennes et constitue un appui non négligeable dans le cadre des soins et de l'accompagnement.

Concernant la vie sociale, cette notion de travail en partenariat est à encourager et à valoriser par le biais du développement des outils de communication.

L'établissement dispose de projets en cours afin d'améliorer les conditions de vie et d'accompagnement des résidents accueillis : projet architectural pour un des deux sites, création d'un PASA. La pertinence de ces projets est avérée et la réécriture du projet d'établissement permettra une projection du développement de l'offre de soins et d'accompagnement dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité fondée sur les besoins et attentes du public accueilli.

Items (5 maximum)	
Outils utilisés	<p>Les outils de recueil d'informations ont été diversifiés au cours de la visite sur site :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-analyse documentaire</li> <li>-interviews (individuelles et collectives) auprès des professionnels, des usagers (résidents, familles, proches) et de partenaires institutionnels</li> <li>-revues de dossiers des usagers</li> <li>-séquences d'observation</li> </ul> <p>Les informations recherchées ont été fondées sur le questionnaire évaluatif lui-même en lien avec le référentiel d'évaluation interne de l'établissement. Les questions évaluatives relatives à l'ensemble des plans et sous-plans ont interrogé les moyens mis à disposition, les pratiques observées et les effets constatés chez l'utilisateur. Les éléments recueillis à l'aide des différents outils d'investigation ont permis de rechercher le degré de cohérence entre les discours et les pratiques observées et d'étayer les constats et analyses à l'aide d'éléments de preuve.</p>
Nombre d'entretiens conduits	<p>Mise en œuvre d'une réunion d'ouverture en présence des responsables de service, de 15 entretiens collectifs sur les aspects paramédicaux, de la personnalisation de l'accompagnement, l'animation, la restauration, la culture de la bientraitance, les ressources humaines, de 18 interviews individuelles (usagers, personnel, partenaires extérieurs) et enfin, d'une restitution collective finale « orale à chaud » en présence de l'ensemble des professionnels disponibles (soit 23 personnes).</p>
Durée de l'évaluation externe sur le terrain	<p>L'évaluation sur site a été menée sur 3 journées (24, 25 et 26 mars 2014).</p>



Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p><u>Points positifs</u> : Echanges constructifs et appréciés par le personnel et l'encadrement - Restitution quotidienne – respect de l'engagement de déontologie – Caractère pratico pratique des propositions d'actions d'amélioration.</p>	<p><u>Piste d'amélioration</u> : Les préconisations prioritaires devraient distinguer les préconisations liées à la législation de celles liés à l'accompagnement ou les facteurs de risques pour l'utilisateur. (ex : affichage du règlement de fonctionnement et sécurisation du circuit du médicament sont appréciées sur un pied d'égalité)</p> <p><u>Point positif</u> : Mise en valeur de l'appropriation par les équipes de la démarche qualité.</p>

### 6.3. Composition de l'équipe d'évaluation

Identité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Céline PETITPOISSON</li> </ul>
Place dans l'équipe d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluateur</li> <li>• Spécialiste « Personne âgée »</li> </ul>
Formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Master I et II</b> en « Économie et gestion des systèmes de santé et de protection sociale » - Université Paris Dauphine</li> <li>• <b>DIU</b> « Qualité, accréditation et évaluation des établissements sanitaires et sociaux »</li> <li>• <b>Formation continue</b> régulière sur les thématiques importantes du secteur sanitaire et médico-social : éthique et bientraitance, évaluation, organisation, gestion des risques, performance, outils divers.</li> </ul>
Expérience	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Responsable de l'Assurance Qualité et de la Gestion des Risques (2006-2012)</b>, chargée des projets, au sein d'un établissement comprenant : Un EHPAD spécialisé dans la maladie d'Alzheimer de 27 lits, un SSIAD de 50 places et un SSR de 30 places.</li> </ul> <p><b>Principales missions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Création et pilotage de groupes de travail sur les ressources humaines, les risques professionnels (pénibilité, document unique ...).</li> <li>○ Accompagnement des démarches de contractualisation : réalisation du diagnostic stratégique, conception des documents : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et convention tripartite.</li> <li>○ Mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles : formation des acteurs, accompagnement méthodologique, réalisation d'audits de pratique.</li> <li>○ Accompagnement de l'évaluation interne du SSIAD et de l'EHPAD.</li> <li>○ Évaluation de la satisfaction des usagers.</li> <li>○ Pilotage de la conception d'un référentiel d'évaluation interne des services de soins infirmiers à domicile dans le cadre du réseau qualité Lorrain (Qualilor).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mission qualité (2009)</b> : conduite de l'autoévaluation ANGELIQUE dans le cadre d'un renouvellement de convention tripartite pour un EHPAD de 80 lits</li> <li>• <b>Technicien administratif (1993–2006)</b> au sein d'un établissement comprenant une Unité Alzheimer (27 lits) et un Service de Soins de Suite (30 lits) chargé des relations avec les familles, de la facturation et du suivi social.</li> <li>○</li> </ul>



Identité	<ul style="list-style-type: none"><li>• Géraldine BOUCHER</li></ul>
Place dans l'équipe d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évaluateur</li><li>• Spécialiste « Personne âgée »</li></ul>
Formation	<ul style="list-style-type: none"><li>• DU d'Évaluateur Interne et externe (IAE Nancy) en 2012</li><li>• Cadre de Santé en 2008</li><li>• DU de Management des organisations sanitaires et sociales en 2008</li><li>• DE d'infirmière en 2001</li></ul>
Expérience	<p><b>Depuis 2008, cadre de santé à la résidence « les saules », EHPAD, Saulxures Sur Moselotte (127 lits dont 15 en unité de vie protégée, 1 place d'accueil temporaire, 6 places d'accueil de jour et 1 SSIAD de 45 places)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Membre de l'équipe de direction</i></li><li>• <i>Responsable des services de soins et d'hébergement (encadrement d'équipes pluridisciplinaires de soins et d'hôtellerie soit environ 75 personnes)</i></li><li>• <i>Pilote de groupe dans le cadre de l'écriture du projet d'établissement (projet de soins et de vie)</i></li><li>• <i>Réorganisation complète du travail en lien avec la restructuration de l'établissement</i></li><li>• <i>Pilote de groupe de travail dans le cadre l'ouverture d'une unité spécifique à personnes atteintes de maladie d'Alzheimer (unité de vie protégée).</i></li><li>• <i>Participation active à la démarche d'amélioration continue de la qualité (gestion documentaire, 1ère évaluation interne de l'EHPAD et du SSIAD en cours...)</i></li><li>• <i>Participation aux travaux du Réseau Gérontologique des Hautes Vosges (REGEHVO):membre du comité de pilotage et pilote du groupe de travail « qualité »</i></li></ul> <p><b>09/2006 à 09/2007, Infirmière coordinatrice du Service de Soins Infirmiers à Domicile, résidence « les saules »</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Responsable de l'équipe d'aides-soignantes</li><li>• Collaboration avec intervenants libéraux, associations d'aides à domicile, CLIC...</li><li>•</li></ul> <p><b>Janvier 2002 à Septembre 2007, Infirmière en gériatrie résidence « les saules »</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acteur de coordination des soins quotidiens spécifiques à un public de personnes âgées dépendantes physiquement et/ou psychiquement</li><li>• Membres de groupes de travail (restructuration, bientraitance, informatisation du dossier de soins...)</li></ul>

## 6.4. Engagement de déontologie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

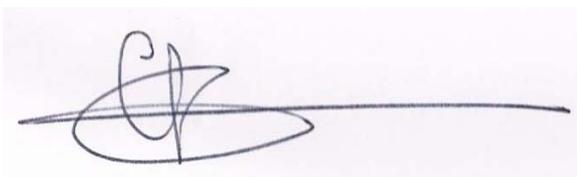
*Je m'engage à déclarer sans délai et par écrit tout évènement ne me permettant pas de réaliser la mission d'évaluation externe à laquelle je me suis engagé dans les conditions d'indépendance, d'objectivité et de déontologie attendue par le décret du 15 mai 2007.*

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

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

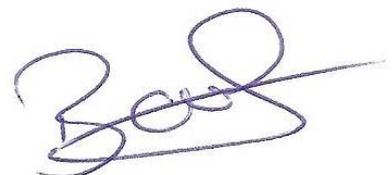
À Blies Ebersing, le 22 mars 2014

**Céline PETITPOISSON**



**Géraldine BOUCHER**

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



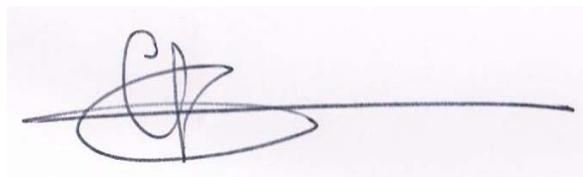
## 6.5. Déclaration sur l'honneur des évaluateurs

Je soussigné, atteste sur l'honneur remplir les conditions nécessaires à l'évaluation de l'organisme « Ehpad de Molsheim » 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 ».

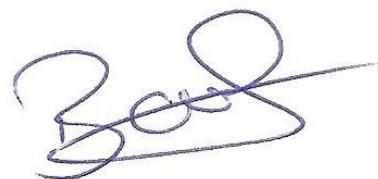
À Blies Ebersing, le 22 mars 2014

**Céline PETITPOISSON**

**Géraldine BOUCHER**



**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

**Lundi 24 mars 2014**

Date / Heure	Évaluation portant sur...	Interlocuteurs
9h00 – 9h30	-Réunion d'ouverture.	Equipe de Direction Ensemble des professionnels disponibles
9h30 – 11h00	Visite des locaux : - agencement, aménagement - espaces privatifs et collectifs - locaux techniques - organisation maintenance - circuits - déplacements des résidents	Direction Cadre de santé
11h00 – 12h30	- Evaluation de l'application des outils de la loi 2002.2 : projet établissement (élaboration, utilisation et évaluation) - Pilotage de l'établissement, gestion	Direction Responsable financier
12h30 – 13h30	Pause	
13h30 – 16h00	- Evaluation de l'application des outils de la loi 2002.2 : livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement - Évaluation interne : modalités, résultats et suites données. - Démarche qualité, évaluation et suivi de la satisfaction. - Gestion des risques (personnes, biens et données). - Revue des textes de référence (dont recommandations)	Direction Médecin coordonnateur Cadre de santé Responsable qualité



Date / Heure	Évaluation portant sur...	Interlocuteurs
	ANESM) : communication et utilisation. - Evaluation des pratiques professionnelles.	
16h00 – 17h00	--Relations avec les familles. -Modalités de participation des usagers et des familles.	Représentants des familles et des usagers (CVS et hors CVS)
17h00 – 17h30	-Préparation de la restitution	Evaluateurs seuls
17h30 – 18h00	-Restitution et échanges.	Direction Cadres de santé
20h30 -21h30	-Transmissions, rencontre et échange avec l'équipe de nuit sur les deux sites.	Equipe de jour et de nuit

## Mardi 25 mars 2014

Date / Heure	Évaluation portant sur...	Interlocuteurs
8h30 – 10h30	Interventions de soins et paramédicales sur les deux sites: soins d'hygiène et de confort.	IDE – AS - ASH
10h30 – 12h00	-Admission. -Revue des dossiers usagers -Sortie.	Direction Médecin coordonnateur Cadres de santé Responsable des admissions
12h00 – 13h00	Pause (repas pris dans la salle à manger avec les résidents)	
13h00 – 16h00	Interventions de soins et paramédicales sur les deux sites : -Circuit du médicament -Organisation médicale et coordination des soins -Continuité des soins -Accès aux données médicales -Projet de vie individualisé	Médecin coordonnateur Pharmacien, préparatrice en pharmacie du GCS Cadres de santé Equipe soignante Psychologue
14h30-15h30	Rencontre avec le Président du Conseil de Surveillance (évaluateur séparé)	Mr FURST, maire de Molsheim
16h00 – 17h00	- Gestion des ressources humaines. - Formation et évaluation des professionnels - Risques professionnels	Direction Cadres de santé Responsable des ressources humaines
17h00 – 18h00	-Préparation de la restitution	Evaluateurs seuls
18h00 – 18h30	Restitution globale et échanges	Direction Cadres de santé Médecin coordonnateur

**Mercredi 26 mars 2014**

Date / Heure	Évaluation portant sur...	Interlocuteurs
9h – 10h00	-Vie sociale et culturelle	Animatrices Psychologue Bénévoles, Membre de l'association
10h00 – 11h00	-Fonction et circuit du linge (évaluateur séparé)	Cadre supérieur de santé Infirmière hygiéniste Lingères
10h00-10h30	Rencontre Direction (complément de documents) (évaluateur séparé)	Direction
10h30-11h00	Organisation de la maintenance (évaluateur séparé)	Responsable maintenance
11h00 – 12h00	-Circuit des déchets (évaluateur séparé)	Cadre supérieur de santé Infirmière hygiéniste
12h00 – 13h00	Pause	
13h00 – 14h30	-Gestion et organisations des repas	Responsable cuisine Adjoint au responsable de cuisine Diététicienne
14h30 – 15h30	-Promotion de la bienveillance. -Prévention et traitement de la maltraitance.	Direction Médecin coordonnateur Cadres de santé Psychologue
15h30 – 16h30	-Ouverture de l'environnement : appel téléphonique des partenaires extérieurs	Evaluateurs seuls
16h30 – 17h00	-Préparation de la restitution	Evaluateurs seuls
17h 00– 18h00	Restitution et échanges	Directions Ensemble des professionnels disponibles

## **6.7. Contrat d'évaluation externe et questionnaire évaluatif**

**(Annexes non paginées)**

Référentiel évaluatif					
Plan		Sous-plan		Thématique évaluée	Aspect spécifique à l'établissement
1.	Promouvoir l'autonomie, la qualité de vie, la santé et la participation sociale au sein de l'établissement	1.1.	La promotion de la qualité de vie, d'autonomie et l'insertion sociale	Promotion de la qualité de vie Promotion de l'autonomie ( Adaptation de l'environnement, Promotion de l'autonomie dans les aides et soins spécifiques à la population accueillie) Promotion de l'insertion sociale et ouverture vers l'extérieur	Qualité et adaptation du cadre de vie (chambres, espaces collectifs ..) ? Recensement des besoins des résidents à la visite de pré -admission , post admission et tout au long du séjour ? Aménagement en cours et prévus du bâtiment Saint Jean ? Qualité des aménagements extérieurs ? Le projet de soins est-il formalisé ? Le projet d'animation est-il formalisé et mis en œuvre ? Le personnel affecté à l'animation est -il formé ? Comment sont encadrés les bénévoles ? L'exercice du droit au vote est-il facilité ?

Référentiel évaluatif			
Plan	Sous-plan	Thématique évaluée	Aspect spécifique à l'établissement
1	1.2. La promotion de la santé et l'accès aux soins	<p>Accessibilité et continuité des soins            Organisation médicale et para médicale            Coordination des professionnels            Partenariats de l'établissement pour la promotion de la santé et l'accès aux soins            Prise en charge des résidents au regard des principales problématiques liées au grand âge (Toilette et soins corporels, détériorations intellectuelles, escarre, alimentation et nutrition , continence, chute, douleur, soins palliatifs - fin de vie</p>	<p>Comment est assurée la continuité des soins ?            Comment sont gérées les urgences ?            Comment est vérifié le chariot d'urgence ? A quelle périodicité ? Comment les soins sont-ils organisés dans le déroulement de la journée ?            Etat d'avancement de la création du PASA? Modalités de mise en œuvre des missions du médecin coordonnateur ?            Modalités de participation du médecin coordonnateur au projet d'établissement ?            Modalités de suivi des problématiques de santé spécifiques du public accueilli (fonctionnement de la commission de coordination gériatrique) ?            Moyens développés par l'établissement afin de mettre en œuvre et d'assurer le suivi du projet de soins ?            Comment est organisé la gestion du dossier du résident ? Des audits du dossier sont-ils réalisés ?            Modalités d'inscription de l'établissement dans le réseau des intervenants et des partenaires ?            Le suivi nutritionnel est-il organisé ?            Comment ?            Les chutes font-elles l'objet d'une analyse ?            Quelles sont les modalités d'organisation de la prévention et de la prise en charge de l'incontinence ?</p>

Référentiel évaluatif				
Plan	Sous-plan	Thématique évaluée	Aspect spécifique à l'établissement	
1	1.3.	La réévaluation des objectifs principaux à l'égard de la population accueillie	Quels processus permettent à l'établissement de réévaluer régulièrement la pertinence des objectifs définis et des activités principales mises en œuvre ?	Définition, moyens de communication et mise en œuvre de la politique qualité de l'établissement ? Comment sont évalués les objectifs de la politique qualité et de gestion des risques ? Comment est suivie la démarche d'amélioration ? Sensibilisation des professionnels aux méthodes d'amélioration ? Si oui selon quelles modalités ? Organisation du recueil de la satisfaction des résidents ? Moyens développés par l'établissement afin suivre les actions demandées par les usagers ?
	1.4.	Gestion des ressources humaines en adéquation avec les besoins de la population accueillie		Moyens développés par l'établissement afin de promouvoir le développement des compétences des professionnels ? Existent-ils des fiches de postes pour l'ensemble des professionnels ? La politique d'évaluation des professionnels est-elle définie ? Modalités d'accueil des nouveaux arrivants ? Modalités de suivi du plan de formation ?
2.	2.1.	Evaluation et réévaluation des besoins, des attentes	Information - accueil des personnes Recueil des informations auprès du résident Evaluation initiale puis régulière de manière pluridisciplinaire Modalités pratiques	Comment est organisée l'admission d'un nouveau résident ? Place de l'entourage lors de l'admission ? Modalités d'explications des documents remis (livret d'accueil, contrat de séjour ...) ? Modalités d'élaboration du projet personnalisé (respect des habitudes de vie) ? Modalités de recueil des habitudes de vie ? Comment le résident et/ou ses proches sont conviés à l'élaboration du projet ? Modalités d'actualisation du PVP ?
	2.2.	Elaboration du projet personnalisé, mise en œuvre et suivi	Mise en œuvre effective de la personnalisation	Modalités de mise en œuvre et de suivi du projet personnalisé ? Le résident et/ou son entourage sont-ils conviés ?

Référentiel évaluatif				
Plan	Sous-plan	Thématique évaluée	Aspect spécifique à l'établissement	
3.	Respect des droits fondamentaux des personnes	3.1. Accompagnement continu de la liberté et respect des droits fondamentaux	Respect des droits des usagers (droit à l'information, respect de la dignité et de l'intimité, confidentialité, liberté de circulation, sécurité, respect du consentement et participation aux décisions, respect des pratiques religieuses et civiques) Prévention et gestion de la maltraitance	Position de l'équipe sur les modalités de respect de l'intimité, de la confidentialité et des droits des usagers en général ? Modalités d'information des usagers sur leurs droits ? Existe-t-il un politique de promotion de la bientraitance ? Si oui, comment s'organise-t-elle ? Modalités mises en œuvre en vue de garantir la protection des résidents et/ou de leurs biens?
		3.2. Développement et promotion de l'expression individuelle et collective	Expression individuelle des usagers Expression collective	Modalités de recueil des remarques et de plaintes des résidents? Moyens déployés par l'établissement pour recueillir l'avis des résidents non communicants ou présentant des troubles cognitifs ?
		3.3. Intégration des représentants familiaux et légaux		Quels sont les moyens mis en œuvre par l'établissement afin de permettre et faciliter la participation et l'intégration des familles et/ou représentants légaux à la vie de l'établissement ? Dans quelle mesure les représentants familiaux et/ou légaux sont intégrés dans le processus de prise en charge globale des résidents?
4.	Comment les besoins de protection des personnes sont-ils identifiés au regard de leur vulnérabilité ? Quelle réponse est-elle apportée ?	4.1. Identification des risques liés à la situation des personnes et aux conditions d'accompagnement		Moyens développés par l'établissement afin de prévenir et/ou prendre en charge les problématiques de santé spécifiques au public accueilli?

Référentiel évaluatif				
Plan	Sous-plan	Thématique évaluée	Aspect spécifique à l'établissement	
	4.2.	L'analyse des facteurs de risque	<p>Risque infectieux: -Hygiène dans les pratiques -Gestion du linge -Déchets -Entretien des locaux -Hygiène en restauration -Gestion de l'eau Risque d'errance Risques liés au circuit du médicament Risques techniques</p>	<p>La politique de gestion des risques est-elle définie dans le projet d'établissement? Les processus supports à la prise en charge font-ils l'objet d'une organisation, d'une évaluation et d'une analyse spécifique à chacun? Modalités d'accès aux locaux techniques et de stockage des produits? Modalités d'organisation de la maintenance des locaux et des équipements? Modalités de vérification des formations "sécurité"? Modalités de la gestion du risque médicamenteux?</p>
	4.3.	Le recueil d'information sur les incidents et les plaintes	<p>Recueil des incidents et plaintes auprès des usagers Recueil des incidents et plaintes Traitements des informations recueillies</p>	<p>Modalités d'élaboration et de suivi de l'identification des risques a priori et a postériori ? Le circuit de signalement des événements indésirables est -il formalisé, connu et évalué ? Périodicité d'évaluation des conduites à tenir, des protocoles ?</p>
	4.4.	Comment sont traitées les situations de risque avéré ou les situations de crises ?		<p>Existe-t-il des plans d'organisation spécifiques en cas de situations de crise? Quels en sont les moyens d'information et d'appropriation par les professionnels?</p>
	4.5.	L'articulation entre gestion des risques et des professionnels		<p>Quels sont les modalités d'identification, d'analyse et de suivi des risques professionnels?</p>

*Objet : Evaluation externe EHPAD – composition du comité de pilotage*

*Dans le cadre de l'évaluation externe EHPAD, le comité de pilotage était composé comme suit :*

- Docteur HEILI, médecin coordonnateur
- 
- Madame SCHNELZAUER, responsable qualité
- 
- Madame STANISIERE, cadre de santé
- 
- Madame WOLFF, cadre de santé
- 
- Monsieur DUMOULIN, Directeur

*Fait à Molsheim, le 30 juillet 2014*



*Le Directeur,*

*P. DUMOULIN*



MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES  
Direction des Affaires Juridiques

MARCHES PUBLICS ET ACCORDS-CADRES

DC3

**ACTE D'ENGAGEMENT<sup>1</sup>**

Le formulaire DC3 est un modèle d'acte d'engagement qui peut être utilisé par les candidats aux marchés publics ou accords-cadres pour présenter leur offre. Il est conseillé aux acheteurs publics d'adapter l'objet de la consultation et le code CPV principal figurant à la rubrique A, la rubrique B5 ainsi que la rubrique D, avant de mettre le DC3 à la disposition des candidats dans les documents de la consultation.

En cas d'allotissement, le candidat remplit un document par lot auquel il soumissionne.

Le candidat remplit un imprimé pour chaque offre variante ou chaque offre avec prestations supplémentaires ou alternatives.

En cas de candidature groupée, un document unique est rempli pour le groupement d'entreprises.

**A - Objet de la consultation et de l'acte d'engagement.**

■ **Objet de la consultation :**

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

**Evaluation externe des EHPAD**

■ **Code CPV principal :**

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

■ **Cet acte d'engagement correspond :**

(Cocher les cases correspondantes.)

1.

à l'ensemble du marché public ou de l'accord-cadre (en cas de non allotissement).

au lot n° 7 EHPAD du CH de MOLSHEIM.....de la procédure de passation du marché public ou de l'accord-cadre (en cas d'allotissement) :

(Indiquer l'intitulé du lot tel qu'il figure dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)

2.

à l'offre de base.

à la variante suivante :

aux prestations supplémentaires ou alternatives<sup>2</sup> suivantes :

<sup>1</sup> Formulaire non obligatoire disponible, avec sa notice explicative, sur le site du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi.

<sup>2</sup> Jusqu'en 2009, les « prestations supplémentaires ou alternatives » étaient désignées sous les termes « options techniques ».

## B - Engagement du candidat.

### B1 - Identification et engagement du candidat :

(Cocher les cases correspondantes.)

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché public ou de l'accord-cadre suivantes,

- CCAP n°.....
- CCAG :.....
- CCTP n°.....
- Autres : **CCP du 15 avril 2013**.....

et conformément à leurs clauses et stipulations,

**Le signataire**

**s'engage, sur la base de son offre et pour son propre compte ;**

ADQ Conseils  
Tél : 06.77.52.31.95  
Fax : 03.87.98.09.11.  
Mail : [mh@adq-conseils.fr](mailto:mh@adq-conseils.fr)  
Siret : 48019321800017

engage la société ..... sur la base de son offre ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]

L'ensemble des membres du groupement s'engagent, sur la base de l'offre du groupement ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET. Identifier le mandataire désigné pour représenter l'ensemble des membres du groupement et coordonner les prestations.]

à livrer les fournitures demandées ou à exécuter les prestations demandées :

- aux prix indiqués ci-dessous ;
- Taux de la TVA :
- Montant hors taxes<sup>2</sup> :

Montant hors taxes arrêté en chiffres à : .....

Montant hors taxes arrêté en lettres à : .....

Montant TTC<sup>3</sup> :

Montant TTC arrêté en chiffres à : .....

Montant TTC arrêté en lettres à : .....

OU

**aux prix indiqués dans l'annexe financière jointe au présent document.**

<sup>2</sup> Le montant de l'offre établie à partir de prix unitaires est calculé par référence à la quantité estimée dans l'avis d'appel public à la concurrence.

<sup>3</sup> Ne pas remplir lorsque les règles de TVA intracommunautaire prévoient le paiement de la TVA par l'acheteur. Dans ce cas, celui-ci doit indiquer son numéro d'identification au titulaire avant la date de facturation.

**B2 - Répartition des prestations (en cas de groupement conjoint) :**

(Les membres du groupement conjoint indiquent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d'entre eux s'engage à réaliser.)

Désignation des membres du groupement conjoint	Prestations exécutées par les membres du groupement conjoint	
	Nature de la prestation	Montant HT de la prestation

**B3 - Compte (s) à créditer :**

(Joindre un ou des relevé(s) d'identité bancaire ou postal.)

■ Nom de l'établissement bancaire :

**BNP PARIBAS**

■ Numéro de compte :

**30004004520001007224396**

**B4 - Avance (article 87 du code des marchés publics) :**

Je renonce au bénéfice de l'avance :  **NON**  **OUI**  
(Cocher la case correspondante.)

**B5 - Durée d'exécution du marché public ou de l'accord-cadre :**

La durée d'exécution du marché public ou de l'accord cadre est de **délaï 31 mai 2014** .....mois ou ..... jours à compter de :  
(Cocher la case correspondante.)

- la date de notification du marché public ou de l'accord-cadre ;
- la date de notification de l'ordre de service ou du premier bon de commande ;
- la date de début d'exécution prévue par le marché public ou l'accord-cadre lorsqu'elle est postérieure à la date de notification.

Le marché public ou l'accord cadre est reconductible :  **NON**  **OUI**  
(Cocher la case correspondante.)

Si oui, préciser :

- Nombre des reconductions : .....
- Durée des reconductions : .....

**B6 - Délai de validité de l'offre :**

Le présent engagement me lie pour le délai de validité des offres indiqué dans le règlement de la consultation, la lettre de consultation ou l'avis d'appel public à la concurrence.

**B7 - Origine et part des fournitures :**

(Indications à fournir pour les seuls marchés ou accords-cadres de fournitures des entités adjudicatrices : article 159 du code des marchés publics.)

L'offre présentée au titre du présent marché public ou accord-cadre contient des fournitures en provenance de :  
(Cocher la case correspondante et indiquer le pourcentage.)

- Pays de l'Union européenne, France comprise : .....%.
- Pays membre de l'Organisation mondiale du commerce signataire de l'accord sur les marchés publics (Union européenne exclue) : .....%.
- Autre : .....%.

**C - Signature de l'offre par le candidat.**

Nom, prénom et qualité du signataire (*)	Lieu et date de signature	Signature
Marc HOLZHAMMER, Gérant	Blies Ebersing, le 8 août 2113	 <b>A.D.Q. CONSEILS</b> 6 rue des Lilas 57200 BLIES EBERSING Tél. 06 77 52 31 95 Email : mh@adq-conseils.fr

(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d'engager la personne qu'il représente.

## D - Identification du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).

■ Désignation du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice) :

*(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)*

**Hôpital local de Molsheim (CH)**

**5, cour des Chartreux**

**BP 75 161**

**67 125 MOLSHEIM Cedex**

■ Nom, prénom, qualité du signataire du marché public ou de l'accord-cadre :

*(Le signataire doit avoir le pouvoir d'engager la personne qu'il représente.)*

**Pascal DUMOULIN, Directeur de l'Hôpital local de Molsheim**

■ Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l'article 109 du code des marchés publics (nantissements ou cessions de créances) :

*(Indiquer l'identité de la personne, ses adresses postale et électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie.)*

**Pascal DUMOULIN, Directeur de l'Hôpital local de Molsheim**

**5, cour des Chartreux**

**BP 75 161**

**67 125 Molsheim cedex**

**p.dumoulin@hopital-molsheim.fr**

**tél. : 03 88 49 70 70 fax : 03 88 49 70 73**

■ Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire :

*(Joindre une annexe récapitulative en cas de pluralité de comptables.)*

**Michèle CLOCHETTE, inspecteur divisionnaire, chef de poste**

**Trésorerie de Molsheim**

**Michel.clochette@dgfip.finances.gouv.fr**

**tél. : 03 88 47 94 29 fax : 03 88 47 94 20**

■ Imputation budgétaire :

**E - Décision du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).**

**La présente offre est acceptée.**

Elle est complétée par les annexes suivantes :  
(Cocher la case correspondante.)

- Annexe n°... relative à la présentation d'un sous-traitant (*formulaire DC4*) ;
- Annexe n°... relative à la réponse du candidat à une demande de précisions ou de compléments sur la teneur de son offre (*formulaire OUV7*) ;
- Annexe n°... relative à la mise au point du marché public ou de l'accord-cadre (*formulaire OUV11*) ;
- Autres annexes (*à préciser*) ; **calendrier prévisionnel – coût pour l'EHPAD de Molsheim**

**Pour l'Etat et ses établissements :**

(*Visa ou avis de l'autorité chargée du contrôle financier.*)

A : Molsheim , le 26 juillet 2013

Signature  
(représentant du pouvoir adjudicateur ou de l'entité adjudicatrice  
habilité à signer le marché public ou l'accord-cadre)



**Pascal DUMOULIN**  
DIRECTEUR

Date de la dernière mise à jour : 25/06/2012.



Les journées d'évaluation sont facturées de la manière suivante

700,00 € j/h HT hors site.

850,00 € j/h HT sur site.

Aucun frais de déplacement, d'hébergement ou de restauration n'est facturé en supplément de ce prix.

Les journées peuvent comprendre des heures de jour et des heures de nuit sans surfacturation.

Établissement : Ehpad de **Molsheim**

Phase évaluative	Nombre d'évaluateurs	Jour/évaluateur	Prix HT	Calendrier
Préparation/Analyse documentaire Réalisation du cadre évaluatif	1	1	700,00 €	Janvier 2014
Évaluation sur site	2	3	5 100,00 €	24 - 25 - 26 mars 2014
Réalisation du pré-rapport et finalisation du rapport	1	1	700,00 €	Avril 2014
			Total HT	6 500,00 €
			TVA 19,6%	1 274,00 €
			Total TTC	7 774,00 €

**Total de l'offre**                      **6 500,00 € HT**  
**7 774,00 € TTC**

Les éléments financiers ci-dessus valent pour devis de l'offre

**Marc HOLZHAMMER**  
**Gérant**

