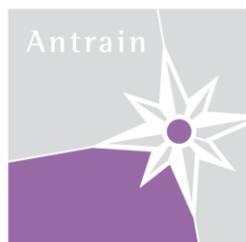


# RAPPORT D'ÉVALUATION INTERNE 2013

Village  
de la Loysance



Village de la Loysance

**ANTRAIN**

## SOMMAIRE

### **PARTIE 1 - PRÉSENTATION DE L'EHPAD ET DES ÉLÉMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITÉS** **4**

#### **1. PRÉSENTATION DES MISSIONS, DU CADRE RÉGLEMENTAIRE ET DES OBJECTIFS PRINCIPAUX DES ACTIVITÉS DÉPLOYÉES** **4**

- 1.1. L'ÉTABLISSEMENT AU FIL DU TEMPS 4
- 1.2. PRÉSENTATION RAPIDE DU VILLAGE DE LA LOYSANCE AUJOURD'HUI 6
- 1.3. LES MISSIONS ET LE CADRE RÉGLEMENTAIRE 9
- 1.4. LES CONTRACTUALISATIONS ENGAGÉES 9
- 1.5. LES ORIENTATIONS ET LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 10
- 1.6. LES VALEURS DU CHMB AU TRAVERS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 12

#### **2. LA SPÉCIFICATION DES OBJECTIFS** **15**

### **PARTIE 2 - ÉLÉMENTS DE MÉTHODE** **16**

#### **1. PROTOCOLE D'ÉVALUATION** **16**

- 1.1. CHOIX D'ENTRÉE 16
- 1.2. TEMPORALITÉ 16
- 1.3. LES DIFFÉRENTES PHASES 17
- 1.4. DIFFICULTÉS ÉVENTUELLES RENCONTRÉES 18

#### **2. LES MODALITÉS DE L'IMPLICATION DES INSTANCES DÉLIBÉRATIVES ET DIRIGEANTES, DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS DANS LA DÉMARCHE** **18**

- 2.1. LES MODALITÉS DE L'IMPLICATION DES INSTANCES DÉLIBÉRATIVES ET DIRIGEANTES 18
- 2.2. MODALITÉS D'ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS 20
- 2.3. MODALITÉS DE CONSULTATION DES RÉSIDENTS ET DES FAMILLES 21

#### **3. LES GRANDES MODALITÉS DE LA REMONTÉE DES INFORMATIONS** **22**

- 3.1. LE RÉFÉRENTIEL UTILISÉ 22
- 3.2. LES ÉTUDES COMPLÉMENTAIRES MENÉES 23

### **PARTIE 3 - PRÉSENTATION DES RÉSULTATS** **25**

#### **1. LES PRINCIPAUX CONSTATS** **25**

- 1.1. MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 25
- 1.2. CONSTATS ISSUS DE L'AUTOÉVALUATION 25
- 1.3. CONSTATS ISSUS DES ENQUÊTES DE SATISFACTION 29

#### **2. LE PLAN D' ACTIONS** **33**

---

<b>ANNEXES</b>	<b>51</b>
<b>1. SYNTHÈSE DU BILAN DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2010-2014</b>	<b>53</b>
<b>2. CARACTÉRISATION DE LA POPULATION</b>	<b>57</b>
2.1. DESCRIPTION DES ENTRÉES ET SORTIES DE L'ÉTABLISSEMENT	57
2.2. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES	60
2.3. SITUATION FAMILIALE ET PROTECTION DES RÉSIDENTS	62
2.4. CARACTÉRISTIQUES SOIGNANTES	63
2.5. VIE DES RÉSIDENTS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT	65
<b>3. SPÉCIFICATION DES OBJECTIFS AU REGARD DES ACTIVITÉS REMARQUABLES</b>	<b>67</b>
<b>4. RAPPORT D'AUTOÉVALUATION</b>	<b>75</b>
<b>5. RÉSULTATS DES ENQUÊTES DE SATISFACTION</b>	<b>191</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>209</b>

---

## PARTIE 1 - PRÉSENTATION DE L'EHPAD ET DES ÉLÉMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITÉS

### 1. PRESENTATION DES MISSIONS, DU CADRE REGLEMENTAIRE ET DES OBJECTIFS PRINCIPAUX DES ACTIVITES DEPLOYEES

#### 1.1. L'établissement au fil du temps

De l'hospice à l'hôpital René Le Hérisse au Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, quelques éléments d'histoire :

Antrain se dote d'un fond de secours pour les pauvres dès 1770. Le 8 décembre 1825, l'allusion au projet de fondation d'un hospice est notée dans les archives communales pour une population de 1 524 habitants. Ce n'est qu'en 1850 que l'on retrouve trace d'un nouvel effort pour créer un hospice. Mission est confiée à la congrégation des sœurs de la Providence. Mais ce n'est que le 24 octobre 1865, à l'issue d'une collecte auprès de la population antrainaise, qu'est ouvert l'hospice.

En 1908, un établissement hospitalier est créé officiellement et définitivement à Antrain (grâce aux lois sur les hôpitaux et sur la séparation de l'Eglise et de l'Etat).



Le 15 février 1909 l'hospice est ouvert, inauguré de façon officielle le 4 avril 1909 par Monsieur DOUMERGUE, Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

Dès 1908, Monsieur LE HERISSE, maire d'Antrain, s'investit beaucoup pour l'hôpital d'Antrain, grâce à lui, des fonds importants sont dégagés par l'Etat et en 1911 un nouvel hospice est ouvert pour recevoir 50 lits.

A la mort de René Le Hérisse, en 1922, l'hôpital d'Antrain devient « l'hospice-hôpital René Le Hérisse » et reçoit le cœur de son bienfaiteur, qui est placé dans une urne en bronze dans la salle d'honneur.

Aujourd'hui, cette urne est placée dans le hall d'apparat du bâtiment historique de 1911.

En 1940, des sages-femmes exercent à l'hôpital et en 1941 le Dr COUPEL propose et obtient la création d'une maternité. A ce moment, la capacité de l'établissement est de 80 lits en 3 pavillons.

En 1944, l'hôpital sera réquisitionné pour abriter brièvement des soldats allemands prisonniers.



En 1960, le projet de mieux dissocier l'hôpital de l'hospice est débattu en même temps que l'humanisation de l'hospice (salle commune). Cette année-là, le Dr ROLLAND nommé le 3 août 1960, crée le service de rééducation.

En 1980, les 65 lits d'hospice pour personnes âgées invalides deviennent lits de long séjour. Les 95 lits d'hospice deviennent maison de retraite (dont 35 lits de cure médicale).

Le projet d'établissement (2004-2008) lance une nouvelle construction dénommée Village de la Loysance qui prendra la place de l'ancienne maison de retraite R3, détruite en 2004. Mis à disposition en deux tranches, ce village de 9 000 m<sup>2</sup> est sur quatre niveaux dont deux d'habitation. La première tranche est livrée pour 100 habitants en février 2004. Disparaissent alors les dernières chambres à 3 lits du long séjour (bâtiment Le hérissé). 50 autres habitants arrivent en décembre 2005 (Les anciens bâtiments de la maison de retraite R1 et R2 sont désaffectés).

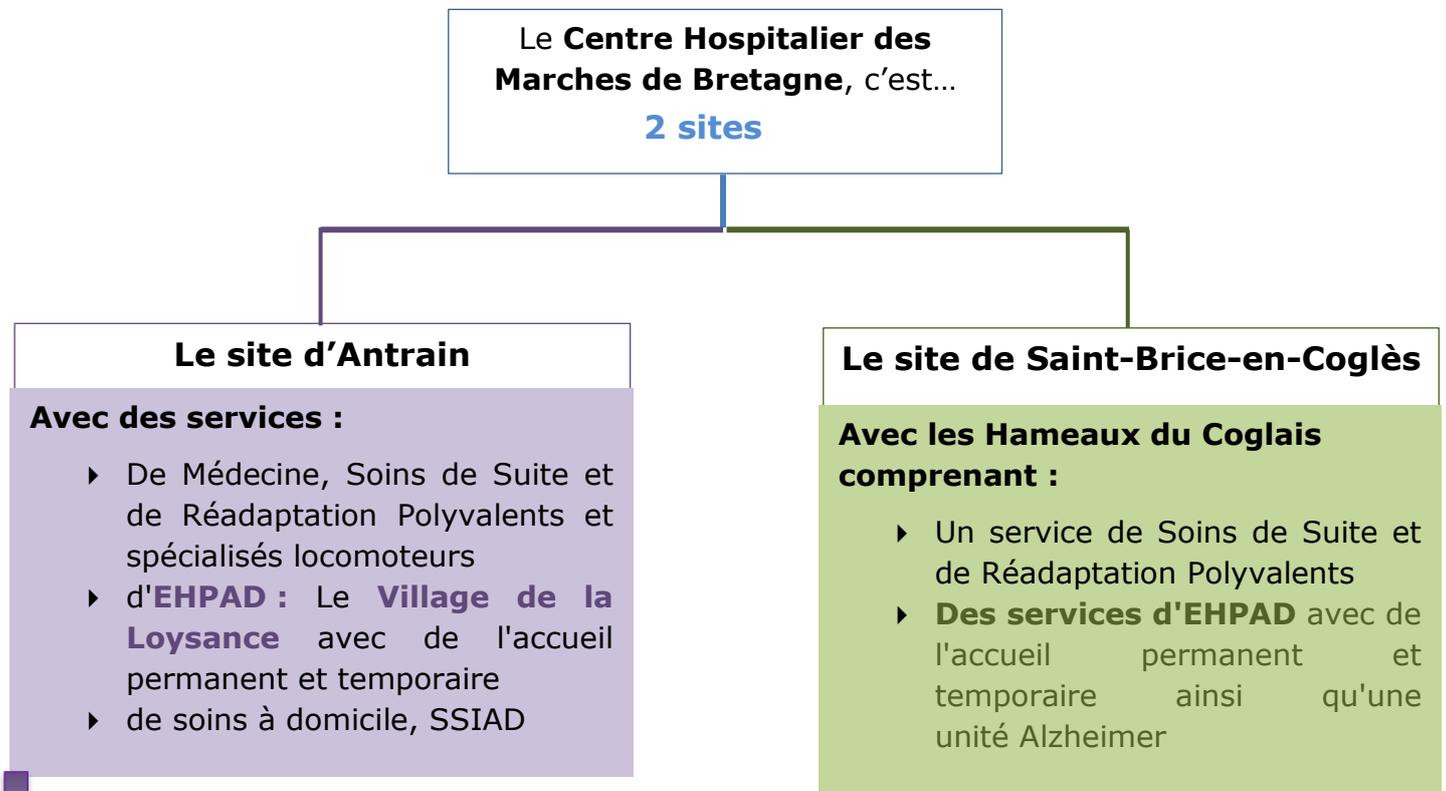


### Faits majeurs récents

- La construction des 2 phases de la Loysance (2004/2005)
- Le déménagement de l'Ancre (unité Alzheimer) d'Antrain à St-Brice en septembre 2011
- La fusion au 1<sup>er</sup> janvier 2012 des deux hôpitaux locaux qui donne naissance au Centre Hospitalier des Marches de Bretagne
- La direction commune avec l'EHPAD de St-Georges de Reintembault au 1<sup>er</sup> avril 2012
- L'autorisation de 2 lits identifiés de soins palliatifs dans le service médecine au 3 juillet 2012 au service de l'EHPAD

## 1.2. Présentation rapide du Village de la Loysance aujourd'hui

Le CHMB, Centre Hospitalier des Marches de Bretagne est constitué de 2 sites :



L'EHPAD de la «Loysance » est un des services du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne dont les autorisations se présentent ainsi par site:

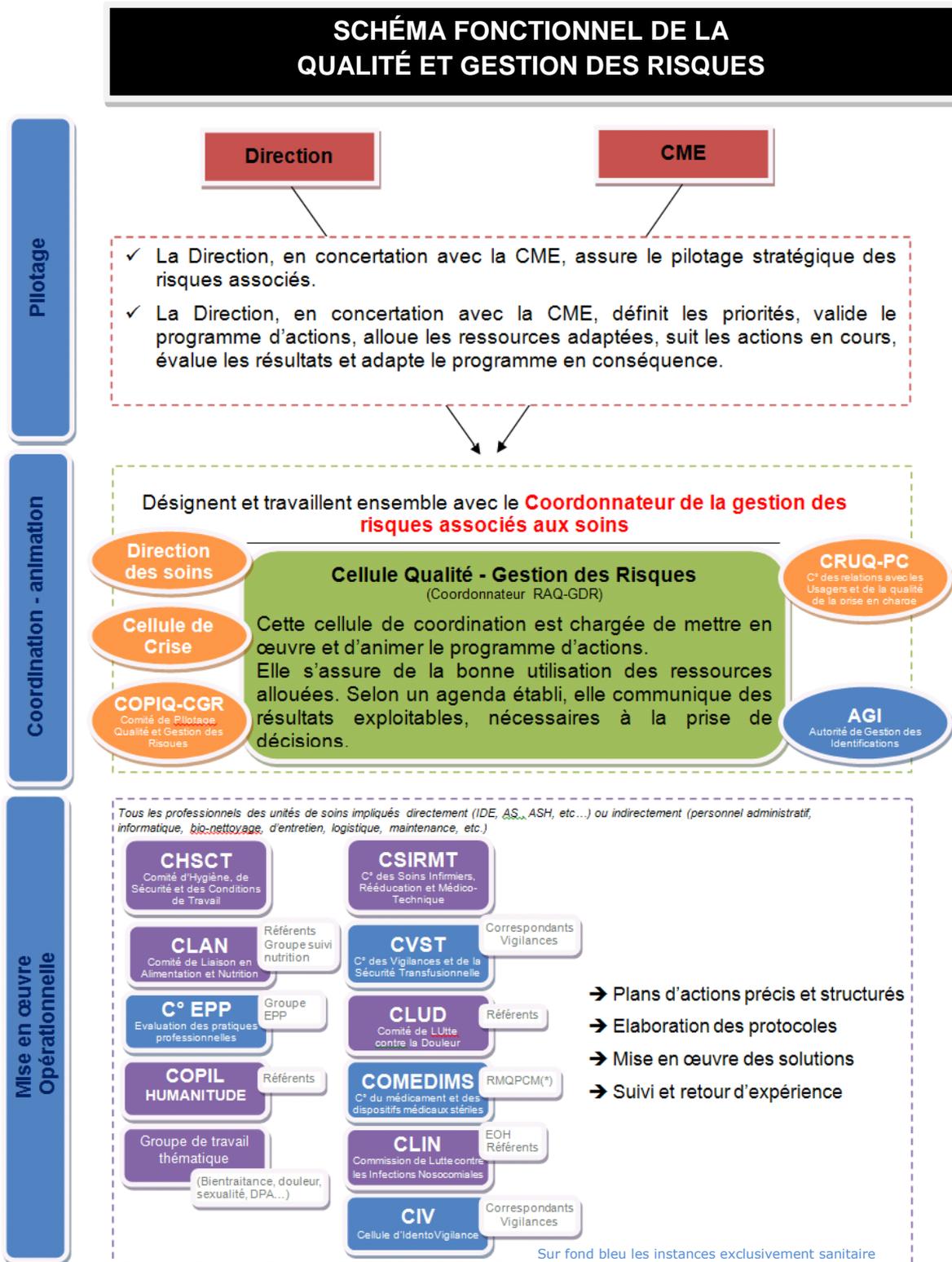
ANTRAIN	
Médecine (dont 2 lits en soins palliatifs)	12 places
Soins de Suite et de Réadaptation Polyvalents	14 places
Soins de Suite Spécialisés Locomoteur	36 places
SSR Polyvalent orientation neurologique	10 places
Hôpital de Jour (SSR Locomoteur)	5 places
<b>EHPAD « La Loysance »</b>	<b>145 places accueil permanent</b> <b>5 places accueil temporaire</b>
Service de Soins infirmiers À Domicile, SSIAD	27 places
Education Thérapeutique Diabète type 2	

- Le Village de la Loysance est un **EHPAD de 150 places dont 5 en accueil temporaire** :
  - Dernière convention tripartite : 2007-2012
  - Conventionnement aide sociale
  - Tarif global avec une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)

Les lieux de vie de la Loysance sont organisés en **2 étages de 3 unités, pouvant accueillir chacune 25 personnes en chambre individuelle avec salle de bain privative. Chaque unité bénéficie d'une équipe attitrée.** Les **locaux de vie, dont la salle à manger**, sont propres à chaque unité.

- Le Village de la Loysance, en tant que service du CH des Marches de Bretagne, bénéficie de la **mutualisation des services transversaux**, tels que les services logistiques, informatiques, administratifs et sociaux, et en particulier la qualité.

La politique Qualité et Gestion des risques est validée par un Comité de pilotage, le COPIQ-GDR, qui regroupe les personnels des secteurs sanitaire et médico-social. Les diverses instances de gouvernance générale et spécialisées, **hormis les instances graphiquement représentées en bleu**, s'intéressent à l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement, y compris les activités médico-sociales :



(\*) : Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse

Un plan de formation concerté, axé sur des pratiques professionnelles partagées et sur « la bientraitance », ont permis d'ouvrir les champs de compétences, de favoriser les relations sociales, et d'impulser une dynamique commune et pluri professionnelle.

### **1.3. Les missions et le cadre réglementaire**

---

L'EHPAD est un lieu de vie qui a pour mission d'accompagner des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans et de répondre à leurs besoins. Celui-ci s'emploie par les actes dispensés, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour maintenir le plus longtemps possible l'autonomie du résident.

Le cadre réglementaire est principalement contenu dans :

- L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30/06/75 relatives aux institutions sociales et médico-sociales (modification par l'arrêté du 13/08/2004) ;
- Les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

### **1.4. Les contractualisations engagées**

---

La Loysance en tant que service faisant partie intégrante du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, est couvert par les **contractualisations générales** du CHMB, et notamment :

- **Convention pluriannuelle d'objectifs et de Moyens 2012-2017** dont le contrat socle a été signé le 5 mars 2013, avec pour orientations stratégiques :

**Orientation n°1 : Ancrer et promouvoir le CHMB dans son rôle de premier recours dans le cadre de son offre médicale et médico-sociale, promouvoir ses missions de santé publique**

**Orientation n°2 : Répondre aux besoins de la population vieillissante et s'inscrire dans la filière gériatrique du territoire**

Orientation n°3 : Promouvoir et organiser une rééducation de qualité et s'inscrire dans les filières AVC et locomoteur du territoire (*Cette orientation ne concerne que l'activité sanitaire*)

**Orientation n°4 : Favoriser la coordination des acteurs pour améliorer le parcours des patients**

- **Convention de direction commune** avec la Résidence les Acacias de St-Georges de Reintembault (EHPAD de 110 lits) ;
- **Convention constitutive USSIVA** : Le CHMB est membre et coordonnateur du groupement de commandes USSIVA (Union des établissements Sanitaires et Sociaux d'Ille et Vilaine pour l'Achat).
- **Convention générale avec le Centre Hospitalier de Fougères ;**
- **Coopération inter-hospitalière - Réseau Opérationnel des Liaisons Alimentation Nutrition Diététique, ROLAND.**
- **INTERCLAN Bretagne**
- **Convention EMJI 35** dans le cadre de la création d'une équipe de gestion de tutelle inter établissements
- **Convention de partenariat avec l'association CLIC en Marches** avec pour objectif, l'organisation de l'accueil des personnes âgées vivant à domicile au sein des Hameaux du Coglais et de la Loysance
- **Convention avec la Blanchisserie Inter-Hospitalière de Taden ;**
- **Conventions de mise à disposition de personnel** avec les établissements suivants : Clinique St-Joseph de Combourg (informaticien), Résidence les Acacias (médecin coordonnateur, cadre supérieure de santé, attachée aux finances, responsable des services économiques), CH de Fougères (médecin du travail), CH de Vitré (praticien hygiéniste), réseau ROLAND (diététicien), CHU de Rennes (infectiologue)
- **Convention avec le cabinet de radiologie de Combourg**
- **Convention le laboratoire d'analyse de biologie médicale d'Antrain.**

### **1.5. Les orientations et les objectifs généraux du projet d'établissement**

---

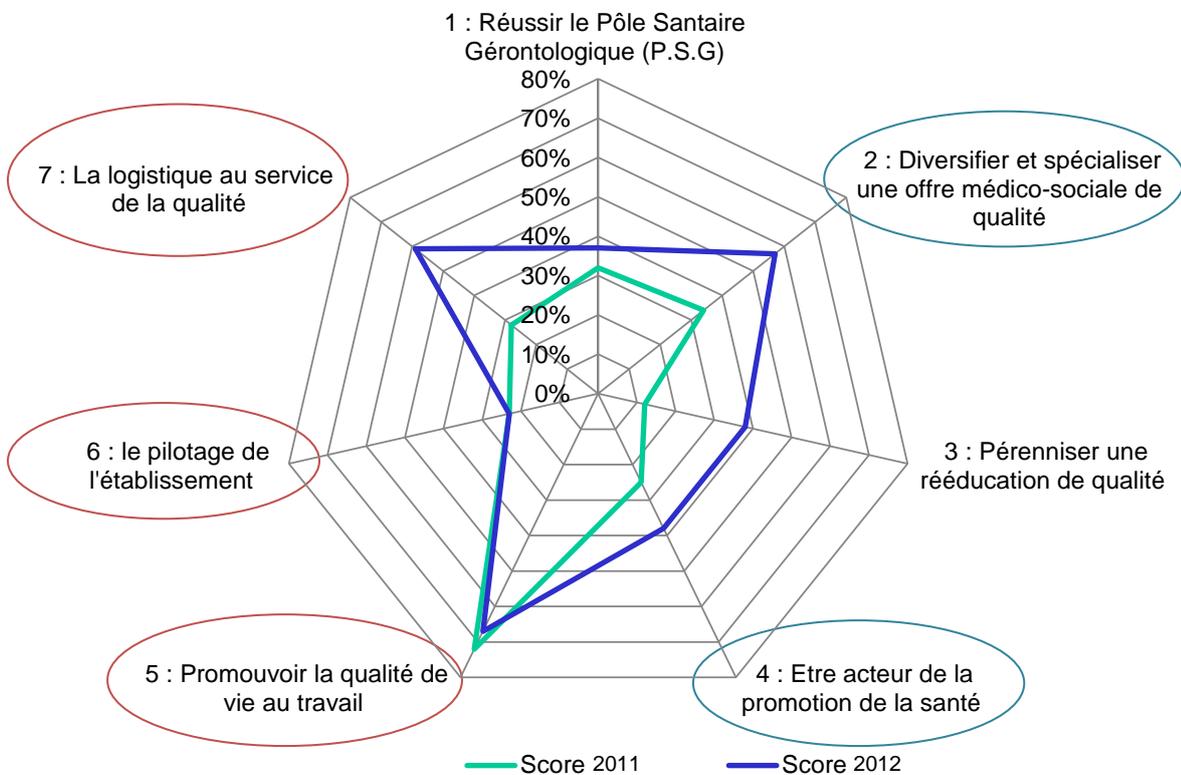
Le **projet de la Loysance fait partie intégrante du projet global d'établissement 2010-2014, dans son volet médico-social.**

Ce projet d'établissement, élaboré de manière participative et pluridisciplinaire, est réévalué chaque année.

Le projet d'établissement se décline en 7 axes. Parmi eux, doivent être retenus comme impactant le Village de la Loysance, les **3 axes supports** concernant l'ensemble des services, et les **2 axes activités suivants** :

- 1- Réussir le Pôle sanitaire gérontologie
- 2- **Diversifier et spécialiser une offre médico-sociale de qualité**
- 3- Pérenniser une rééducation de qualité
- 4- **Etre acteur de la promotion de la santé**
- 5- **Promouvoir la qualité de vie au travail**
- 6- **Le pilotage de l'établissement**
- 7- **La logistique au service de la qualité**

## Evaluation de l'atteinte des objectifs du projet d'établissement



Axes supports

Axes activités

Concernant l'axe 2, "**diversifier et spécialiser une offre médico-sociale de qualité**" et pour les actions que nous avons prévues (fixées pour la période 2010 à 2014), les évaluations du projet d'établissement 2011 et 2012 s'observent ainsi **pour l'ensemble des activités médico-sociales de l'établissement et notamment pour la Loysance**:

OBJECTIF	Nombre d'actions	Actions non réalisées ou 0%	Actions réalisées à Moins de 50 %	Actions réalisées à plus de 50 %	Actions réalisées	Score 2012	Score 2011
2.1.1 Pérenniser la méthode Humanitude au sein des services	4	0	0	4	0	89%	63%
2.1.2 L'organisation du temps de travail et des staffs	4	0	0	2	2	95%	94%
2.1.3 L'architecture au service de l'accompagnement	6	0	0	5	1	93%	67%
2.1.4 Accompagner le changement d'une manière globale auprès des équipes, des résidents et de leurs familles	2	0	0	1	1	90%	
2.1.5 Développer l'évaluation et la démarche qualité	3	2	0	0	1	33%	4%
2.1.6 Améliorer l'accueil	5	2	0	3	0	40%	0%
2.1.7 Evaluer l'intégration de la personne	3	0	0	1	2	87%	
2.1.8 Favoriser la vie sociale	6	4	0	2	0	23%	4%
2.1.9 Repositionner l'IDE	6	0	2	4	0	40%	17%
2.1.10 Le repas temps fort de la vie des résidents	3	2	0	1	0	23%	0%
2.2 : Adapter les services et les capacités aux besoins de la population du secteur	4	2	0	1	1	42%	55%
2.3 : Favoriser les relations réseaux	2	0	0	1	1	84%	42%
2.4 : Communication externe	2	0	2	0	0	10%	0%
<b>ENSEMBLE</b>	<b>50</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>57%</b>	<b>34%</b>

## **1.6. Les valeurs du CHMB au travers du projet d'établissement**

Les valeurs de la Loysance découlent de plusieurs références :

**1- Le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne est attaché à diffuser ses valeurs auprès des personnels, des personnes âgées et de leur famille dans les instances concernées** (CVS, CRUQ-PC, COPIQ-GDR, rencontre des personnels..) qui se déclinent autour des objectifs suivants :

- **Ecouter l'utilisateur** qui occupe une place essentielle, dont les besoins et les attentes sont recueillis à travers les enquêtes de satisfaction, le recensement des événements indésirables qui sont analysés par la cellule qualité et restitués dans les instances dédiées
- **Respecter l'individualité** (identité, sommeil, projets de soins et/ou de vie

- **Maintenir l'autonomie physique et la capacité à faire ses propres choix** (ne pas « faire » à la place du résident, accepter le refus de soin, accepter le droit au risque)
- **Maintenir la citoyenneté**

**2- La Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante**, qui figure dans le livret d'accueil et qui est le fondement des pratiques professionnelles se traduit par :

- **La place essentielle occupée par l'usager** dont les besoins sont recueillis à travers les enquêtes de satisfaction, des enquêtes thématiques, le recensement des événements indésirables qui sont analysés par la cellule qualité et restitués dans les instances dédiées.
- **Notre souhait de respecter dans la mesure du possible l'individu dans son identité et dans sa spécificité.**

**3- Le projet « Humanitude »** qui s'inscrit dans le déploiement du projet global d'établissement 2010-2014 et qui est basé sur le concept de Bientraitance. Le concept est déployé **de manière souple et adaptée dans notre institution**, mais permet de donner du **sens à l'action** de chacun et de **réinterroger régulièrement les pratiques.**

« Le choix de la philosophie d'accompagnement d'Humanitude a été fait en 2007, avec mise en place d'un comité de pilotage commun Antrain/St Brice en place depuis 2008, autour d'une vingtaine de personnes représentant la diversité des personnels des différents services : psychologues, cadres, référents. »

Cette dimension stratégique se traduit par la **formation de 99 % du personnel à la démarche « Humanitude »** et se décline sur les **objectifs suivants** :

- Réaliser le pré accueil, l'accueil, le suivi de son projet d'accompagnement individualisé :
  - Optimiser la relation avec le résident
  - Se rendre disponible pour les relations avec la famille
  - Optimiser les relations avec tous les acteurs de la prise en soins internes ou externes à l'établissement
- Respecter le rythme de vie des résidents
- Favoriser l'image de soi pour que le résident se perçoive comme un citoyen à part entière
- Partager des moments conviviaux pour favoriser l'échange et le lien social, en insistant sur le moment fort du repas
- Favoriser le lien intergénérationnel par le biais de lieux dédié

## LA CARACTÉRISATION DE LA POPULATION

Les caractéristiques de l'activité et de la population permettent une meilleure compréhension du système complexe qu'est l'EHPAD, des besoins des personnes âgées accueillies et d'en apprécier leurs évolutions.

L'analyse de ces données, menée par le Comité de Pilotage, permet de définir des niveaux d'exigence réalistes et adaptés à la situation de l'EHPAD. La synthèse ci-dessous reprend les principales caractéristiques (détail en annexe 2) :

### SYNTHESE DE LA CARACTERISATION DE LA POPULATION

- Provenance des entrées : Evolution sur 3 ans. À noter une baisse du pourcentage d'entrées provenant du domicile et une augmentation de la part des entrées provenant d'établissements sanitaires
- Stabilité des départements de provenance : environ 55% proviennent du canton d'Antrain et ses cantons limitrophes.
- La moyenne d'âge à l'entrée est en augmentation depuis 2009 (de 78½ans à 82½ ans).
- La DMS a augmenté sur 3 ans : La durée moyenne de séjour n'est pas très élevée du fait d'une arrivée de plus en plus tardive en établissement (3 ans et 271 jours en 2012).
- Le pourcentage des sorties vers un établissement sanitaire est en hausse constante (augmentation d'environ 16% en 3 ans).
- En 2012,  $\frac{2}{5}$  des résidents sont des hommes : proportion d'hommes plus importante que dans d'autres établissements.
- 37,14% des résidents sont sous protection juridique (tutelle, curatelle ou mandat particulier)
- 60% des résidents sont veufs
- 97,76% des résidents ont encore des contacts avec les proches.
- Le GMP est passé de 658 en 2010 à 745 en 2011. Cette augmentation s'explique par la fermeture de l'USDL en 2010 et le transfert des résidents en EHPAD. Le nombre de résidents en GIR 1-2 a augmenté de plus de 20% en 4 ans.
- Au 30 avril 2013, 76,71% résidents sur 146 présents, ont un diagnostic de maladie psychiatrique et/ou de maladie démentielle.
- 46,31% des résidents disposent d'une texture d'alimentation adaptée régulièrement réévaluée.
- Quasiment 1 résident sur 2 dispose d'un fauteuil roulant (49,65%) et 93,71% des résidents disposent d'aides techniques à la marche.
- Plus de 70% des résidents nécessitent des aides dans les actes de la vie quotidienne (aide aux repas, toilettes, déplacement...).
- 44,37% des résidents sont confinés au lit ou au fauteuil
- Sur 3 ans, les décès au sein de la structure sont en baisse (- 10%) au profit d'une hausse des décès en hospitalisation.

## 2. LA SPÉCIFICATION DES OBJECTIFS

L'établissement s'est conformé à la recommandation de l'ANESM publiée en février 2012 « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes ». Les 5 axes ci-dessous ont donc été utilisés comme "support" afin de mener notre réflexion.



Le Comité de Pilotage a, pour chaque axe et pour chaque thématique, précisé :

- Quelle politique, quelle organisation, quels moyens sont alloués à ce thème ?
- Quelle est la mise en œuvre effective, qualitative ou quantitative, de ce thème sur le « terrain » ?
- Quels sont les effets attendus et/ou les évaluations sur ce thème ?

## PARTIE 2 - ÉLÉMENTS DE MÉTHODE

### 1. PROTOCOLE D'ÉVALUATION

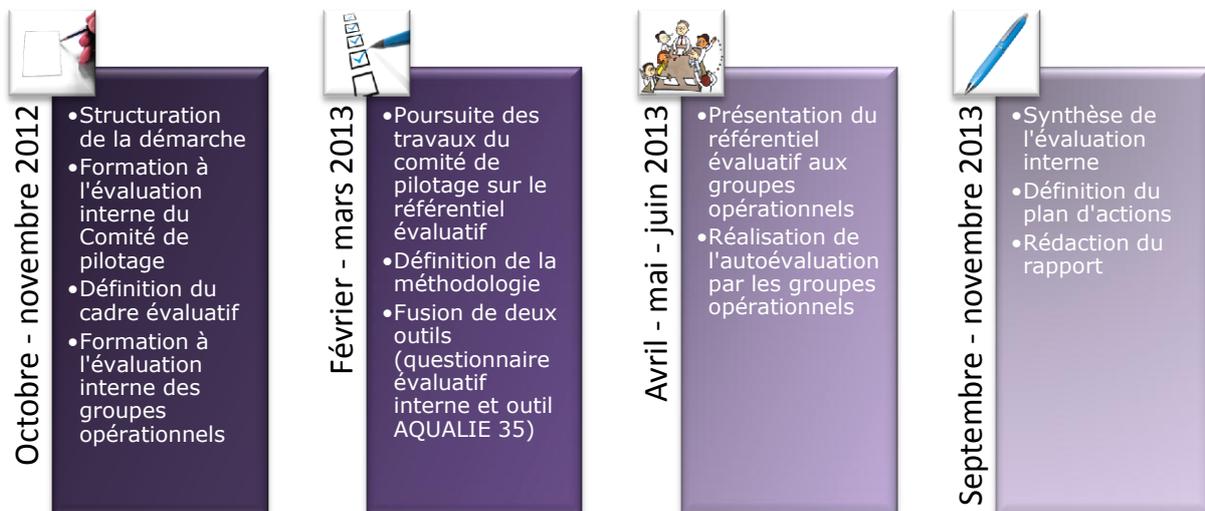
#### 1.1. Choix d'entrée

Le choix de mener cette évaluation en 2012/2013 repose sur l'obligation de respecter le calendrier réglementaire. En effet, notre établissement a été autorisé et ouvert avant le 3 janvier 2002, date de publication de la loi du 2 janvier 2002. Aussi devons-nous communiquer les résultats d'au moins une évaluation interne, au plus tard avant le 3 janvier 2014, conformément au premier alinéa de l'article D.312-204 du CASF.

Le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne a choisi de réaliser **l'évaluation interne de ses EHPAD conjointement**. En effet, depuis la fusion, si les sites gardent certaines spécificités, de très nombreuses activités et pratiques sont communes.

#### 1.2. Temporalité

La démarche d'évaluation interne s'est déroulée d'octobre 2012 à novembre 2013 :



### 1.3. Les différentes phases

---

#### CHRONOLOGIE DÉTAILLÉE :

- O**ctobre 2012 Formation par un prestataire externe du comité de pilotage à l'évaluation interne, au contexte réglementaire et méthodologique ; travaux du comité de pilotage sur la définition du cadre évaluatif.
- N**ovembre 2012 Formation par le prestataire externe des professionnels membres des groupes opérationnels au contexte réglementaire et méthodologique de l'évaluation interne.
- J**anvier 2013 Décision de mettre fin à la prestation de l'organisme de formation, avec l'accord de celui-ci.
- F**évrier 2013 Poursuite des travaux du comité de pilotage sur la formalisation des questions évaluatives suivant la recommandation de l'ANESM sur les EHPAD.
- M**ars 2013 Publication par le Conseil Général d'Ille et Vilaine de l'outil AQUALIE 35 2<sup>ème</sup> version, décision du comité de pilotage de fusionner cet outil avec le questionnaire évaluatif pour en faire le référentiel d'évaluation interne.
- A**vril 2013 Présentation du référentiel au comité de pilotage et constitution des groupes opérationnels en fonction des axes de la recommandation et définition du calendrier.
- Formation générale à la qualité des groupes opérationnels et présentation du référentiel et des modalités de son remplissage, début du travail des groupes.
- M**ai - **J**uin 2013 Poursuite des travaux des groupes opérationnels et enquête de satisfaction auprès des résidents.
- J**uillet 2013 Présentation en comité de pilotage des résultats de l'enquête de satisfaction des résidents ainsi que des résultats et des propositions d'actions issues des constats des groupes opérationnels. Envoi du questionnaire de satisfaction pour les familles.
- S**eptembre  
- **N**ovembre 2013 Relecture des constats des groupes opérationnels par les cadres-pilotes des groupes opérationnels et un qualicien ; rédaction du rapport d'évaluation interne.  
Formalisation et validation du plan d'actions et finalisation du rapport d'évaluation interne. Enquête en cours sur la qualité de vie au travail.

## 1.4. Difficultés éventuelles rencontrées

---

- Rupture du contrat avec le formateur (inadéquation de la méthodologie avec les attendus de l'établissement en janvier 2013)
- Modification de l'organigramme de direction (départ de la directrice adjointe en charge de la qualité)
- La mobilisation régulière des professionnels dans cette démarche, même si elle s'avérait indispensable et chronophage, a représenté une difficulté, d'autant plus que des cadres et l'équipe de direction menaient conjointement la démarche de certification des activités sanitaires du CHMB (HAS).
- Compte tenu de la population accompagnée, il n'a pas été aisé de faire participer les résidents lors de l'enquête de satisfaction menée, ce qui explique un faible taux de retour (27%).
- Le choix d'intégrer le référentiel d'indicateurs « AQUALIE 35 » du Conseil Général de l'Ille et Vilaine dans le cadre évaluatif des EHPAD a présenté une difficulté temporelle dans l'attente de la publication de la nouvelle version à la mi-mars 2013.

## 2. LES MODALITES DE L'IMPLICATION DES INSTANCES DELIBERATIVES ET DIRIGEANTES, DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS DANS LA DEMARCHE

---

### 2.1. Les modalités de l'implication des instances délibératives et dirigeantes

---

#### ④ La direction

Est chargée de la :

- *Détermination de l'engagement de l'établissement dans la démarche d'évaluation*
- *Garantie du bon déroulement et de l'aboutissement de la démarche*
- *Structuration, planification et validation de la méthode et des outils*
- *Organisation de la communication interne et externe*
- *Validation du rapport d'évaluation interne et communication aux instances*
- *Transmission aux autorités du rapport d'évaluation*

🕒 Comité de pilotage de l'évaluation interne

Un comité de pilotage constitué de professionnels représentant les différents métiers a permis l'implication des professionnels lors :

- *de la définition du cadre évaluatif ;*
- *de la construction du référentiel évaluatif ;*
- *des éléments de méthodes et notamment du calendrier ;*
- *de la mobilisation et du rôle des membres des groupes opérationnels ;*
- *du relais d'information entre les groupes opérationnels et le comité de pilotage*
- *de l'analyse des constats et des propositions d'axes d'amélioration.*

**COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE COMMUN**

Mme J. BETTLER	Directrice
Mme EH. BEASSE	Directrice-adjointe, chargée des ressources humaines et de la qualité, référente du site d'Antrain
Mme E. CONSTANCY	Directrice-adjointe chargée des services économiques, logistiques et informatique, référente du site de St-Brice
Mme J. PETITPAS	Cadre supérieure de santé, FF directrice de soins
Dr F. ILLES	Gériatre, médecin coordonnateur de le Loysance
Dr L. DE WAILLY	Gériatre, médecin coordonnateur des Hameaux du Coglais
Mme N. DELEURME	IDE FF cadre de santé, responsable de l'unité d'accueil temporaire, « la Pampille »
Mme M. HUBERT	Cadre de santé, responsable de l'EHPAD « Les Hameaux du Coglais »
Mme D. ESNAULT	[ IDE FF cadre de santé, responsable de l'unité Alzheimer « L'ancre de Marigny et de l'Accueil de jour « L'escale »
Mme K BERTEL	
M. D. CAZIN	Cadre de santé responsable du niveau 1 à la Loysance
Mme M. LEGROS	Cadre de santé, responsable du niveau 2 de la Loysance
Mme N. LUCAS	Cadre de santé, responsable du SSIAD
Mme A. GAZENGEL	Infirmière coordonnatrice du SSIAD
Mme M. BASLE	Qualificienne
M. M. MAUFAUGERAT	Qualificien
Mme C. POMMEREUL	IDE référente qualité
Mme N. PRIOUL	Assistante qualité et gestion des risques

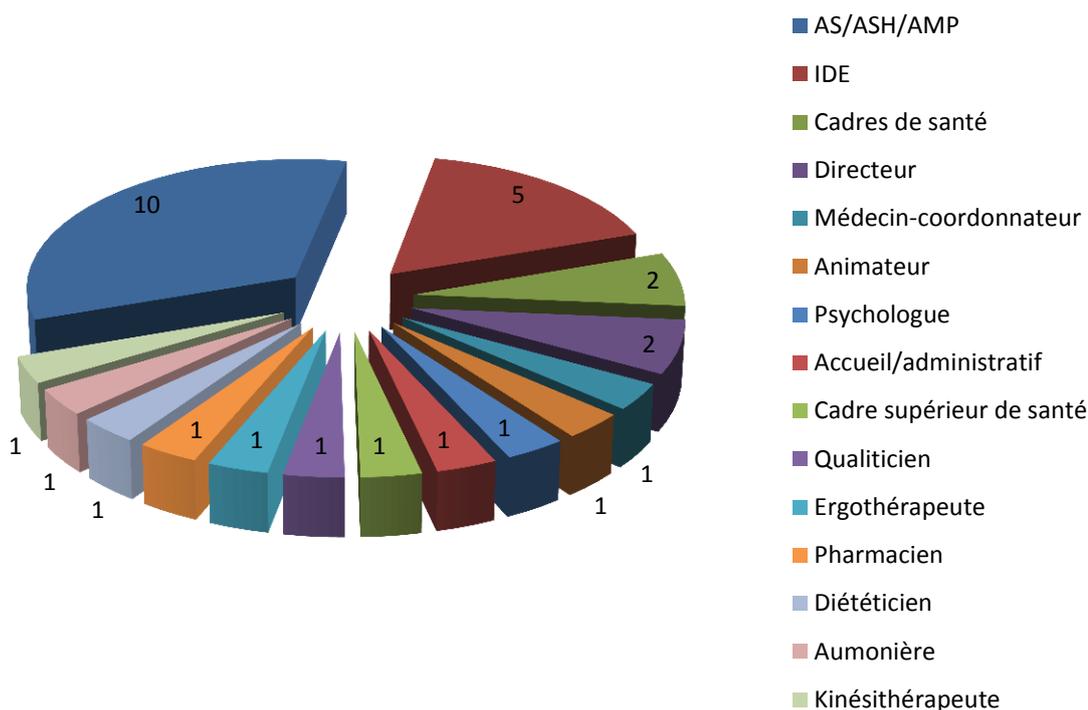
## 2.2. Modalités d'association des professionnels

Comme précisé dans la chronologie détaillée, les membres des groupes opérationnels, ont reçu une formation sur l'évaluation interne puis une journée a été organisée le 18 avril 2013, avec pour objet :

- Une information sur la démarche qualité
- Une présentation du référentiel évaluatif et son utilisation, ses modalités de réponse.

Si la réunion a mobilisé une cinquantaine de personnes sur l'ensemble du CHMB, le tableau suivant précise les catégories professionnelles associées aux groupes opérationnels :

### Répartition des professions dans les groupes de travail de l'évaluation interne - La Loysance, Site d'Antrain



Parmi les professionnels mobilisés, nous pouvons noter en particulier la présence des compétences spécifiques suivantes :

- IDE, référente Humanitude
- AS, représentante du CLUD
- AS, représentante du CTE
- AS, référente hygiène
- IDE, référente nutrition
- AS, référente nutrition

## **2.3. Modalités de consultation des résidents et des familles**

---

### Consultation des résidents

L'avis des résidents et des familles a été recueilli, de manière structurée, par le biais d'une enquête de satisfaction, construite autour des thématiques suivantes :

- La satisfaction générale du séjour dans la résidence
- L'accueil et l'admission (pour les résidents présents depuis moins d'un an)
- Le cadre de vie
- L'information et la communication
- Le personnel
- Les prestations hôtelières
- Les soins
- La vie sociale et l'animation

Nous avons procédé à une sélection des résidents les plus à même de pouvoir répondre ainsi qu'à un test auprès de deux résidents afin de mesurer la faisabilité de l'enquête (temps consacré, nombre de questions...).

Des binômes mixtes (Antrain et St Brice en Coglès) issus des groupes opérationnels sont allés à la rencontre des résidents en leur proposant de participer à l'enquête.

Ainsi, 41 résidents ont répondu soit un taux de retour de 27 %.

L'établissement a présenté la démarche au **Conseil de Vie Sociale** et l'a tenu au courant des résultats des enquêtes de satisfaction.

### Consultation des familles

Un questionnaire quasi identique a été soumis aux familles afin de réaliser une analyse croisée de l'appréciation de la qualité des prestations.

Les familles ont reçu l'enquête par courrier courant juillet 2013. Celle-ci a été traitée en septembre 2013.

### 3. LES GRANDES MODALITES DE LA REMONTEE DES INFORMATIONS

#### 3.1. Le référentiel utilisé

L'autoévaluation a été réalisée sur la base d'un référentiel construit par le comité de pilotage et le service qualité de l'établissement. Ce référentiel est la fusion des questions évaluatives développées par référence aux 5 axes définis dans la recommandation de l'ANESM sur les EHPAD et de l'outil « AQUALIE 35 » référentiel d'indicateurs développé par le Conseil Général d'Ille et Vilaine.

A travers ce référentiel, les groupes opérationnels ont évalué chaque thème et ont attribué une cotation de A à D en respectant le tableau présenté le 18 avril 2013:

Définition des 4 niveaux de cotation		
	Outil AQUALIE 35	Référentiel évaluatif
<b>A</b>	Objectif atteint au regard des éléments d'appréciation proposés	Le thème est formalisé, maîtrisé, évalué...
<b>B</b>	Objectif atteint dans la majorité des situations	Thème maîtrisé en grande partie
<b>C</b>	Objectif partiellement atteint ou peu satisfait ou de façon trop rare	Thème partiellement maîtrisé (peu d'évaluation, peu de formalisation ou résultats pas assez satisfaisants)
<b>D</b>	Objectif trop peu atteint ou non satisfait ou de façon trop rare	Lacunes avérées sur ce thème
<b>NC</b>	Non Concerné	

Cette cotation n'est pas une notation mais permet de définir des marges de progression dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. La synthèse des résultats de l'autoévaluation est annexée à ce rapport.

## 3.2. Les études complémentaires menées

---

### ④ Caractérisation de la population

Afin de caractériser la population, le comité de pilotage a effectué un recueil statistique des éléments relatifs aux résidents accompagnés. Les caractéristiques ci-dessous ont été recueillies et analysées par le Comité de Pilotage (détail en annexe 2) :

- Provenance des entrées
- Origine géographique des résidents
- Durée moyenne de séjour
- Mode de sortie définitive
- Age des résidents et moyenne d'âge à l'entrée
- Répartition des résidents par sexe
- Description de la protection juridique des résidents en 2012
- Description de la situation familiale des résidents en 2012
- Niveau de dépendance des résidents
- Niveau de prise en soins
- Etat des démences et pathologies psychiatriques
- Descriptif de la vie sociale des résidents en 2012
- Texture de l'alimentation proposée en 2012
- Autres données sur les dépendances

### ④ Enquêtes complémentaires

#### ▶ Enquêtes spécifiques dans le cadre de la démarche d'évaluation interne :

Le travail d'élaboration du questionnaire évaluatif par le comité de pilotage a également défini plusieurs enquêtes qui ont permis d'objectiver les constats sur différentes thématiques :

- Thème de la garantie des droits individuels :  
Enquête réalisée sur les 30 derniers dossiers d'admission (page 86 du référentiel évaluatif)
- Thème de l'analyse et de la maîtrise du risque infectieux :  
[Renseignement du Document d'Analyse du Risque Infectieux \(synthèse en page 130 du référentiel évaluatif\)](#)
- Thème du maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides :  
[Enquête sur l'évaluation des capacités du résident au travers de la toilette évaluative sur les 20 dernières admissions \(page 146 du référentiel évaluatif\)](#)

- Thème de la personnalisation des activités sociales individuelles et collectives :  
Bilan d'activité sur l'année 2012 du service animation (page 170 du référentiel évaluatif)

- Thème de l'accompagnement de la fin de vie des résidents :  
Enquête sur les 30 derniers dossiers de résidents décédés dont l'admission était supérieure à 3 mois (page 186 du référentiel évaluatif)

► Audits dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité :

- Audit d'évaluation de la mise en place de la démarche Humanitude (novembre et décembre 2011).
- Audit bientraitance (novembre – décembre 2012).
- Enquête prévention de la maltraitance - autocontrôle des pratiques professionnelles (janvier – février 2013).
- Une enquête « qualité de vie au travail » menée avec l'aide des membres du CHSCT a été réalisée en novembre 2013 et est actuellement en cours de traitement.

⊙ Enquêtes de satisfaction

- L'établissement a réalisé des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles. Les résultats de l'enquête ont été traités et analysés par les membres du Comité de Pilotage. La synthèse des résultats est présentée en annexe 5.
- Un audit ponctuel relatif à la qualité de la restauration dans les unités a été réalisé en 2010.
- Une enquête relative à la satisfaction « prestation repas » est réalisée de façon annuelle dans le cadre du recueil des indicateurs AQUALIE 35.

## PARTIE 3 - PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

### 1. LES PRINCIPAUX CONSTATS

#### 1.1. Mise en œuvre du projet d'établissement

Le projet d'établissement fait l'objet d'une évaluation annuelle avec l'aide du cabinet extérieur ADYSTA.

A cette occasion le GESPE (Groupe d'Evaluation et de suivi du Projet d'établissement) assure la coordination et la synthèse des évaluations, axe par axe et action par action.

La synthèse fait l'objet d'une présentation annuelle en réunion d'encadrement et restitué aux instances de gouvernance.

#### 1.2. Constats issus de l'autoévaluation

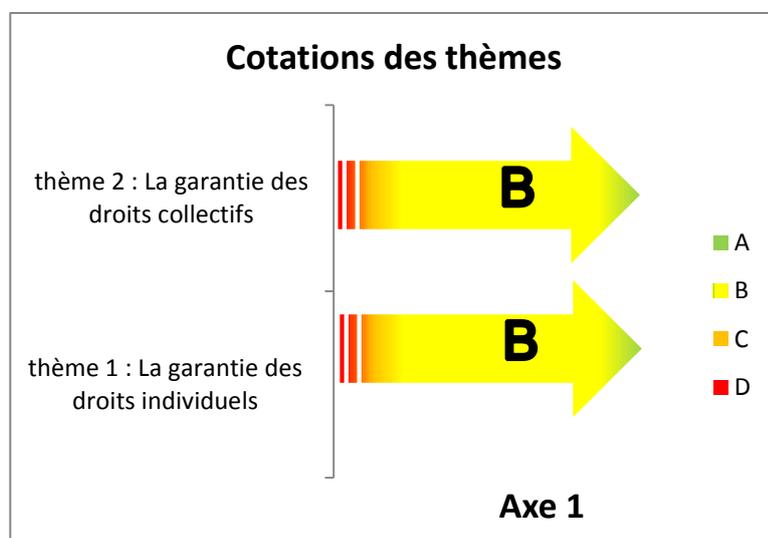
Les constats réalisés, les effets constatés pour les usagers et la pertinence des activités déployées pour chaque objectif générique sont détaillés dans le rapport d'autoévaluation. Les principaux éléments sont restitués ci-dessous selon les 4 niveaux de cotations suivants :

- A** Le thème est formalisé, maîtrisé, évalué...
- B** Thème maîtrisé en grande partie
- C** Thème partiellement maîtrisé (peu d'évaluation, peu de formalisation ou résultats pas assez satisfaisant)
- D** Lacunes avérées sur ce thème

#### Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs

L'attention de l'établissement au respect des droits et libertés des résidents est prépondérante, notamment à travers l'engagement dans la démarche « Humanitude », l'organisation de groupes de travail spécifiques sur la bientraitance, la sexualité, ..., apportant une réflexion éthique à l'ensemble des acteurs de la prise en soin.

La résidence de la Loysance dispose exclusivement de chambres individuelles ainsi que des chambres communicantes (9) facilitant l'accueil des couples.



Les documents de la loi 2002-2 sont remis au résident. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans l'établissement.

Le CVS est effectif et se réunit 4 fois par an avec une ouverture large aux résidents et familles qui souhaitent y participer.

La CRUQ-PC, instance obligatoire du secteur sanitaire, a été élargie à l'ensemble du secteur médico-social et permet le suivi du traitement des plaintes et réclamations.

## Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

Le secteur médico-social du CHMB bénéficie du transfert des méthodes et outils du secteur sanitaire.

Le CLIN, le CLUD, la CRUQPC, le COPIQ-CGR, le CHSCT sont autant d'instances qui montrent la possibilité d'échanges constants entre l'EHPAD et les services sanitaires.

Nous pouvons apprécier le bénéfice de cette organisation sur le résultat du DARI nous plaçant à plus de 75 % des objectifs.

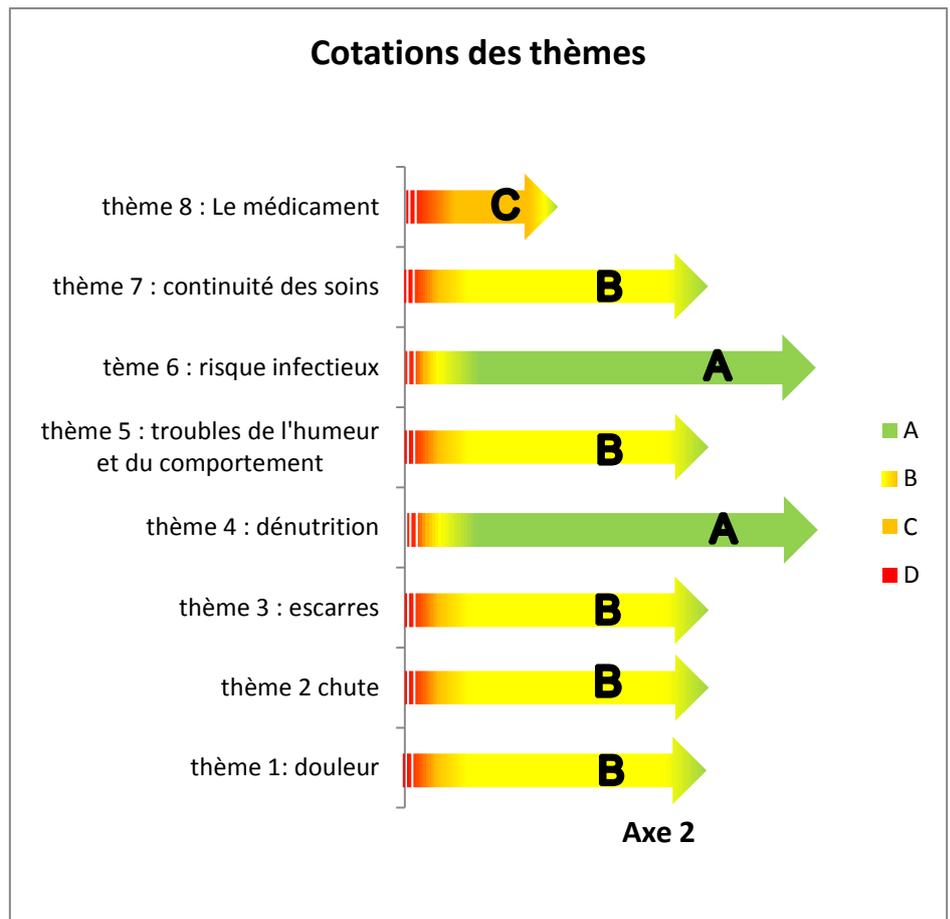
De plus, des compétences spécifiques viennent compléter la prise en soins des résidents (diététicien, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute).

Si l'établissement n'a pas organisé de commission de coordination gériatrique, l'ensemble des médecins

traitants est invité à participer à la Commission Médicale d'Etablissement où les sujets concernant l'EHPAD sont abordés.

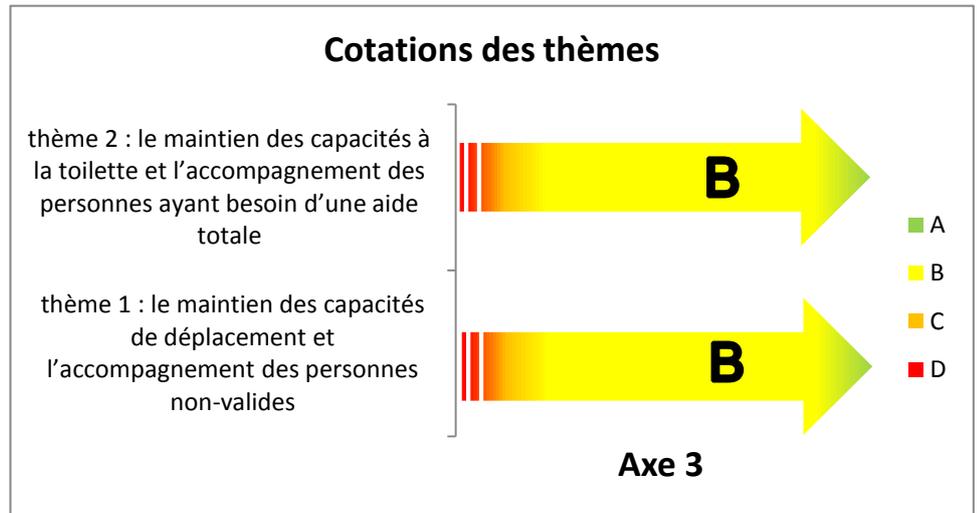
La coordination des soins, outre la présence d'un médecin coordonnateur, est renforcée par les partenariats et conventions établis comme, par exemple, avec la consultation mémoire du Centre Hospitalier de Fougères, comprenant l'intervention possible d'une neuropsychologue, les conventions nous lient avec un laboratoire d'analyse de biologie médicale et un cabinet de radiologie...

Un point fort est à souligner pour la continuité des soins : le dossier informatisé. En effet, tous les intervenants de la prise en soins, y compris les médecins traitants de leur cabinet libéral, ont accès en temps réel aux données du dossier des résidents.



**Axe 3 : Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance**

L'architecture de la résidence de la Loysance assure une grande accessibilité aux différents lieux. Cependant la configuration du parc autour de la résidence avec la présence de pentes diminue l'accessibilité extérieure. La signalétique interne et externe est à revoir tant sur la qualité des informations que sur la taille des caractères.



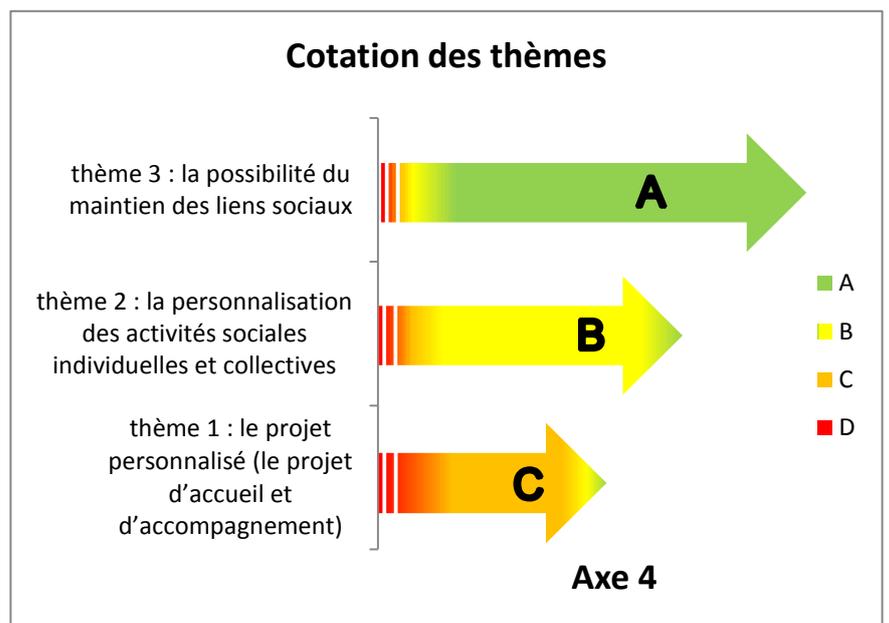
L'intégration des concepts liés à l'« Humanitude », axe fort du projet d'établissement avec 99% de personnel formé, a permis la mise en place d'évaluations des capacités au travers des toilettes prenant en compte tous les aspects de l'autonomie des résidents. Ces évaluations sont réalisées en présence d'un ergothérapeute ou d'une IDE.

Les concepts « Humanitude » ont apporté les pratiques de report de soins et de respect des rythmes des résidents, individualisant mieux la prise en soins.

**Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement**

L'accueil physique et téléphonique est organisé. Le livret d'accueil est disponible pour toute personne désireuse de se renseigner sur l'établissement.

Une Commission Médicale d'Accueil et d'Orientation du Territoire, mutualisée sur plusieurs cantons et établissements, agit en amont des admissions. Le processus d'admission est organisé du pré accueil au bilan post accueil avec du personnel dédié, notamment pour le jour d'arrivée du résident.



L'établissement a mis en place les projets d'accompagnement individuel (PAI). La présentation de la synthèse et les objectifs de ce PAI au résident et à sa famille doit être formalisée, améliorée et tracée.

Le PAI a été mis en place en octobre 2012. En novembre 2013, 80% des résidents bénéficient d'un PAI. A terme, le PAI de chaque résident sera revu tous les 3 mois en staff pluridisciplinaire.

Le dossier informatisé du résident permet aux professionnels d'avoir toutes les informations en temps réel. L'établissement veillera néanmoins à mieux harmoniser les pratiques d'utilisation du logiciel et à mieux définir le type d'informations attendus dans les différents champs proposés.

L'établissement entretient de multiples partenariats permettant une ouverture sur l'extérieur. L'équipe d'animation propose des activités collectives variées et adaptées et du personnel est détaché spécifiquement pour réaliser des activités personnalisées. Un plan annuel d'animation est élaboré. Le programme hebdomadaire est affiché dans chaque unité de l'établissement.

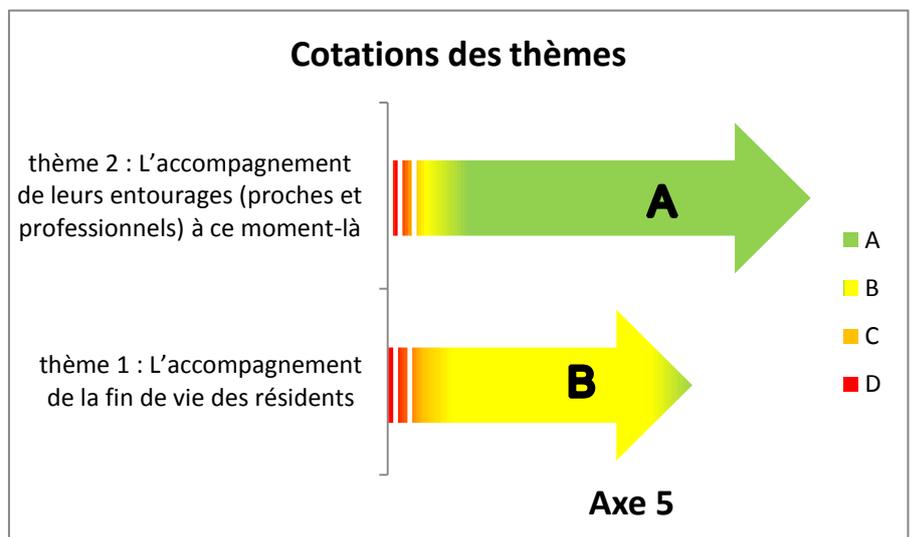
L'architecture propose plusieurs espaces pour l'accueil de l'entourage et l'établissement prête gracieusement un véhicule adapté pour que les familles puissent sortir avec leurs proches.

### Axe 5 : L'accompagnement en fin de vie

Un accompagnement de la fin de vie est assuré au sein de l'établissement dans le respect des convictions du résident et de sa dignité.

L'établissement sensibilise les professionnels au travers d'une formation sur les différentes étapes de la vie.

L'équipe mobile de soins palliatifs de secteur (Centre Hospitalier de Fougères) intervient sur demande et l'équipe interne de soins palliatifs du secteur de médecine du CHMB peut être sollicitée pour des conseils. Un médecin salarié de l'établissement intervenant en EHPAD a un DIU de soins palliatifs.



Les familles sont informées et soutenues pendant cette période par le psychologue et l'ensemble des équipes, un aumônier salarié est également présent.

Le soutien des équipes se réalise pendant les transmissions ou bien des temps d'échange spécifiques sont organisés avec l'appui du psychologue ou de l'équipe mobile de secteur.

Après le décès, l'établissement veille à l'information et au soutien des résidents ayant lié amitié.

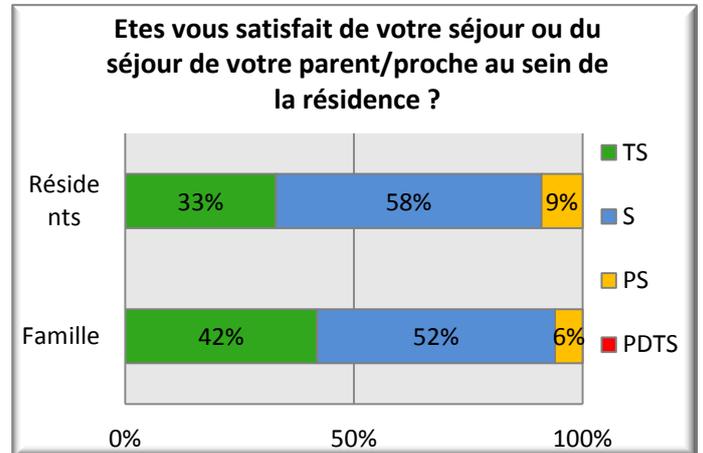
### 1.3. Constats issus des enquêtes de satisfaction

La légende :   
■ Très satisfait = TS ■ Peu satisfait = PS   
■ Satisfait = S ■ Pas du tout satisfait = PDTS

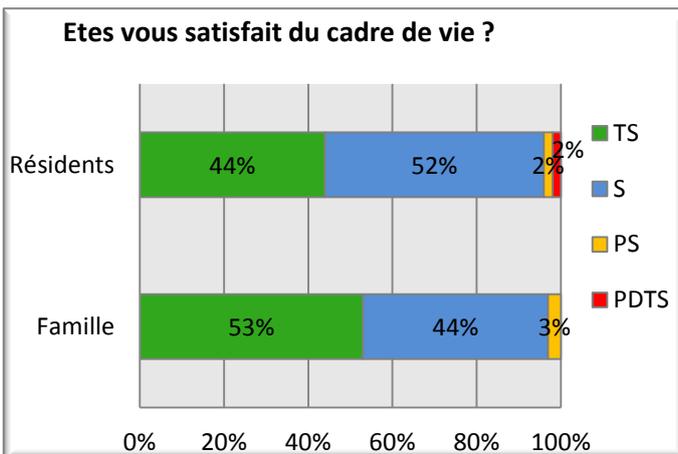
⇒ La vision globale de l'établissement

Les familles (94%) et les résidents (90%) sont très satisfaits ou satisfaits de l'établissement.

Les résidents soumettent des points d'insatisfaction essentiellement sur le thème de la **restauration** (variété des menus, soupe insuffisamment mixée,...) ou le traitement du **linge**. Les familles sont très satisfaites de **l'accueil lors de leur admission et des renseignements** qui leur ont été donnés.



⇒ Qualité et sécurité des espaces



Les résidents (96%), les familles (97%) apprécient le **cadre de vie**.

L'**aménagement des espaces** satisfait 97% des familles et 93% des résidents.

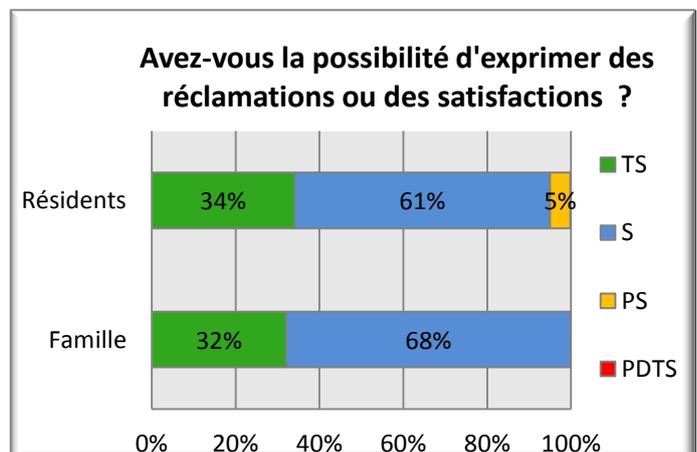
Cependant la beauté du parc autour de la résidence est atténuée à cause de sa configuration en pente. De plus la signalétique est à revoir. 9% des familles l'estiment insuffisante.

Plus de 98% des résidents se sentent en sécurité au sein de l'établissement.

⇒ Communication et information

Les résidents sont satisfaits à la fois de **l'amabilité des professionnels** (100%), de la **disponibilité** (93%), de **l'identification** des professionnels (92%) et de **l'accompagnement administratif** (91%).

Par ailleurs, 29% des résidents pensent ne pas avoir suffisamment **informations sur la vie de l'établissement**



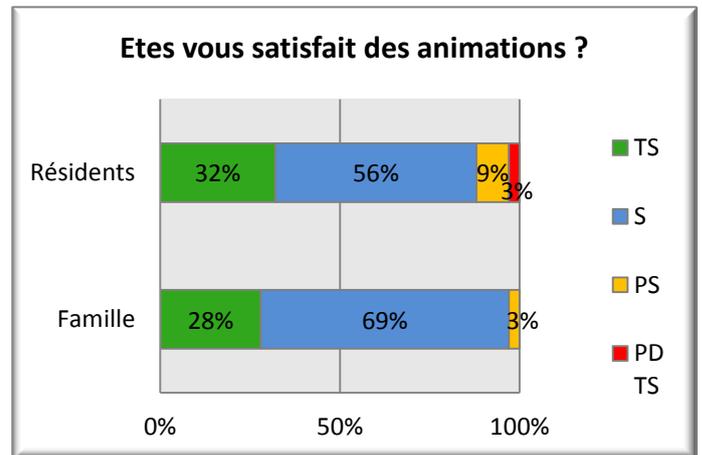
Les familles sont satisfaites à la fois de l'**amabilité des professionnels** (96%), de leur possibilité d'exprimer des **réclamations** (100%) et de l'**accompagnement administratif** (97%). Par ailleurs, elles sont 19% à ne pas être satisfaites de l'**identification des professionnels**

⇒ Vie sociale

Les familles (97%) et les résidents (88%) sont satisfaits des **animations**. Néanmoins 9% des résidents sont peu satisfaits et 3% pas du tout.

Les résidents et les familles sont très satisfaits et satisfaits (100%) de la **possibilité d'aller et venir au sein de l'établissement**.

Il ressort des enquêtes que les promenades à l'extérieur, très appréciées des résidents, puissent être profitables à tous

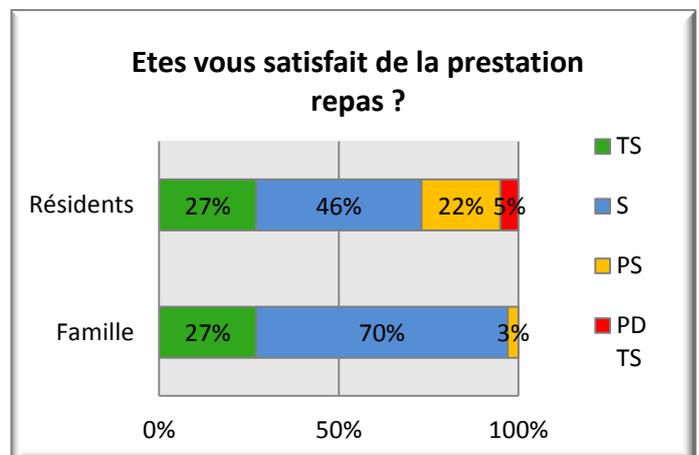


⇒ Prestations hôtelières :

Les résidents (70%) sont satisfaits du **traitement du linge**. **Reste que 30% d'entre eux le sont peu**. Plusieurs commentaires illustrent leurs mécontentements dans les résultats de l'enquête.

Même si une famille pense que les **repas** accompagnants sont à améliorer, 97% des familles apprécient la prestation repas.

Alors que les résidents sont satisfaits à 83% de la **prestation repas**, 22% des résidents sont peu satisfaits et 5% ne le sont pas du tout.

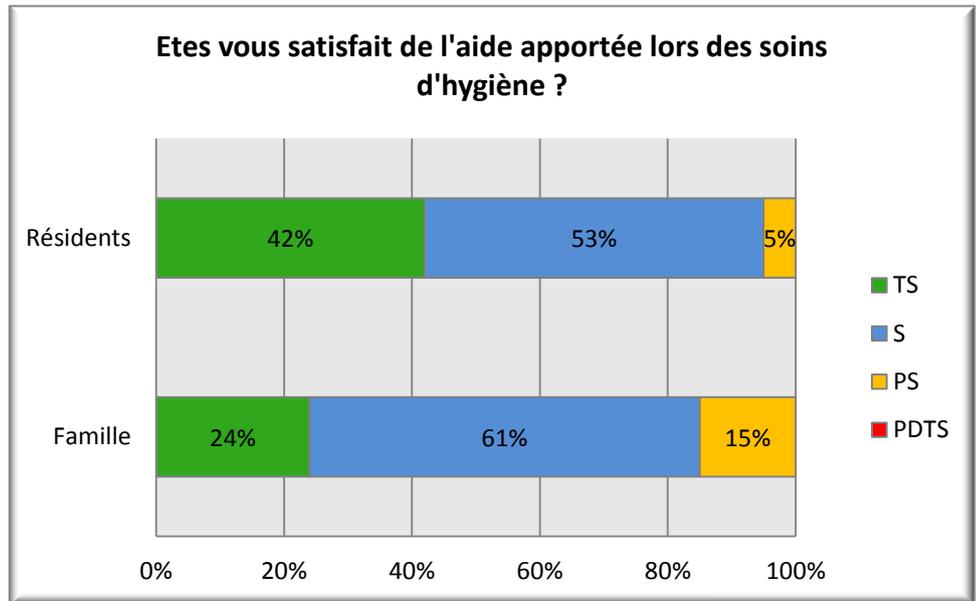


⇒ Les soins

90% des résidents et 91% des familles considèrent la prise en **charge médicale satisfaisante**. Les résidents et les familles sont satisfaits à plus de 90 % de la **prise en charge faite par les soignants**.

L'aide apportée dans le cadre des **soins d'hygiène** semblent satisfaire les résidents à 95% alors que 15% des familles sont peu satisfaites de l'aide apportée à leurs proches.

Une famille pense que la prise en charge au niveau de l'hygiène buccale est à améliorer, une autre aimerait que le personnel s'assure que le résident soit habillé convenablement en l'accompagnant dans le choix de ses vêtements.

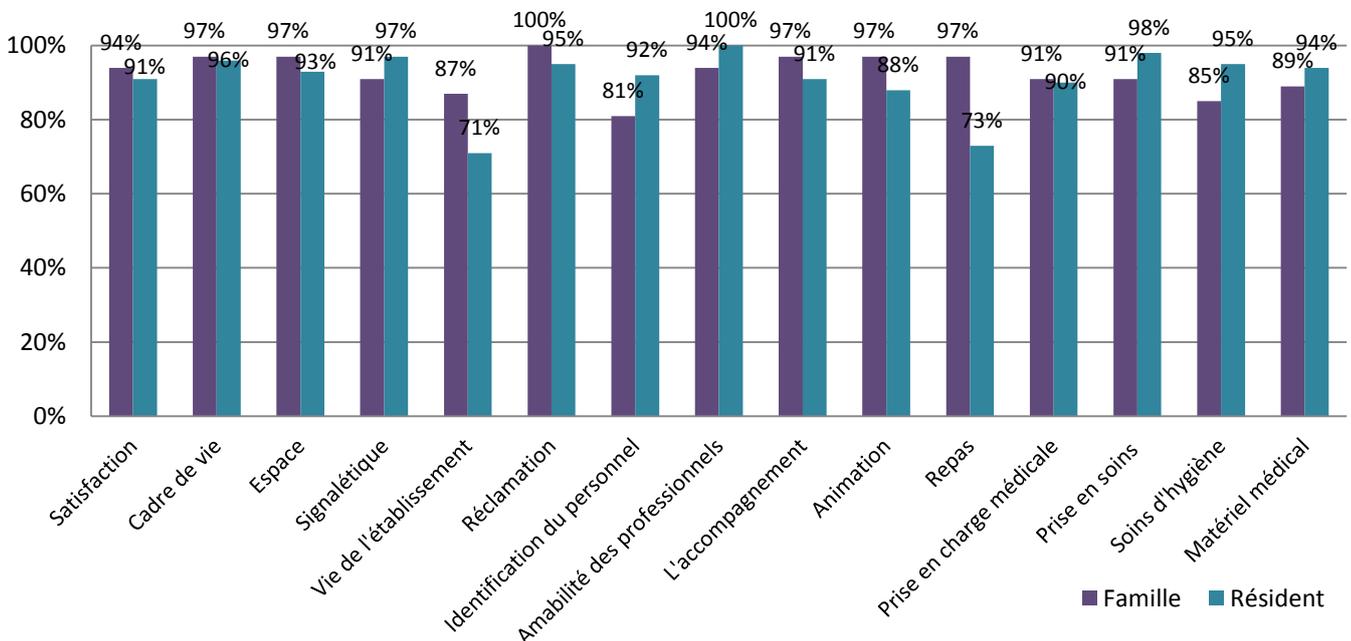


Le **matériel médical** (lit, fauteuil,...) mis à disposition semble convenir à 89% des résidents, néanmoins 11% n'en sont pas totalement satisfaits. 94% des familles sont satisfaites du matériel médical, cependant une famille pense que le matériel pourrait être mieux entretenu par les équipes.

Tous les résidents ayant répondu estiment que leur **douleur** est prise en compte par le personnel soignant. Ils sont à 89% satisfaits des **informations que le personnel leur délivre sur leurs soins et leurs traitements**. La prise en soin du **personnel de nuit** satisfait 95% des résidents.

Les résidents et leurs proches ont des niveaux d'exigence et des attentes sensiblement identiques pour les items communs.

Comparaison des avis résidents/familles



Les résidents et les familles sont globalement satisfaits des prestations proposées même si sur certains points les avis divergent un peu :

#### ↳ **Information sur la vie de l'établissement**

29% des résidents et 13% des familles ne se sentent pas assez informés sur la vie de l'établissement.

#### ↳ **L'identification du personnel.**

92% des résidents parviennent à identifier les différents soignants de leur unité. En revanche, 19% des familles semblent avoir des difficultés pour différencier les soignants.(AS,ASH, IDE....).

#### ↳ **Animation**

32% des résidents sont très satisfaits des animations proposées, 56% sont satisfaits, néanmoins 9% sont peu satisfaits et 3% pas du tout satisfaits. Alors que les animations proposées conviennent à 97% des familles interrogées.

#### ↳ **Repas**

Les résidents sont satisfaits à 73% de la prestation repas. Cependant, 22% des résidents sont peu satisfaits et 5% ne sont pas du tout satisfaits.97% des familles apprécient la prestation repas.

*Malgré ces remarques, plus de 90% des résidents et des familles **recommanderaient l'établissement.***

## **2. LE PLAN D' ACTIONS**

Dans le cadre de notre mission et afin de soutenir nos valeurs, nos principes et nos engagements et afin, également, d'améliorer et de sécuriser nos prestations au regard des attentes et besoins des personnes que nous accompagnons, nous avons priorisé les projets ci-après, au regard des écarts constatés lors de la phase évaluative.

Chaque projet donne les perspectives en terme d'objectifs à atteindre, les actions et moyens associés et indique les modalités de suivi. Il est à noter que de nombreux indicateurs sélectionnés sont proposés par l'ANESM.

### **⇒ AXE 1 : GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS**

Thème 1 : La garantie des droits individuels

Thème 2 : La garantie des droits collectifs

### **⇒ AXE 2 : PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE ET INHERENTS A LA VULNERABILITE DES PERSONNES**

Thème 1 : Le dépistage et la prise en charge de la douleur

Thème 2 : La prévention et la prise en charge des chutes

Thème 3 : La prévention et la prise en charge des escarres

Thème 4 : La prévention et la prise en charge de la dénutrition

Thème 5 : Le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement

Thème 6 : L'analyse et la maîtrise du risque infectieux

Thème 7 : La continuité des soins

Thème 8 : Le médicament

### **⇒ AXE 3 : MAINTIEN DES CAPACITES DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION DE DEPENDANCE**

Thème 1 : Le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides

Thème 2 : Le maintien des capacités à la toilette et l'accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale.

### **⇒ AXE 4 : LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT**

Thème 1 : Le projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement)

Thème 2 : La personnalisation des activités sociales individuelles et collectives

Thème 3 : La possibilité du maintien des liens sociaux

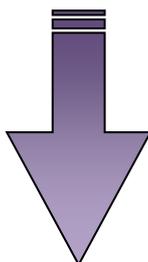
### **⇒ AXE 5 : ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE**

Thème 1 : L'accompagnement de la fin de vie des résidents

Thème 2 : L'accompagnement de leurs entourages (proches et professionnels) à ce moment-là.

Le plan d'actions présenté ci-après résulte des constats des groupes opérationnels. En effet le référentiel utilisé pour mener l'autoévaluation selon les cinq axes de la recommandation de l'ANESM, est organisé de manière à ce que chaque thème dispose d'une grille de synthèse reprenant les points forts de l'établissement et les actions d'amélioration proposées par les groupes opérationnels.

L'ensemble des actions proposées a fait l'objet d'une réécriture afin de mieux formaliser, dans le respect des constats, les actions à entreprendre.



## **PLAN D' ACTIONS**

 <b>Axe1 : La garantie des droits individuels et collectifs</b>							
Constat : Référentiel d'évaluation interne et enquêtes auprès des résidents	Planification					Pilotes	Direction/Cellule Qualité
	2013	2014	2015	2016	2017		
<b>THEME 1 : garantie des droits individuels</b>							
↳ <b>Objectif : Respecter le droit à l'intimité, au respect de la vie privée, à la dignité, à la participation du résident à son projet</b>							<b>Acteurs</b>
Poursuivre la sensibilisation des professionnels au respect de l'intimité et des droits des résidents							Cadres de santé/Cellule opérationnelle Humanitude
Maintenir l'autonomie physique et la capacité à faire ses propres choix							Cadres de santé/Cellule opérationnelle Humanitude/ Equipe soignante
↳ <b>Objectif : Optimiser l'accueil et l'information des résidents</b>							<b>Acteurs</b>
Formaliser les pratiques autour de l'accueil et de l'information du résident							Cellule Qualité/ Cadres de santé/ Médecin coordonnateur
Communiquer sur le fonctionnement de l'établissement et les règles de sécurité							Direction/Cellule Qualité/ Cadres de santé
↳ <b>Objectif : Promouvoir la bienveillance</b>							<b>Acteurs</b>
Evaluer les pratiques liées à la contention							Cellule opérationnelles Humanitude/ Cadres de santé/ Cellule Qualité/ Médecin coordonnateur
Recueillir et respecter les attentes, les besoins, les préférences des résidents							Cadres de santé/Equipes soignante/CRUQPC/Direction/Cellule Qualité
<b>THEME 2 : Garantie des droits collectifs</b>							
↳ <b>Objectif : Développer la participation des résidents à la vie de l'établissement</b>							<b>Acteurs</b>
Impliquer les résidents dans le Conseil de vie Sociale							CVS /Direction/Cellule Qualité/ Cadres de santé
↳ <b>Objectif Prévenir et lutter contre la maltraitance</b>							<b>Acteurs</b>
Poursuivre la participation active des représentants des usagers, de la CRUQPC, pour la prise en compte des souhaits, plaintes et réclamations des résidents							CRUQPC /Direction/Cellule Qualité



## Axe1 : La garantie des droits individuels et collectifs

### MOYENS HUMAINS :

Formations Humanitude/ Bientraitance/ Incendie

### MOYENS MATERIELS :

Matériel, mobilier, panneaux d'affichage

### INDICATEURS :

- Nombre des personnes formées
- Plaintes et réclamations
- Taux et délais de réponse (positive ou négative) apportés aux demandes du CVS
- AQUALIE 35

### DOCUMENTS:

Projet d'établissement  
Comptes-rendus, ordre du jour et règlement intérieur du CVS  
Comptes-rendus, ordre du jour et règlement intérieur de la CRUQPC  
Livret d'accueil  
Règlement intérieur  
Résultats de l'Enquête de satisfaction résidents / famille  
Livret sur le projet Humanitude, classeur Humanitude  
Protocole Contention

 <b>Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents</b>							
Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents	Planification					Pilotes	Cadre supérieur de santé/ Médecin coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
<b>THEME 1 : La prévention et la prise en charge de la douleur</b>							
↳ <b>Objectif : Assurer une formation spécifique auprès du personnel relative au dépistage et à la prise en charge de la douleur</b>							<b>Acteurs</b>
Sensibiliser et former au dépistage et à la prise en charge de la douleur intégrant notamment l'utilisation des échelles							Cadres de santé/ Médecins
Former le personnel aux prises en charge non médicamenteuses							Médecin Référent douleur/ CLUD/ IDE référent douleur/ Psychologue
↳ <b>Objectif : Dépister, évaluer, traiter et réévaluer</b>							<b>Acteurs</b>
Systematiser l'évaluation par échelles et la traçabilité							Cadres/ Equipe soignante
Mettre en œuvre une évaluation systématique dans le cadre de douleur chronique							Cadres/ Equipe soignante
<b>THEME 2 : La prévention et la prise en charge des chutes</b>							
↳ <b>Objectif : Assurer une formation spécifique auprès du personnel relative à la prévention des chutes</b>							<b>Acteurs</b>
Sensibiliser et former à la prévention des chutes							Médecin coordonnateur/ Cadres/Cellule Qualité
Sensibiliser à la déclaration et à la traçabilité des chutes							Médecin coordonnateur/ Cadres/Cellule Qualité
↳ <b>Objectif : Impliquer les résidents dans la prévention des chutes</b>							<b>Acteurs</b>
Mettre en place des ateliers de prévention des chutes auprès des résidents							Médecins/ Cadres/ Equipe soignante
Communiquer et sensibiliser les résidents et les proches sur le risque de chute							Cadres/ Equipe soignante/ Médecins
↳ <b>Objectif : Analyser et traiter les causes de chutes</b>							<b>Acteurs</b>
Appliquer les méthodes de résolution de problème							Cellule Qualité/ cadres/ médecins
Améliorer l'outil de recueil (Osiris)							Informaticien/cadres/Médecins/ Cellule Qualité/ Direction

 <b>Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents</b>							
Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents	Planification					Pilotes	Cadre supérieur de santé/ Médecin coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
<b>THEME 3 : Prévention et prise en charge des escarres</b>							
↳ <b>Objectif : Assurer une formation de prévention et prise en charge des escarres</b>						<b>Acteurs</b>	
Sensibiliser et former le personnel à la prévention et à la prise en charge des escarres						Cadres de santé/ CSIRMT/ médecin coordonnateur	
Former un référent plaies et cicatrisation						DRH/ Cadres de santé	
↳ <b>Objectif : Repérer les résidents à risques d'escarres</b>						<b>Acteurs</b>	
Définir les modalités d'évaluation du risque et les formaliser						Cadres de santé/ CSIRMT/ Cellule Qualité	
↳ <b>Objectif : Prendre en charge les résidents porteurs d'escarres</b>						<b>Acteurs</b>	
Assurer le suivi de l'évolution des escarres et leur traçabilité						Cadres de santé/ Cellule Qualité/ Référent formé	
Mettre à disposition les moyens adaptés						Cadres de santé/ Ergothérapeutes/ Equipe soignante	
<b>THEME 4 : Prévention et prise en charge de la dénutrition</b>							
↳ <b>Objectif : S'assurer de la mise en œuvre des dispositions nécessaires pour faire face à la dénutrition</b>						<b>Acteurs</b>	
Systématiser la vérification de l'état bucco-dentaire						Diététicien/ cadres de santé/ CLAN	
Adapter la durée de jeûne aux besoins implicites des résidents à risques						Diététicien/ Cellule opérationnelle Humanitude	
Réaliser des audits et enquêtes						Cellule Qualité/ Diététicien/ Cadres de santé	

 <b>Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents</b>							
Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents	Planification					Pilotes	Cadre supérieur de santé/ Médecin coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
<b>THEME 5 : Dépistage et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement</b>							
↳ <b>Objectif : Développer l'évaluation des troubles du comportement</b>						<b>Acteurs</b>	
Réaliser l'évaluation NPI en parallèle du GIR						Médecin coordonnateur/ cadres de santé	
↳ <b>Objectif : Assurer des formations spécifiques auprès du personnel</b>						<b>Acteurs</b>	
Déployer les formations relatives aux troubles du comportement et à la maladie de Parkinson sur les 2 sites						Médecin coordonnateur/ cadres de santé	
Mettre en place une formation sur les troubles psychiatriques en interne						Médecin coordonnateur/ cadres de santé/D RH	
↳ <b>Objectif : Optimiser le traitement</b>						<b>Acteurs</b>	
Diminuer les neuroleptiques et benzodiazépines						Médecins/ Pharmacien/ Cadres de santé	
Privilégier l'approche non-médicamenteuse						Médecins/ Cadres de santé/ Psychologue	
<b>THEME 6 : Analyse et maîtrise du risque infectieux</b>							
↳ <b>Objectif : Former et sensibiliser les professionnels à l'hygiène</b>						<b>Acteurs</b>	
S'assurer de la connaissance par les professionnels sur les procédures d'hygiène						Equipe opérationnelle Hygiène/ IDE Hygiène	
Organiser des actions « lavage des mains »						Equipe opérationnelle Hygiène/ IDE Hygiène	
Actualiser le livret Hygiène						Equipe opérationnelle Hygiène/ IDE Hygiène	
↳ <b>Objectif : Mettre en œuvre les actions correctives issues du DARI</b>						<b>Acteurs</b>	
Optimiser la vaccination des professionnels						Médecin coordonnateur/ Médecine du travail	
Formaliser les procédures manquantes						Cellule Qualité/ CLIN/IDE hygiène/ Equipe opérationnelle hygiène/	

 <b>Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents</b>							
Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents	Planification					Pilotes	Cadre supérieur de santé/ Médecin coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
<b>THEME 7 : La prise en charge médicamenteuse</b>							
<b>↳ Objectif : Sécuriser le circuit du médicament</b>						<b>Acteurs</b>	
Réaliser un audit du circuit par unités						Cellule Qualité	
Mettre en place les actions issues des résultats de l'audit du circuit						Cadres de santé/ Médecins/ Pharmacien/ Equipe soignante	
Analyser à périodicité définie les prescriptions médicales						Médecin coordonnateur/ Pharmacien	
Poursuivre les analyses de causes des erreurs médicamenteuses significatives						Cellule Qualité/ Médecins/ Cadres de santé/ Pharmacien	
<b>↳ Objectif : Sensibiliser et former à la prise en charge médicamenteuse</b>						<b>Acteurs</b>	
Informar sur les bonnes pratiques liées à la prise en charge médicamenteuse						Cellule Qualité/ Cadres de santé	
Sensibiliser à la déclaration d'évènement indésirable lié au médicament						Cellule Qualité/ Cadres de santé	
<b>THEME 8 : La continuité des soins</b>							
<b>↳ Objectif : Assurer et optimiser la continuité des soins</b>						<b>Acteurs</b>	
Poursuivre la formalisation de conventions						Direction/Cadres de santé	
Favoriser la professionnalisation des ASH vers les postes d'AS et d'AMP et d'ASH vers IDE						DRH	



## Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

### MOYENS HUMAINS :

#### THEME 1 : La prévention et la prise en charge de la douleur

Formations douleur  
CLUD

#### THEME 2 : La prévention et prise en charge des chutes

Formations sur la prévention des chutes  
Formations Humanitude  
COPIQ-CGR

#### THEME 3 : La prévention et prise en charge des escarres

Formations escarres, formations plaies et cicatrisation

#### THEME 4 : La prévention et prise en charge de la dénutrition

Formations Humanitude  
Groupes de travail Nutrition et CLAN, Formations réseau Rolland

#### THEME 5 : Dépistage et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement

Formations sur les troubles psychiatriques  
Formations sur les troubles du comportement  
Formations sur la maladie d'Alzheimer  
Formations sur la maladie Parkinson  
CSIRMT, CLUD

#### THEME 6 : Analyse et maîtrise du risque infectieux

Formations hygiène, CLIN, Commission hygiène

#### THEME 7 : La prise en charge médicamenteuse

Formations à la sécurisation du circuit du médicament  
COMEDIMS

#### THEME 8 : continuité des soins

Partenaires extérieurs

### DOCUMENTS:

#### THEME 1 : La prévention et la prise en charge de la douleur

Protocoles douleur  
Echelles d'évaluation  
Compte rendus des CLUD  
Affiches  
Livret douleur

#### THEME 2 : La prévention et prise en charge des chutes

Ecran bilan Mesure sur Osiris  
Conduite à tenir en cas de chute  
Fiche de signalement d'évènement indésirable

#### THEME 3 : La prévention et prise en charge des escarres

Echelle de Norton  
Protocole de prévention des escarres  
Protocoles escarres (classeur hygiène)

#### THEME 4 : La prévention et prise en charge de la dénutrition

Compte rendus des CLANS et Groupes de travail, fiches de recueil des habitudes alimentaires, protocole de dépistage et de prise en charge de la dénutrition



## Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

### MOYENS MATERIELS :

#### THEME 1 : La prévention et la prise en charge de la douleur

Echelles d'évaluation, espace Snoezelen, huiles essentielles, hot pack  
Logiciel Osiris

#### THEME 2 : La prévention et prise en charge des chutes

Mobilier et matériel spécifique et locaux  
Logiciel OSIRIS

#### THEME 3 : La prévention et prise en charge des escarres

Matériel et produits spécifiques  
Logiciel Osiris

#### THEME 4 : La prévention et prise en charge de la dénutrition

Matériel adapté (couverts ergo...) salles à manger aménagées  
Balances et toises  
Logiciel Osiris

#### THEME 5 : Dépistage et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement

Logiciel Osiris

#### THEME 6 : Analyse et maîtrise du risque infectieux

Logiciel Osiris  
Matériel et produits spécifiques

#### THEME 7 : La prise en charge médicamenteuse

Logiciel Osiris

### DOCUMENTS (suite):

#### THEME 5 : Dépistage et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement

Résultats des analyses de dossiers  
Comptes-rendus des CLUD, Compte rendus des CSIRMT

#### THEME 6 : Analyse et maîtrise du risque infectieux

Classeur hygiène  
Compte rendu CLIN et Commission hygiène  
DARI  
Livret d'hygiène  
Affichage

#### THEME 7 : La prise en charge médicamenteuse

Compte rendus des COMEDIMS  
Fiche de signalement d'évènement indésirable  
Livret thérapeutique sur Osiris

### DOCUMENTS

THEME 8 : continuité des soins  
Conventions  
Plan de formation



## Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

### INDICATEURS

. THEME 1 : La prévention et la prise en charge de la douleur :

Nombre de personnes formées  
 Résultats des enquêtes de satisfaction  
 Taux FSEI  
 Plaintes et réclamations  
 Evaluation des formations

. THEME 2 : La prévention et prise en charge des chutes

Nombre de personnes formées  
 Résultats des EPP sur les chutes  
 Taux FSEI  
 Plaintes et réclamations  
 Evaluation des formations

. THEME 3 : La prévention et prise en charge des escarres

Nombre de personnes formées  
 AQUALIE 35  
 Evaluation des formations

. THEME 4 : La prévention et prise en charge de la dénutrition

Résultats des enquêtes de satisfaction

. THEME 5 : Dépistage et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement

Nombre de personnes formées  
 AQUALIE 35

. THEME 6 : Analyse et maîtrise du risque infectieux

Résultats du DARI  
 Nombres de personnes formées

. THEME 7 : La prise en charge médicamenteuse

Résultats de l'audit du circuit du médicament  
 Nombre de personnes formées  
 Taux FSEI

. THEME 8 : continuité des soins

AQUALIE 35

 <b>Axe 3 : Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance</b>							
Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents	Planification					Pilotes	Cadres supérieur de santé/ Médecin Coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
<b>THEME 1 : Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes non valides</b>							
<b>↳ Objectif : Maintenir les capacités des résidents pour les actes de la vie quotidienne</b>							<b>Acteurs</b>
Réaliser une évaluation gériatrique standardisée							Médecins coordonnateurs
Améliorer le recueil des informations concernant l'autonomie des résidents							Cadres de santé/ Référente Osiris
<b>↳ Objectif : Améliorer les conditions de déplacement</b>							<b>Acteurs</b>
Aménager les locaux pour faciliter les déplacements des résidents							Direction/Services techniques/ Cadres de santé
Améliorer la signalétique pour aider les résidents à mieux s'orienter							Direction/Services techniques/ Cadres de santé
<b>THEME 2 : Maintien des capacités à la toilette et l'accompagnement des personnes ayant un besoin d'aide totale</b>							
<b>↳ Objectif : Poursuivre l'engagement dans la démarche Humanitude</b>							<b>Acteurs</b>
Poursuivre les ateliers par les référents							Référents Humanitude/ cadres de santé
Poursuivre les formations et les sensibilisations							Référents Humanitude/ cadres de santé/ DRH
<b>↳ Objectif : Adapter les moyens humains et matériels pour la toilette des résidents</b>							<b>Acteurs</b>
Evaluer les capacités en synthèse pluridisciplinaire							Cadres de santé/ Equipe soignante/Médecin coordonnateur



### Axe 3 : Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance

**MOYENS HUMAINS :**

Formations Humanitude  
Formations bientraitance  
Réunions pluridisciplinaires sur les PAI

**MOYENS MATERIELS :**

Logiciel Osiris  
Matériel spécifique et locaux

**INDICATEURS :**

Nombre de personnes formées  
Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations  
Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations

**DOCUMENTS:**

Grilles AGGIR  
Plan de soins  
EBM toilette évaluative  
EBM : EHPAD staff/projet d'accompagnement individualisé  
Compte-rendu des réunions Humanitude  
Compte-rendu des réunions bientraitance  
Livret sur le projet Humanitude  
Affichage, signalétique

 <b>Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement</b>		Planification					Pilotes	Cadres supérieur de santé/ Médecin Coordonnateur
		2013	2014	2015	2016	2017		
Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne								
<b>THEME 1 : Le projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement)</b>								
↳ <b>Objectif : Prendre en compte les besoins et les attentes</b>							<b>Acteurs</b>	
Identifier les besoins de chaque résident à l'accueil et s'assurer de leur prise en compte tout au long du séjour							Equipes soignantes/ AMP/ Animation	
Poursuivre le recueil de la satisfaction des résidents et des familles							Cellule Qualité/ Cadres de santé	
↳ <b>Objectif : Associer le résident à son projet</b>							<b>Acteurs</b>	
Uniformiser les pratiques liées à l'utilisation du Projet d'accompagnement individualisé							Cadres de santé/ Médecin coordonnateur/ Equipe soignante	
Informier systématiquement les résidents sur la synthèse et les objectifs de leur Projet d'accompagnement individualisé							Cadres de santé/ Médecin coordonnateur/ Equipe soignante	
<b>THEME 2 : La personnalisation des activités individuelles et collectives.../</b>								
↳ <b>Objectif : Permettre aux résidents de participer à l'élaboration des projets liés aux activités</b>							<b>Acteurs</b>	
Mettre en place les projets liés aux animations selon les souhaits des résidents							Animation/ AMP/ Equipe soignante/ Bénévoles	
Diffuser et communiquer sur le projet annuel d'animations							Animation	
↳ <b>Objectif : S'assurer régulièrement de la satisfaction des résidents sur les activités proposées</b>							<b>Acteurs</b>	
Réaliser des enquêtes sur la satisfaction des résidents							Cellule Qualité/ Cadres de santé	
Assurer un relai d'information sur la satisfaction des résidents en prenant en compte les remarques des représentants des usagers et des bénévoles							CRUQPC/ CVS/Cellule Qualité	

 <b>Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement</b>							
Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents	Planification					Pilotes	Cadres supérieur de santé/ Médecin Coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
<b>.../ THEME 2 : La personnalisation des activités individuelles et collectives</b>							
<b>↳ Objectif : Optimiser le déploiement des activités</b>						<b>Acteurs</b>	
Assurer une meilleure traçabilité des résidents participant aux activités proposées						Animation/Equipe soignante/ AMP	
Encourager la participation de bénévoles						Animation	
Développer les projets d'animation communs entre les 2 sites de manière plus régulière						Animation	
<b>THEME 3 : la possibilité du maintien des liens sociaux</b>							
<b>↳ Objectif : Maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs des résidents avec son environnement social</b>						<b>Acteurs</b>	
Garantir un environnement favorable au maintien des liens avec les proches						Direction/Service technique/ Cadres de santé	
Poursuivre l'organisation d'évènements familiaux à thème						Animation/ Cadres de santé	
<b>↳ Objectif : Favoriser les liens sociaux grâce à l'ouverture vers l'extérieur</b>						<b>Acteurs</b>	
Encourager les échanges avec les associations, les autres structures d'hébergement						Animation/ Cellule Qualité	



## Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement

### MOYENS HUMAINS :

Réunions pluridisciplinaires  
CRUQPC  
CVS  
Associations

### MOYENS MATERIELS :

Logiciel Osiris  
Matériel dédié aux activités et évènements

### INDICATEURS :

AQUALIE 35  
Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement  
Taux de satisfaction globale de la prestation animation  
Taux de résidents isolés  
Résultats des enquêtes de satisfaction Résidents et Familles

### DOCUMENTS:

Planning des activités  
Projets d'animation  
Rapport d'activités animation  
Livret d'accueil  
Charte du bénévolat  
EBM PAI

 <b>Axe 5 : Accompagnement à la fin de vie</b>		Planification					Pilotes	Cadres supérieur de santé/ Médecin Coordonnateur
		2013	2014	2015	2016	2017		
<b>Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents</b>								
<b>THEME 1 : L'accompagnement de la fin de vie des résidents</b>								
↳ <b>Objectif : Respecter la volonté de la personne</b>							<b>Acteurs</b>	
Développer les formations personnes de confiance et directives anticipées							Equipe de soins palliatifs / Cadres de santé / Psychologue	
Sensibiliser les équipes à la traçabilité des informations liées aux souhaits de la personne et de ses proches sur le dossier informatisé							Cadres de santé / Psychologue / référent Osiris	
↳ <b>Objectif : Prendre en charge les douleurs physiques et psychologiques</b>							<b>Acteurs</b>	
Mobiliser et optimiser toutes les ressources professionnelles nécessaires à l'accompagnement à la fin de vie							Médecins / Cadres de santé / Psychologue	
Proposer différents recours au soulagement de la douleur et de la souffrance en fin de vie							Médecins / Cadres de santé / Psychologue	
<b>THEME 2 : L'accompagnement de leurs entourages (proches et professionnels) à ce moment-là</b>								
↳ <b>Objectif : Former et sensibiliser les professionnels</b>							<b>Acteurs</b>	
Former les professionnels à l'accompagnement de la fin de vie des résidents							Equipe de soins palliatifs / Dr VELLARD	
Former les professionnels à l'accompagnement de l'entourage des résidents en fin de vie							Equipe de soins palliatifs / Dr VELLARD	
↳ <b>Objectif : déployer les moyens adéquats pour soutenir l'entourage des résidents en fin de vie</b>							<b>Acteurs</b>	
Proposer des accompagnements personnalisés							Médecins / Cadres de santé / Psychologue	
Développer un cadre favorable à la présence de l'entourage des résidents en fin de vie							Médecins / Cadres de santé / Psychologue	



## Axe 5 : Accompagnement à la fin de vie

### **MOYENS HUMAINS :**

Formations accompagnement de la fin de vie  
Formations personnes de confiance et directives anticipées  
Formation "sensibilisation aux différentes étapes de la vie"  
Soirée INTERCLUD sur la loi Leonetti  
Equipe mobile de soins palliatifs du CH de Fougères  
Equipe interne de soins palliatifs (secteur sanitaire et intervention informelle)  
Formations "Humanitude"

### **MOYENS MATERIELS :**

Logiciel Osiris  
Méthodes et outils pour la prise en charge de la douleur

### **INDICATEURS :**

AQUALIE 35  
Nombres de personnes formées  
Courriers de remerciements  
Plaintes et réclamations

### **DOCUMENTS:**

Comptes-rendus des CLUD  
Plan d'action du CLUD  
Plan d'action soins palliatifs CHMB  
Plaquette soins palliatifs

**ANNEXES****LISTE DES ANNEXES**

## Annexe 1

**SYNTHESE DU BILAN DU PROJET D'ETABLISSEMENT**Page **53**

## Annexe 2

**CARACTERISATION DE LA POPULATION**Page **57**

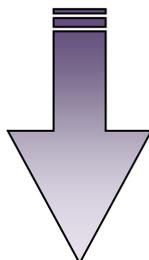
## Annexe 3

**SPECIFICATION DES OBJECTIFS AU REGARD DES ACTIVITES REMARQUABLES**Page **67**

## Annexe 4

**RAPPORT D'AUTOEVALUATION - REFERENTIEL**Page **75**

## Annexe 5

**RESULTATS DES ENQUETES DE SATISFACTION RESIDENTS ET FAMILLES**Page **191**



## Annexe 1

**1. SYNTHÈSE DU BILAN DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2010-2014**

Le CHMB est en recherche permanente de cohérence avec son Projet d'Établissement, voté en 2010, qui comporte 7 axes stratégiques :

- Réussir le Pôle Sanitaire Gériatrique
- Diversifier et spécialiser une offre médico-sociale de qualité
- Pérenniser une rééducation de qualité
- Être acteur de la promotion de la santé
- Promouvoir la qualité de vie au travail
- Le pilotage de l'établissement
- La logistique au service de la qualité

Pour ce faire, le CHMB s'est doté d'un groupe de travail spécifique : Le GESPE

- Le Groupe d'Évaluation et de Suivi du Projet d'Établissement qui a pour mission le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du projet d'établissement, une mesure de l'atteinte des objectifs, l'adaptation des objectifs à la situation

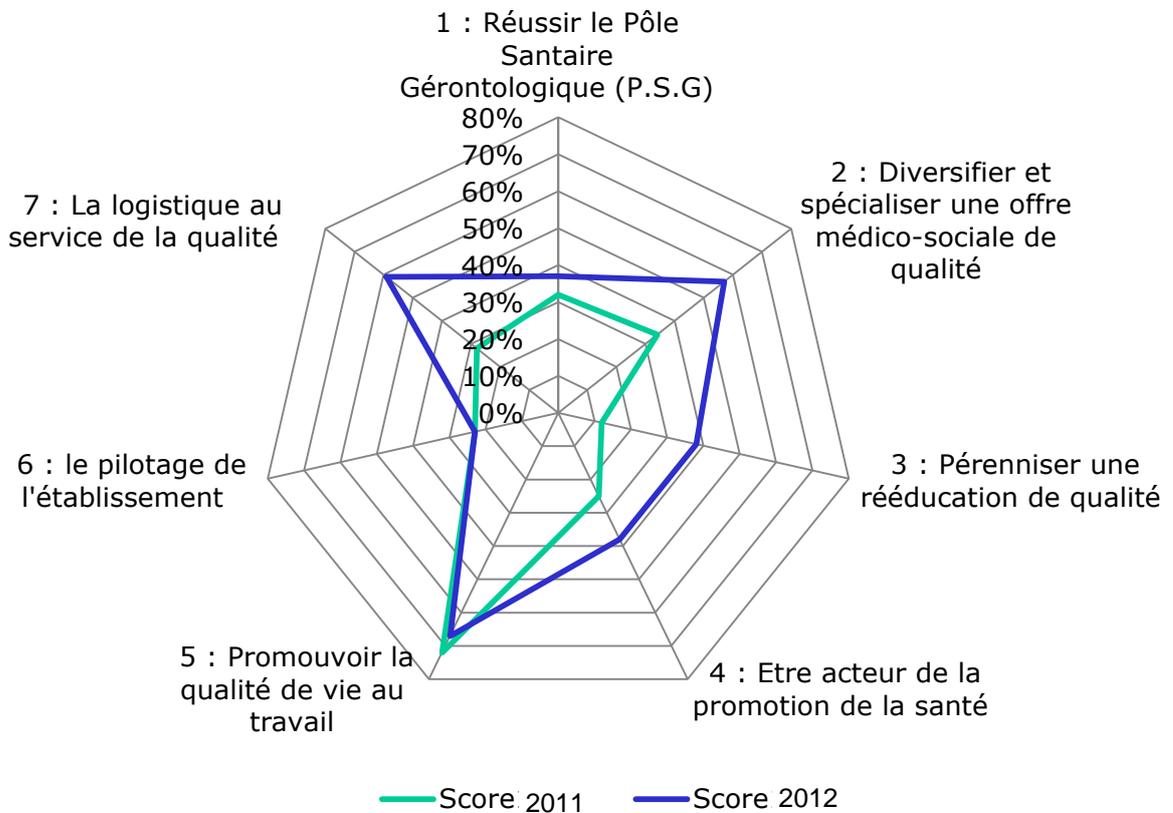
Nous vous présentons dans les pages suivantes les résultats obtenus par l'établissement, d'après la présentation de la société Adysta du 14 janvier 2013, consultant prestataire du CHMB.

**Tableau de suivi des actions du Projet d'Établissement**

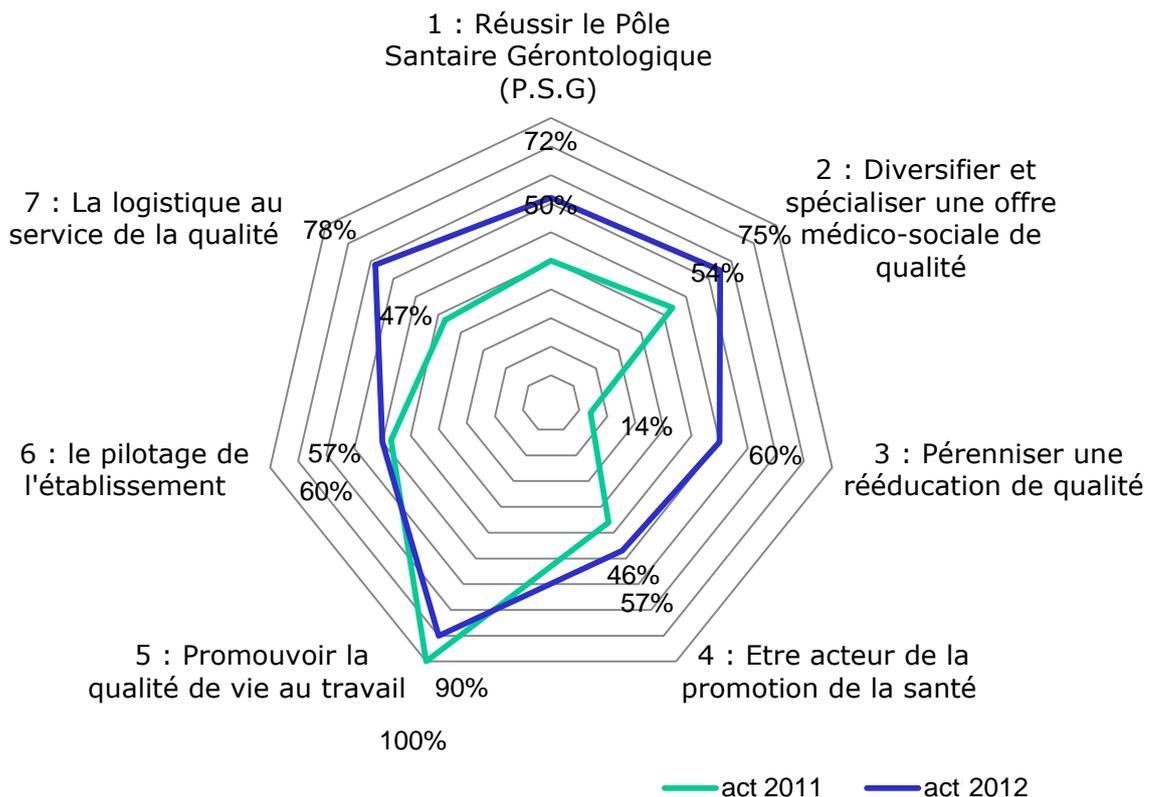
	Nombre d'objectifs	Nombre d'actions	% actions commencées	Score de l'axe
<b>1 : Réussir le Pôle Sanitaire Gériatrique (P.S.G)</b>	6	36	72%	<b>37%</b>
<b>2 : Diversifier et spécialiser une offre médico-sociale de qualité</b>	13	50	75%	<b>57%</b>
<b>3 : Pérenniser une rééducation de qualité</b>	6	30	60%	<b>38%</b>
<b>4 : Être acteur de la promotion de la santé</b>	3	14	57%	<b>38%</b>
<b>5 : Promouvoir la qualité de vie au travail</b>	4	40	90%	<b>67%</b>
<b>6 : le pilotage de l'établissement</b>	6	30	60%	<b>23%</b>
<b>7 : La logistique au service de la qualité</b>	6	19	78%	<b>59%</b>

Dans le tableau ci-dessus, en **noir**, les actions exclusivement sanitaire.

### Evaluation de l'atteinte des objectifs du projet d'établissement



### Pourcentage d'actions commencées



Concernant spécifiquement l'activité médico-sociale du CHMB, les tableaux suivants permettent de mieux apprécier la dynamique engagée.

OBJECTIF	Nombre d'actions	Actions non réalisées ou 0%	Actions réalisées à Moins de 50 %	Actions réalisées à plus de 50 %	Actions réalisées	Score 2012	Score 2011
2.1.1 Pérenniser la méthode Humanitude au sein des services	4	0	0	4	0	89%	<b>63%</b>
2.1.2 L'organisation du temps de travail et des staffs	4	0	0	2	2	95%	<b>94%</b>
2.1.3 L'architecture au service de l'accompagnement	6	0	0	5	1	93%	<b>67%</b>
2.1.4 Accompagner le changement d'une manière globale auprès des équipes, des résidents et de leurs familles	2	0	0	1	1	90%	
2.1.5 Développer l'évaluation et la démarche qualité	3	2	0	0	1	33%	<b>4%</b>
2.1.6 Améliorer l'accueil	5	2	0	3	0	40%	<b>0%</b>
2.1.7 Evaluer l'intégration	3	0	0	1	2	87%	
2.1.8 Favoriser la vie sociale	6	4	0	2	0	23%	<b>4%</b>
2.1.9 Repositionner l'IDE	6	0	2	4	0	40%	<b>17%</b>
2.1.10 Le repas temps fort de la vie des résidents	3	2	0	1	0	23%	<b>0%</b>
2.2 : Adapter les services et les capacités aux besoins de la population du secteur	4	2	0	1	1	42%	<b>55%</b>
2.3 : Favoriser les relations réseaux	2	0	0	1	1	84%	<b>42%</b>
2.4 : Communication externe	2	0	2	0	0	10%	<b>0%</b>
<b>ENSEMBLE</b>	<b>50</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>57%</b>	<b>34%</b>

<b>Actions</b>	<b>Libellés actions réalisées à 100%</b>
2.1.1	Former 4 référentes Humanitude
2.1.1	Former l'ensemble des personnels EHPAD
2.1.1	Former l'ensemble des personnels sanitaire
2.1.2	Mise en place des staffs
2.1.2	Réorganisation du temps de travail suite déménagement Phase 1 HDC
2.1.2	Réorganisation du temps de travail suite déménagement Phase 2 HDC
2.1.2	Réorganisation pour un effectif constant des personnels soignants semaine et weekend
2.1.3	Finaliser l'opération de construction des phases 1 & 2 des Hameaux du Coglais
2.1.3	Piloter la préparation du déménagement : circuit, organisation logistique, mobilier et équipements
2.1.3	Politique de communication et communication avec les familles et les résidents
2.1.3	Réaliser le projet dans ses principes
2.1.3	maîtriser les coûts
2.1.4	Réunir les cellules opérationnelles et COPIL Humanitude
2.1.5	Evaluation de la démarche Humanitude
2.1.6	Créer un pré-accueil
2.1.7	Améliorer le taux de retour des enquêtes de satisfaction
2.1.7	Mettre en place un PAI spécifique aux résidents présentant des troubles du comportement

## Annexe 2

## 2. CARACTERISATION DE LA POPULATION

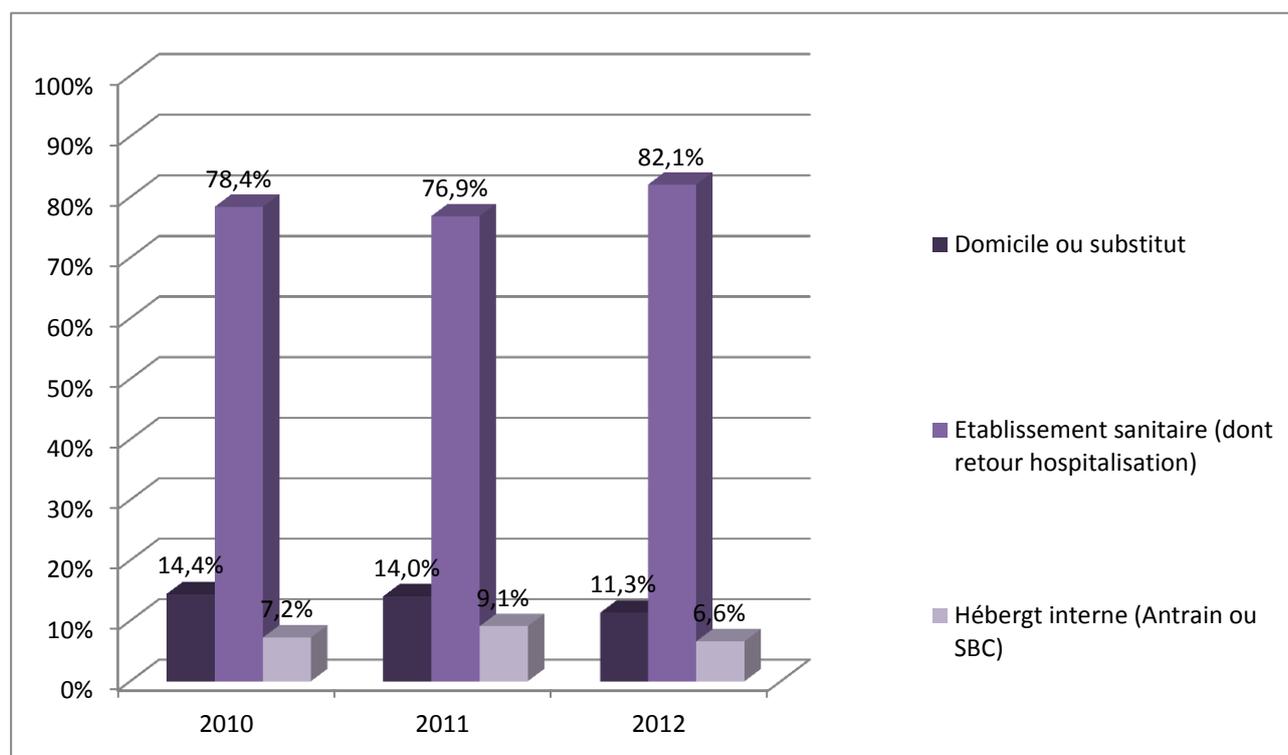
La Résidence La Loysance à Antrain dispose de 150 places en chambres individuelles sur 2 niveaux dont 145 d'hébergement permanent et 5 d'accueil temporaire utilisées en attendant un hébergement définitif.

Ci-après sont présentées les principales données sur la population accueillies.

## 2.1. Description des entrées et sorties de l'établissement

## 2.1.1. Provenance des résidents

		2010	2011	2012
<b>Provenance des entrées</b> (dont réadmission)	Domicile ou substitut	16	17	12
	Etablissement sanitaire (dont retour hospitalisation)	87	93	87
	Hébergt interne (Antrain ou SBC)	8	11	7
<b>TOTAL</b>		<b>111</b>	<b>121</b>	<b>106</b>

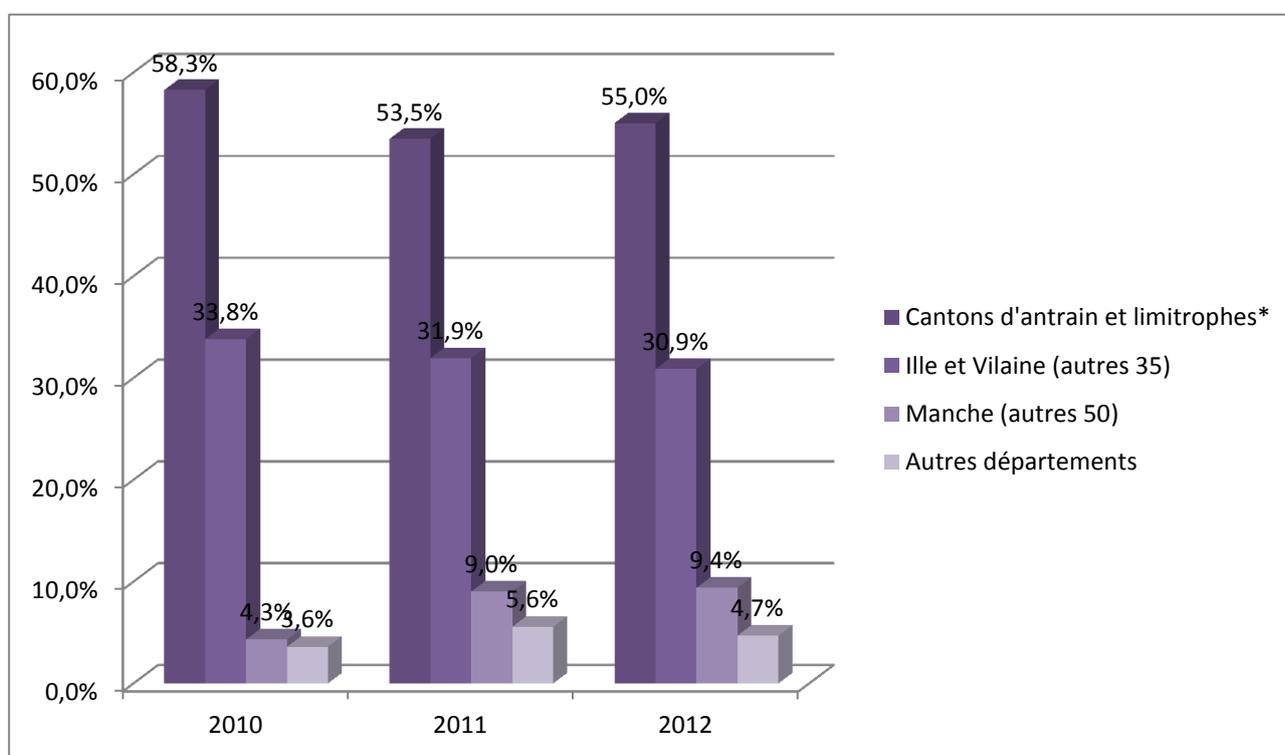


Sur 3 ans le pourcentage des entrées provenant du domicile est en légère baisse (3%) et celui des entrées provenant d'établissements sanitaires est en légère hausse (4%).

### 2.1.2. Origine géographique des résidents

Population au 31 décembre de l'année	2010	2011	2012
Cantons d'Antrain et limitrophes*	81	77	82
Ille et Vilaine (autres 35)	47	46	46
Manche (autres 50)	6	13	14
Autres départements	5	8	7
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>144</b>	<b>149</b>

\* Canton d'Antrain, de Pleine Fougères, de Saint Brice en Coglès, de Saint Aubin d'Aubigné, de Louvigné du Désert, de Saint James ; de Pontorson et de Dol



Plus de la moitié des résidents proviennent du canton d'Antrain et ses cantons limitrophes, un tiers des résidents sont du département.

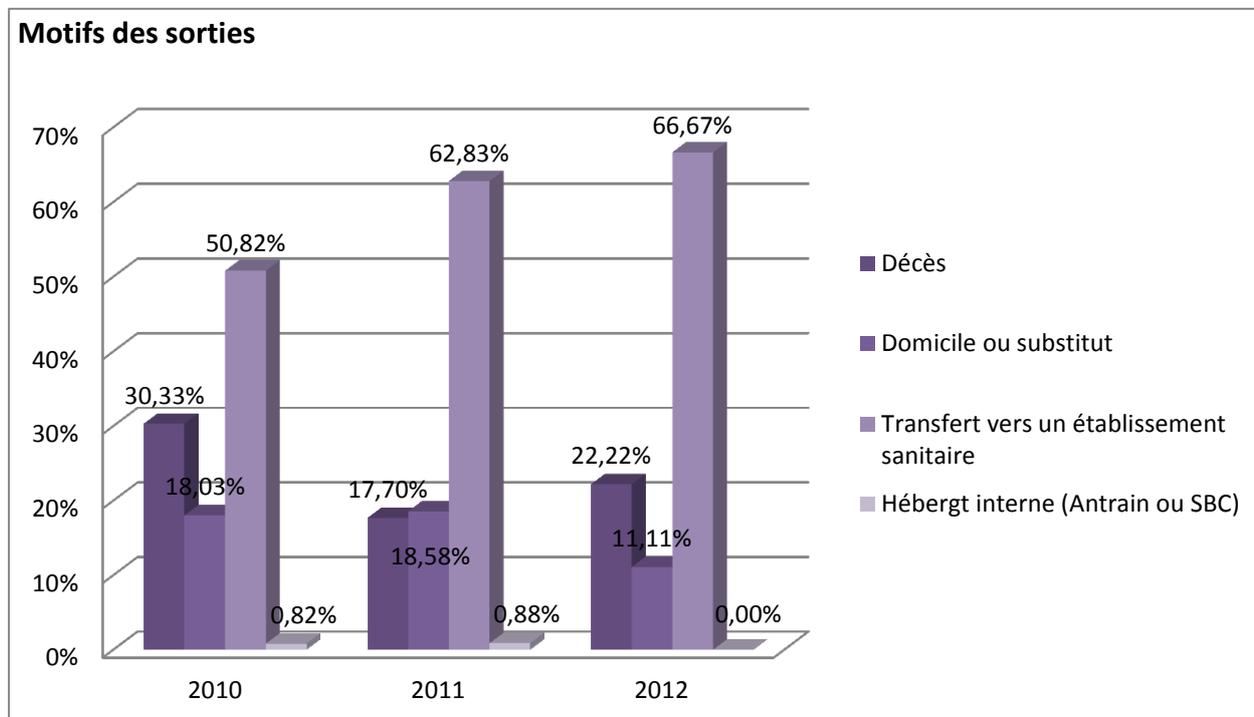
### 2.1.3. Durée moyenne de séjour

	2010	2011	2012
DMS	2 ans et 235 jours	2 ans et 259 jours	3 ans et 271 jours

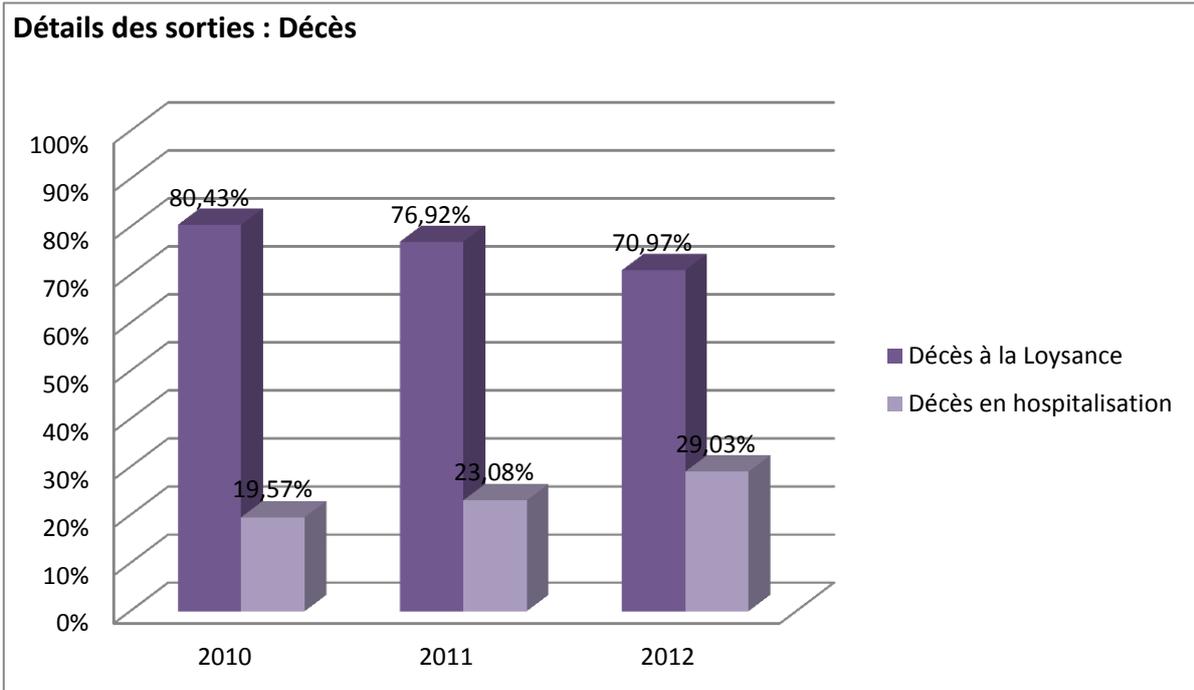
La DMS a augmenté d'un an entre 2011 et 2012.

### 2.1.4. Modes de sorties définitive

		2010	2011	2012
Motifs des sorties	Décès à la Loysance	37	20	22
	Domicile ou substitut	22	21	11
	Transfert vers un éts sanitaire <i>Dont décès en hospitalisation</i>	62 9	71 6	66 9
	Hébergnt interne (Antrain ou SBC)	1	1	0
TOTAL Nombres de sorties		122	113	99



Sur 3 ans, le pourcentage des sorties vers un établissement sanitaire est en hausse constante (augmentation d'environ 16% en 3 ans).



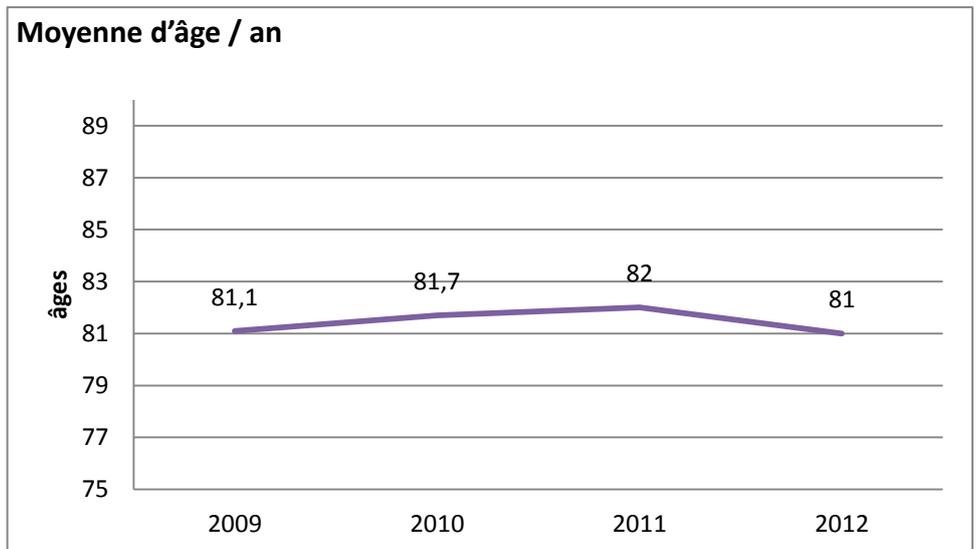
Sur 3 ans, les décès au sein de la Loysance sont en baisse (-10%) au profit d'une hausse des décès en hospitalisation.

## 2.2. Caractéristiques générales

### 2.2.1. Age des résidents

#### 1) Age moyen annuel

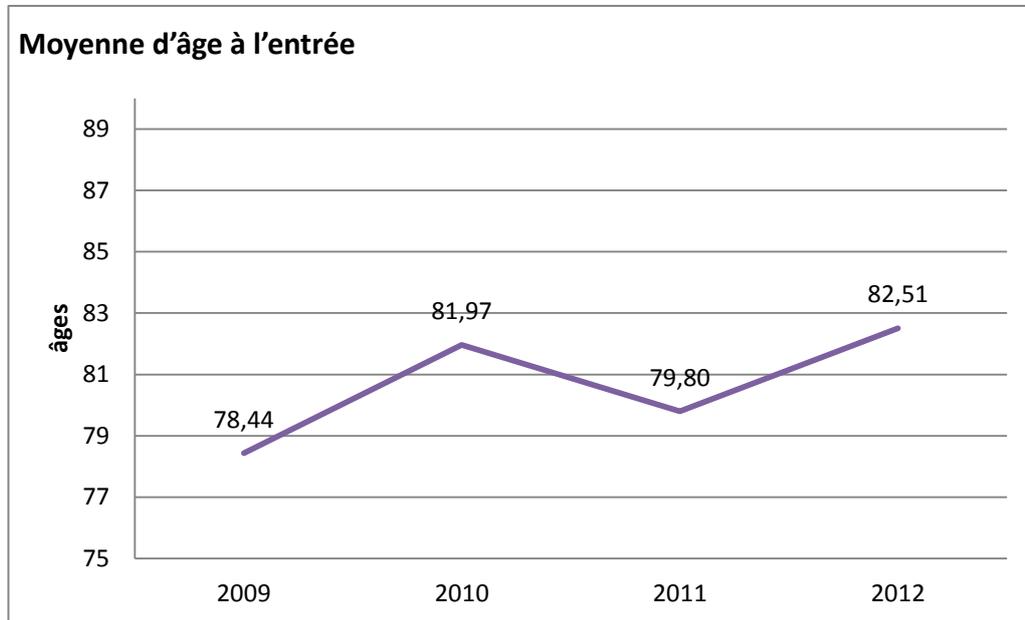
	2009	2010	2011	2012
Moyenne d'âge annuelle	81 ans et 36 jours	81 ans et 255 jours	82 ans	81 ans



La moyenne d'âge annuelle des résidents est stable sur 3 ans ( $\approx$  81 ans).

2) Age à l'entrée

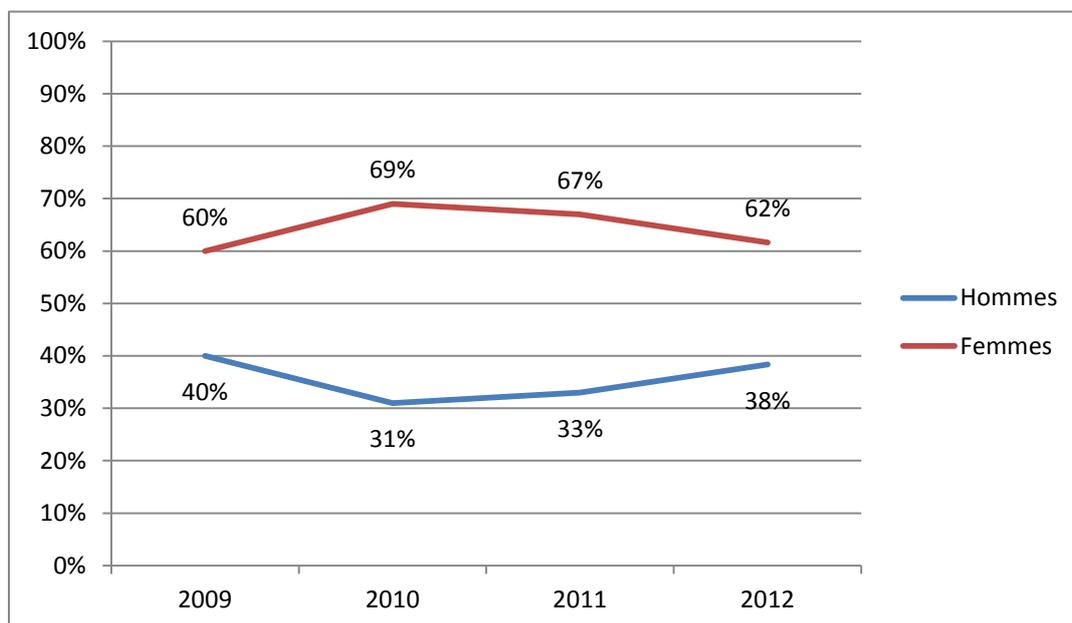
	2009	2010	2011	2012
<b>Moyenne d'âge à l'entrée</b>	78 ans et 160 jours	81 ans et 352 jours	79 ans et 292 jours	82 ans et 185 jours



La moyenne d'âge à l'entrée est en augmentation depuis 2009 (+4 ans).

2.2.2. Répartition des résidents par sexe

<b>Répartition H/F</b>	2009	2010	2011	2012
<b>Hommes</b>	40%	31%	33%	38%
<b>Femmes</b>	60%	69%	67%	62%



La proportion de femmes reste importante. En 2012, 62% des résidents sont des femmes et 38% sont des hommes.

## 2.3. Situation familiale et protection des résidents

### 2.3.1. Description de la protection juridique des résidents en 2012

(au 31 décembre 2012)

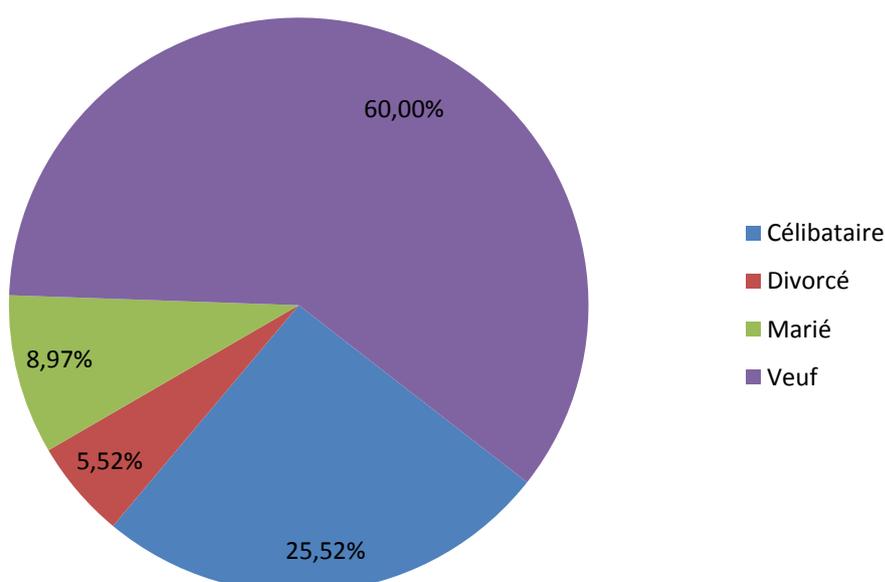
	% de résidents	Nombre de résidents
Tutelle	34,16%	57
Curatelle	2,48%	4
Mandat particulier	0,50%	1

Sur 145 résidents, 37,14% sont sous protection juridique (tutelle, curatelle ou mandat particulier)

### 2.3.2. Description de la situation familiale des résidents en 2012

(au 31 décembre 2012)

	Nombre de résidents	%
Célibataire	37	25,52%
Divorcé	8	5,52%
Marié	13	8,97%
Veuf	87	60,00%
Total général	145	100%



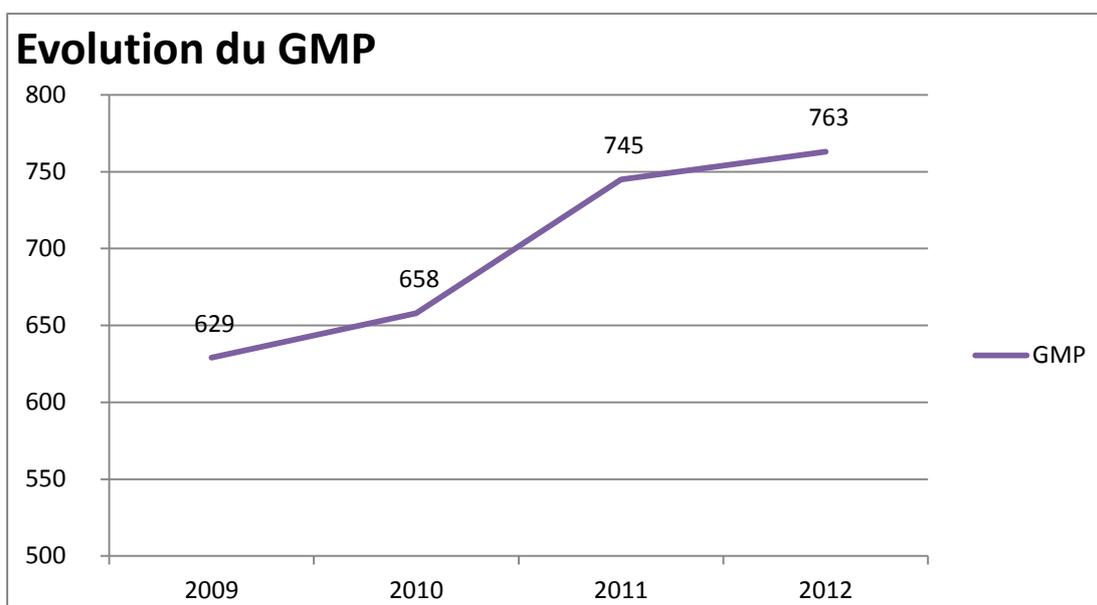
60% des résidents sont veufs et 8,97% sont mariés.

## 2.4. Caractéristiques soignantes

### 2.4.1. Niveau de dépendance des résidents

% de résidents par GIR	2009	2010	2011	2012
GIR 1-2	40,74%	50,65%	66,46%	63,70%
GIR 3-4	42,59%	33,12%	24,22%	25,34%
GIR 5-6	16,67%	16,23%	9,32%	10,96%
<b>GMP</b>	<b>629</b>	<b>658</b>	<b>745</b>	<b>763</b>

Le nombre de résidents en GIR 1-2 a augmenté de plus de 20% en 4 ans.



Le GMP est passé de 658 en 2010 à 745 en 2011. Cette augmentation s'explique par la fermeture de l'USDJL en 2010 et le transfert des résidents en EHPAD.

### 2.4.2. Niveau de prise en charge

Le PMP (Pathos Moyen Pondéré) est un indicateur global unique de charge en soins médicaux et techniques pour une population. À La Loysance, le PMP est de 171 (valeur non revue depuis 2009).

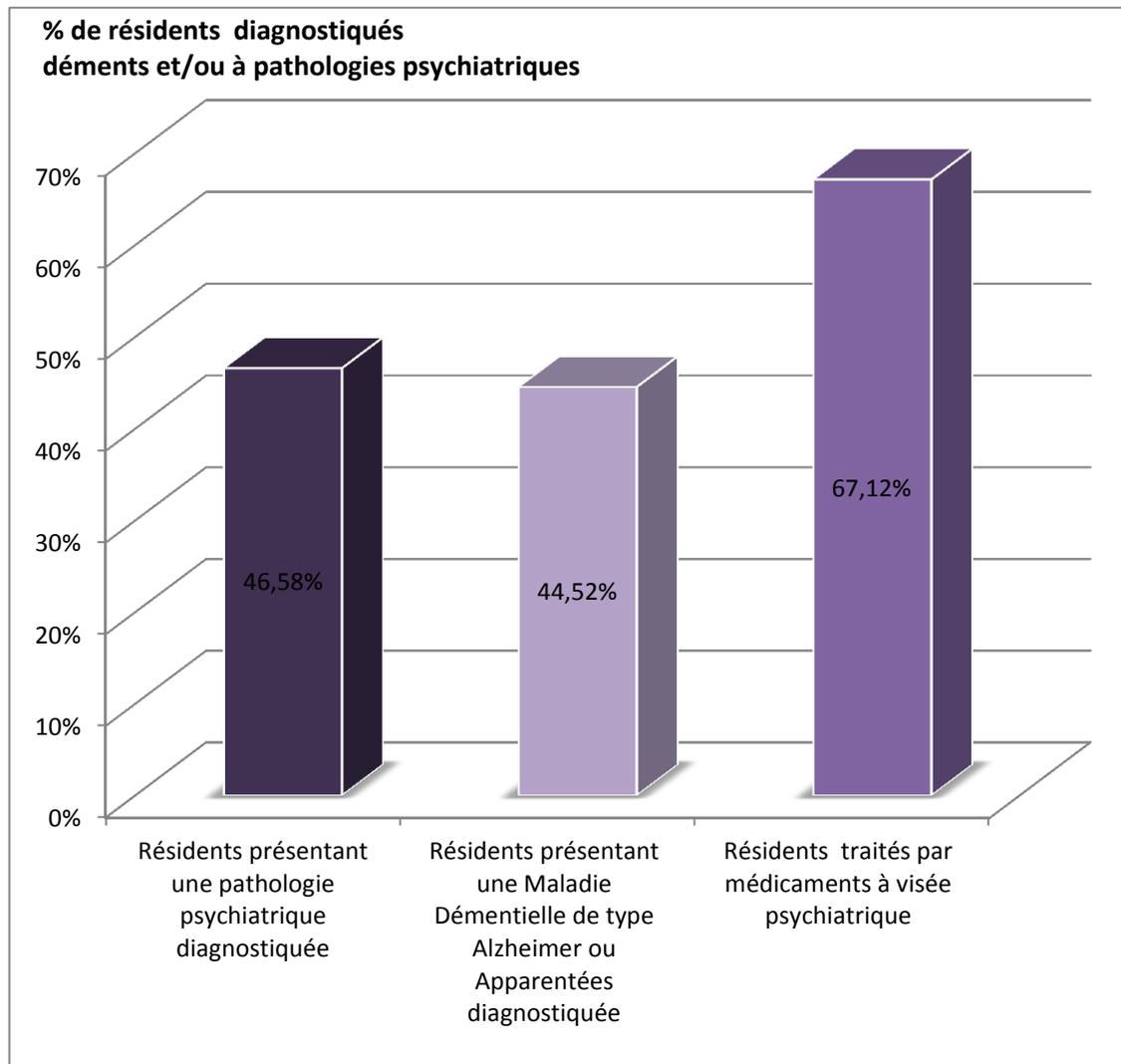
<b>PMP</b>	<b>171</b>
------------	------------

Données extraites d'AQUALIE 35 Amélioration de la Qualité en Établissements en Ille-et-Vilaine vers.2012

### 2.4.3. *Etat des démences et pathologies psychiatriques*

Au 30 avril 2013, 112 résidents (76,71%) sur 146 présents, ont un diagnostic de maladie psychiatrique et/ou de maladie démentielle.

Ne sont pas prises en compte les maladies démentielles suspectées mais non diagnostiquées.



## 2.5. Vie des résidents au sein de l'établissement

### 2.5.1. Descriptif de la vie sociale des résidents en 2012

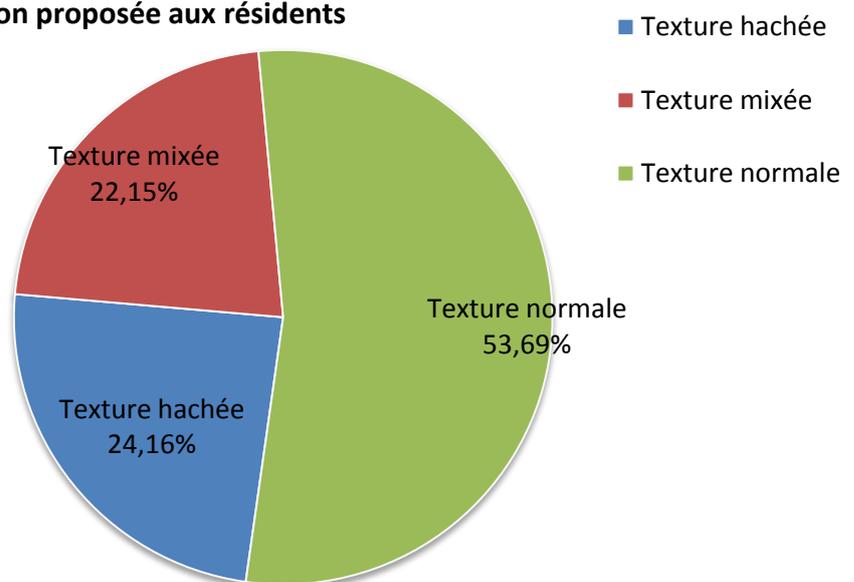
Résident ayant des contacts avec :	%
Génération suivante (enfants, petits-enfants)	62,69%
Fratrie (frère, sœur)	20,90%
Conjoint à domicile	6,72%
Conjoint en EHPAD	2,99%
Génération précédente (père, mère)	2,24%
Ni visite, ni contact avec proches	2,24%
Famille d'accueil	1,49%
Famille éloignée (cousins, oncles...)	0,75%

Seulement, 2,24% des résidents n'ont plus du tout de contact avec des proches.

### 2.5.2. Textures de l'alimentation proposée 2012 (au 31.12.2012)

	Nb de résidents	%	
Texture hachée	36	24,16%	} 46,31% des résidents ont une alimentation adaptée
Texture mixée	33	22,15%	
Texture normale	80	53,69%	
<b>Total des résidents présents au 31.12.12</b>	<b>149</b>		

Texture de l'alimentation proposée aux résidents



Près de la moitié des résidents ont besoin d'une alimentation avec une texture adaptée.

### 2.5.3. Autres données sur les dépendances

#### Ⓢ Les aides techniques

<b>Au 07/11/2013</b>	<b>Nombre de résidents</b>	<b>%</b>
<b>Cannes (1 ou 2)</b>	24	16,78%
<b>Déambulateurs ou rollators</b>	39	27,27%
<b>Fauteuils roulants</b>	71	49,65%
<b>TOTAL</b>	134	93,71%

Sur 143 résidents, la moitié dispose de fauteuils roulants et 93,71% disposent d'une aide technique.

#### Ⓢ Les aides nécessaires de la vie quotidienne

<b>Nombre de personnes nécessitant :</b>		<b>%</b>
une aide aux repas :	104	71,2%
une aide à la toilette :	135	92,5%
une aide dans leurs transferts :	106	72,6%
une aide dans leurs déplacements intérieurs :	104	71,2%

Données extraites d'AQUALIE 35 Amélioration de la Qualité en Établissements en Ille-et-Vilaine vers.2012

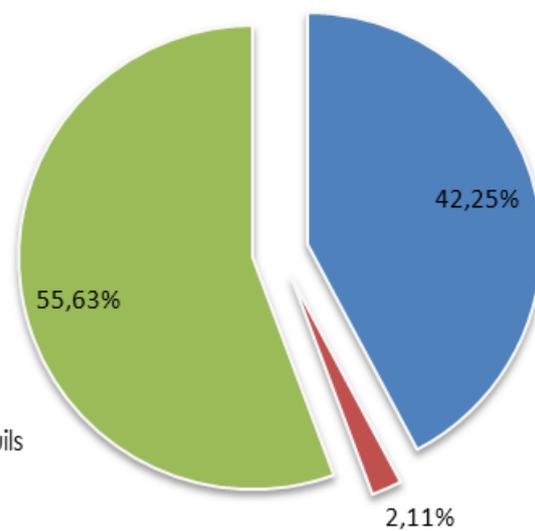
Plus de 70% des résidents nécessitent des aides dans les gestes de la vie quotidienne.

#### Ⓢ 3. Données sur la mobilité

<i>Au 7/11/2013</i>	<b>Nb résidents</b>	<b>%</b>
<b>Résidents confinés fauteuils</b>	<b>60</b>	<b>42,25%</b>
<b>Résidents confinés lits</b>	<b>3</b>	<b>2,11%</b>
<b>Résidents non confinés</b>	<b>79</b>	<b>55,63%</b>

44,37% des résidents sont confinés au lit ou au fauteuil.

**% résidents confinés au lit ou au fauteuil**



- Résidents confinés fauteuils
- Résidents confinés lits
- Résidents non confinés

## Annexe 3

### 3. SPECIFICATION DES OBJECTIFS AU REGARD DES ACTIVITES REMARQUABLES

Ci-après sont présentées les activités qui concourent à l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre de l'évaluation interne, au regard de nos activités et de la population accompagnée.

Ce bilan a été réalisé en novembre 2013

Axe1 : Garantie des droits individuels et collectifs	
<b>Thème 1</b> <b>Garantie des droits individuels</b>	<b>Village de la Loysance</b>
	L'établissement est engagé dans la démarche <b>Humanitude</b> (ateliers, formations, sensibilisations) depuis 2007. Des projets personnalisés sont mis en place depuis octobre 2012
	Des groupes de travail sont constitués abordant des <b>réflexions éthiques (bienveillance, sexualité)</b> <b>Les STAFF PAI pluridisciplinaires</b> favorisent les réflexions sur les accompagnements individuels
<b>Thème 2</b> <b>Garantie des droits collectifs</b>	La prise en compte des droits collectifs est assurée par la <b>participation des représentants des usagers et des représentants des Résidents.</b> Des Réunions <b>CRUQPC et CVS</b> sont régulièrement organisées.
	<b>Une équipe dédiée (la cellule qualité)</b> , pour le pilotage de la démarche Qualité veille au respect des droits des usagers.

<b>Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents</b>	
<b>Thème 1 Douleur</b>	<b>Village de la Loysance</b>
	<p>Le <b>CLUD</b> est très actif et pluridisciplinaire, il est composé de professionnels du sanitaire et de l'EHPAD. Les méthodes et outils validés par le CLUD sont adaptés à l'EHPAD.</p> <hr/> <p><b>Des formations pluriprofessionnelles</b> sont proposées (participation du personnel du sanitaire, de l'EHPAD et du SSIAD).</p> <p><b>Les formations sont assurées par un médecin, une IDE, une psychologue.</b></p>
<b>Thème 2 Chutes</b>	<b>Le personnel trace les chutes dans le DPI et utilise l'EBM (Ecran Bilan Mesure) chutes à cette fin.</b>
<b>Thème 3 Escarres</b>	<b>Une formation « plaies et cicatrisations » est dispensée de manière annuelle.</b>
	<p>Un <b>ergothérapeute</b> et un <b>diététicien</b> sont très impliqués dans l'organisation quotidienne.</p> <p>Il existe des <b>groupes nutrition</b> avec un référent par unité, pilotés par le <b>CLAN</b>.</p>
	<b>Il y a une politique volontariste et réactive d'achat<sup>et</sup>/ou de location de matériel.</b>

**(suite...) Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents**

<b>Village de la Loysance</b>	
<b>Thème 4 Dénutrition</b>	<p><b>Le groupe nutrition est inclus dans le plan de formation</b>, le <b>réseau ROLAND</b> propose des formations et tous les ans des membres du personnel sont formés.</p> <p><b>Une orthophoniste libérale</b> intervient sur les troubles de la déglutition.</p> <p>Des temps de rencontre <b>orthophoniste / diététicien</b> sont organisés.</p> <hr/> <p>Le staff hebdomadaire permet la <b>liaison diététicien / médecin / équipe</b>.</p> <hr/> <p>Une réflexion est engagée entre la nutrition et <b>le concept d'Humanitude</b> afin de <b>réduire le jeûne nocturne</b>.</p> <hr/> <p>Il y a un <b>poste hôtelier</b> spécifique 7j/7 pour l'aide aux repas.</p> <p>Une réflexion pluridisciplinaire est mise en œuvre pour améliorer la convivialité (utilisation du petit salon et de la bibliothèque).</p> <hr/> <p><b>Des ateliers</b> sont proposés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ateliers « culino » mensuels avec participation des cuisiniers.</li> <li>- ateliers pâtisserie réguliers (résident / ergothérapeute /soignant détaché du staff pour évaluation de l'autonomie).</li> </ul> <hr/> <p><b>Un audit restauration</b> a été réalisé pour encourager les <b>pratiques « Humanitude » liées au service des repas en 2010</b>.</p> <p><b>Il existe une enquête annuelle « satisfaction des repas »</b></p>

<b>(suite...) Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents</b>	
<p><b>Thème 5</b> <b>Troubles du comportement</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Village de la Loysance</b></p> <p><b>Des formations</b> sont organisées régulièrement : formations Humanitude, formations sur la maladie d'Alzheimer.</p> <p>Un <b>psychologue</b> est en poste sur les services EHPAD.</p> <p>Le <b>staff PAI</b> permet le dépistage des troubles et la définition des prises en charge individuelles.</p> <p>Un <b>espace Snoezelen</b> est disponible.</p> <p>Des agents ont été sensibilisés à l'accompagnement des maladies démentielles.</p> <p>Un médecin psychiatre institutionnel intervient à hauteur de 0.10 ETP à la Loysance et permet de sensibiliser et de soutenir les équipes face aux troubles du comportement.</p>
<p><b>Thème 6</b> <b>Risque infectieux</b></p>	<p>L'EHPAD est représenté au <b>CLIN</b>, des protocoles d'hygiène sont utilisés.</p> <p><b>Un Médecin hygiéniste</b> intervient selon les besoins.</p> <p><b>Le travail de l'équipe opérationnelle hygiène, composée d'un praticien hygiéniste, d'une IDE et d'une secrétaire en hygiène,</b> favorise la prévention et la maîtrise du risque infectieux.</p> <p>Des référents hygiène sont présents dans chaque unité. 4 journées d'hygiène sont organisées de manière annuelle.</p> <p><b>Le DARI</b> est utilisé.</p>
<p><b>Thème 7</b> <b>PEC médicament</b></p>	<p><b>Le dossier patient est informatisé.</b></p> <p><b>La pharmacie à usage intérieur</b> fonctionne pour le sanitaire et l'EHPAD.</p> <p>Il existe une <b>dotation pour le fonctionnement du weekend.</b></p> <p>Un <b>livret thérapeutique</b> réactualisé par le pharmacien est en place.</p> <p>Les évènements indésirables liés au médicament sont déclarés via <b>les fiches de signalement.</b></p> <p>Des <b>méthodes d'analyses d'erreur</b> liées au médicament sont utilisées</p> <p>Des professionnels ont participé à des <b>formations sur la sécurisation du circuit du médicament.</b></p>

**(suite et fin) Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents**

<b>Village de la Loysance</b>	
<b>Thème 8</b> <b>Continuité des soins</b>	<p>Une convention lie l'établissement et <b>un laboratoire d'analyse de biologie médicale</b>.</p> <p>L'établissement dispose également d'une convention avec un <b>cabinet de radiologie</b>.</p> <p>La CMAOT (<b>Commission Médicale d'Accueil et d'Orientation de Territoire</b>) organise à l'échelle du territoire les admissions en EHPAD.</p> <p>Les EHPAD bénéficient de l'intervention de kinésithérapeutes et d'orthophonistes salariés ou libéraux.</p>
	<p><b>L'offre de prise en soins et d'hébergement au sein du CHMB est diversifiée:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités secteur sanitaire</li> <li>- SSIAD</li> <li>- Accueil temporaire</li> </ul> <p>Les transferts internes sont favorisés entre les prises en charge sanitaires et médico-sociales. L'intervention des médecins libéraux dans les services sanitaires et les EHPAD facilite la fluidité du parcours et la filière interne et favorise la qualité du suivi médical.</p>
	<p><b>Il existe des possibilités de professionnalisation des ASH/AMP</b> vers des postes d'<b>AS</b> et <b>AS/AMP</b> vers des postes d'<b>IDE</b> via les études promotionnelles.</p>

<b>Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance</b>	
<b>Thème 1</b> <b>Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes non valides</b>	<b>Village de la Loysance</b>
	<p>Le projet d'établissement intègre <b>la formation du personnel aux concepts Humanitude</b> et à la manutention pour le maintien de l'autonomie physique et psychique.</p> <p><b>Des professionnels spécifiques</b> travaillent auprès des résidents pour maintenir leur autonomie dans les déplacements et gestes de la vie quotidienne (<b>Kinésithérapeute, ergothérapeute, Aide Médico Psychologique et Aide Kiné</b>).</p> <p>L'établissement met à disposition des <b>équipements pour favoriser le maintien des capacités motrices des résidents</b> (parcours de marche, salle de gymnastique, salle d'animation).</p> <p><b>La conception identique de toutes les unités</b> favorise la prise de repères.</p> <p><b>L'association</b> est présente dans la vie de l'institution et le support d'activités d'animation au profit des résidents.</p>
	<p>L'établissement dispose d'<b>un véhicule aménagé pour le transport des personnes non valides</b> et <b>le prêt de ce véhicule pour l'entourage</b> des résidents est possible.</p>
<b>Thème 2</b> <b>Maintien des capacités à la toilette et accompagnement si besoin d'aide totale</b>	<p>Il existe <b>des pratiques communes selon la démarche Humanitude</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueil des données avant admission</li> <li>- Respect des rythmes de vie des résidents</li> <li>- Matériel adapté disponible</li> <li>- Report de soins</li> </ul>

<b>Axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement</b>	
<b>Thème 1</b> <b>Projet personnalisé</b>	<b>Village de la Loysance</b>
	<p><b>Le dossier patient est informatisé</b> et favorise <b>le recueil des habitudes de vie et des attentes propres à chaque résident.</b></p> <p>La traçabilité de ce recueil permet le <b>partage d'informations</b> afin de <b>personnaliser la prise en soins.</b></p> <p>Un <b>groupe de travail pluriprofessionnel</b> spécifique sur la mise en place du projet d'accompagnement individualisé (toutes unités + nuit) est mis en place.</p> <p>Un PAI post accueil est programmé entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois.</p>
<b>Thème 2</b> <b>Personnalisation des activités individuelles et collectives</b>	<p>Il y a une <b>diversité des partenariats et activités proposés.</b></p> <p>Les résidents <b>participent aux choix dans les activités et le conseil de vie social</b> informe sur les souhaits des résidents.</p> <p><b>Un véhicule aménagé</b> est mis à disposition gratuitement pour les familles.</p> <p><b>Le projet d'architecture</b> de la Loysance favorise la <b>convivialité et les rencontres.</b></p> <p>L'animation a une <b>place centrale dans la vie des résidents. De nombreuses activités d'animation sont organisées au bénéfice des résidents.</b></p>
<b>Thème 3</b> <b>Possibilité du maintien des liens sociaux</b>	<p><b>Des repas accompagnants</b> sont possibles sur réservation.</p> <p>Pour <b>certains évènements organisés l'entourage est invité à participer.</b></p> <p>Des <b>séjours vacances</b> sont organisés tous les ans.</p> <p>Les résidents peuvent bénéficier de <b>prestations particulières</b> (coiffeur, esthétique...).</p> <p>Des projets intergénérationnels sont régulièrement mis en place.</p> <p>Une réunion des familles est organisée une fois par an.</p>

<b>Axe 5 : Accompagnement à la fin de vie</b>	
<b>Thème 1</b> <b>Accompagnement de la fin de vie des résidents</b>	<b>Village de la Loysance</b>
	<p>Des formations « <b>sensibilisation aux différentes étapes de la vie</b> » <b>sont organisées.</b></p> <p><b>L'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Fougères</b> intervient sur demande.</p> <p>Un <b>aumônier</b> salarié est disponible pour répondre aux demandes éventuelles et des représentants des cultes peuvent rendre visite aux résidents à leur demande.</p> <p>En situation de fin de vie, une réflexion pluridisciplinaire, intégrant le médecin traitant est mis en place autour de l'accompagnement de fin de vie.</p> <p><b>Un espace funéraire</b> est mis gracieusement à disposition.</p>
<b>Thème 2</b> <b>Accompagnement de leur entourage</b>	<p>L'équipe pluridisciplinaire comprenant un psychologue, en partenariat avec le médecin traitant accompagne l'entourage en cas de besoin.</p> <p>L'entourage du résident a la possibilité de bénéficier de <b>logement sur site.</b></p>

Annexe 4

**4. RAPPORT D'AUTOEVALUATION**

**Village**  
de la Loysance



**REFERENTIEL**  
**D'EVALUATION INTERNE**

**VILLAGE DE LA LOYSANCE**

## Table des matières

### Axe 1 : La garantie des droits individuels

Axe 1, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 1 – indicateur 1) .....	81
Axe 1, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 1 – indicateur 2) .....	82
Axe 1, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 1 – indicateur 5) .....	83
Axe 1, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 2 – indicateur 3) .....	84
Questionnaire axe 1, thème 1 : La garantie des droits individuels .....	85
Sous thème : Garantir le droit au respect de l'intimité et de la vie privée .....	85
Questionnaire axe 1, thème 1 : La garantie des droits individuels .....	86
Sous thème : Garantir le libre choix entre les prestations proposées et le respect du consentement éclairé de la personne ou son représentant légal. ....	86
Questionnaire axe 1, thème 1 : La garantie des droits individuels .....	87
Sous thème : Garantir les droits à la participation de la personne à la conception et la mise en œuvre du projet qui le concerne. ....	87
Sous thème : Droits civiques .....	87
Synthèse du thème 1 – 1 .....	88
Indicateur de suivi .....	89
Axe 1, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 1 – indicateur 3) .....	90
Axe 1, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 2 – indicateur 4) .....	91
Axe 1, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 6) .....	92
Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs .....	93
Sous thème : Garantir le droit à la sécurité.....	93
Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs .....	94
Sous thème : Garantir le droit à la sécurité.....	94
Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs .....	95
Sous thème : Garantir les droits à l'information .....	95
Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs .....	96
Sous thème : Garantir les droits à l'information .....	96
Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs .....	97
Sous thème : Associer les résidents au fonctionnement de l'établissement.....	97
Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs .....	98
Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs .....	98
Sous thème : Lutter contre la maltraitance.....	98
Synthèse du thème 1 – 2 .....	99
Indicateur de suivi .....	100

## Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

Axe 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 9).....	102
Axe 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 1).....	103
Axe 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 2).....	104
Questionnaire axe 2, thème 1 : Le dépistage et la prise en charge de la douleur .....	105
Questionnaire axe 2, thème 1 : Le dépistage et la prise en charge de la douleur .....	106
Synthèse du thème 2 – 1 .....	107
Indicateur de suivi .....	108
Questionnaire axe 2, thème 2 : La prévention et la prise en charge des chutes .....	109
Questionnaire axe 2, thème 2 : La prévention et la prise en charge des chutes .....	110
Synthèse du thème 2 – 2 .....	111
Indicateur de suivi .....	112
Axe 2, thème 3 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 7) .....	113
Questionnaire axe 2, thème 3 : La prévention et la prise en charge des escarres .....	114
Questionnaire axe 2, thème 3 : La prévention et la prise en charge des escarres .....	115
Synthèse du thème 2 – 3 .....	116
Indicateur de suivi .....	117
Questionnaire axe 2, thème 4 : La prévention et la prise en charge de la dénutrition .....	118
Questionnaire axe 2, thème 4 : La prévention et la prise en charge de la dénutrition .....	119
Questionnaire axe 2, thème 4 : La prévention et la prise en charge de la dénutrition .....	120
Synthèse du thème 2 – 4 .....	121
Indicateur de suivi .....	122
Axe 2, thème 5 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 5) .....	123
Axe 2, thème 5 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 7) .....	124
Questionnaire axe 2, thème 5 : Le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement .....	125
Questionnaire axe 2, thème 5 : Le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement .....	126
Synthèse du thème 2 – 5 .....	127
Indicateur de suivi .....	128
Axe 2, thème 6 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 2 – indicateur 5) .....	129
Questionnaire axe 2, thème 6 : L'analyse et la maîtrise du risque infectieux.....	130
Axe 2, thème 7 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 2 – indicateur 9) .....	131
Axe 2, thème 7 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 3) .....	132
Axe 2, thème 7 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 4) .....	133

Axe 2, thème 7 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 9) .....	134
Axe 2, thème 7 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 10) .....	135
Questionnaire axe 2, thème 7 : La continuité des soins.....	136
Synthèse du thème 2 – 7 .....	137
Indicateur de suivi .....	138
Axe 2, thème 8 (Médicament) et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 5) .....	139
Questionnaire axe 2, thème 8 : Le médicament .....	140
Questionnaire axe 2, thème 8 : Le médicament .....	141
Synthèse du thème 2 – 8.....	142

### **Axe 3 : Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance**

Axe 3, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 2 – indicateur 1) .....	144
Questionnaire axe 3, thème 1 : le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides .....	145
Questionnaire axe 3, thème 1 : le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides .....	146
Questionnaire axe 3, thème 1 : le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides .....	147
Synthèse du thème 3 – 1 .....	148
Indicateur de suivi .....	149
Axe 3, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 8) .....	150
Axe 3, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 15) .....	151
Questionnaire axe 3, thème 2 : le maintien des capacités à la toilette et l'accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale.....	152
Synthèse du thème 3 – 2 .....	153
Indicateur de suivi .....	154

### **Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement**

Axe 4, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 1) .....	156
Axe 4, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 2) .....	157
Axe 4, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 3) .....	158
Axe 4, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 4) .....	159
Axe 4, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 6) .....	160
Axe 4, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 10) .....	161
Questionnaire axe 4, thème 1 : le projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement).....	162
Questionnaire axe 4, thème 1 : le projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement).....	163

Questionnaire axe 4, thème 1 : le projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement).....	163
Synthèse du thème 4 – 1 .....	164
Indicateur de suivi .....	165
Axe 4, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 1 – indicateur 6) .....	166
Axe 4, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 2 – indicateur 7) .....	167
Axe 4, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 12) .....	168
Axe 4, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 13) .....	169
Axe 4, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 14) .....	170
Questionnaire axe 4, thème 2 : la personnalisation des activités sociales individuelles et collectives .....	171
Questionnaire axe 4, thème 2 : la personnalisation des activités sociales individuelles et collectives .....	172
Questionnaire axe 4, thème 2 : la personnalisation des activités sociales individuelles et collectives .....	173
Questionnaire axe 4, thème 2 : la personnalisation des activités sociales individuelles et collectives .....	174
Synthèse du thème 4 – 2 .....	175
Indicateur de suivi .....	176
Axe 4, thème 3 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 1 – indicateur 4) .....	177
Questionnaire axe 4, thème 3 : la possibilité du maintien des liens sociaux .....	178
Questionnaire axe 4, thème 3 : la possibilité du maintien des liens sociaux .....	178
Synthèse du thème 4 – 3 .....	179
Indicateur de suivi .....	180

## **AXE 5 : Accompagnement à la fin de vie**

AQUALIE 35 pour l'axe 5.....	182
Questionnaire Axe 5, thème 1 : L'accompagnement de la fin de vie des résidents .....	183
Evaluation : .....	186
Synthèse du thème 5 – 1 .....	187
Questionnaire Axe 5, thème 2 : L'accompagnement de leurs entourages (proches et professionnels) à ce moment-là.....	188
Synthèse du thème 5 – 2 .....	189
Indicateur de suivi : .....	190

# Axe 1 :

## La garantie des droits individuels

---

### Introduction

La loi n° 2002-2 rénovant l'Action sociale et médico-sociale a renforcé les droits individuels et collectifs des usagers. Elle définit les droits et libertés individuels et rend obligatoires différents instruments garantissant leur mise en œuvre.

La participation des usagers est ici utilisée dans le sens de la participation au fonctionnement de l'EHPAD (la participation de l'utilisateur dans son accompagnement est traitée de manière plus approfondie dans l'axe personnalisation).

La participation au fonctionnement de l'établissement est un droit (et non une obligation pour les résidents) institué par la loi. Elle en a précisé les formes (conseil de la vie sociale, enquêtes de satisfaction, groupes d'expression, etc.) et en a énuméré des thèmes de consultation des usagers (organisation de la vie quotidienne, nature et prix des services rendus, animation de la vie institutionnelle, etc.).

Permettre à tous les résidents l'exercice de leurs droits est un des objectifs du projet de vie sociale, volet du projet d'établissement.

**Axe 1, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 1 – indicateur 1)**

La mise en œuvre des objectifs du projet d'établissement est-elle évaluée par un groupe représentatif du personnel et des résidents ?

	Cotation
<b>Au moins une fois par an</b>	A X
<b>Une fois tous les 2 ans</b>	B
<b>Entre 1 fois tous les 2 ans et au renouvellement de la convention</b>	C
<b>Jamais ou il n'y a pas de projet d'établissement</b>	D

**Remarques de l'établissement :**

La mise en œuvre des objectifs du projet d'établissement fait l'objet d'une évaluation annuelle par un groupe représentatif des personnels, mais pas par les résidents. Une réunion des familles est organisée par site, permettant la présentation des projets mis en œuvre, des échanges avec les usagers et les familles et des remarques. L'établissement met en œuvre des enquêtes et audits concernant la satisfaction des résidents : audit bienveillance, audit Humanitude, restauration. Les nouveaux projets mis en place sont présentés lors des CVS.

**Axes d'amélioration possibles :**

**Axe 1, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 1 – indicateur 2)**

En menant quelles actions parmi celles contenues dans cette liste, l'établissement met-il en œuvre le respect de la dignité et de l'intimité des personnes accueillies et la promotion de la bienveillance ?

	Oui/Non
Les projets personnalisés envisagent le principe d'aller et de venir comme fondamental et en prévoient les modalités de sa mise en œuvre	Oui
L'établissement permet aux résidents qui le souhaitent de poursuivre leur vie affective et intime	Oui
L'établissement propose aux résidents une solution pour que s'exerce leur liberté de culte	Oui
L'établissement propose aux résidents une solution leur permettant d'exercer leur droit de vote	Oui
Le respect de l'intimité, des droits, et de la dignité des résidents est une priorité spécifiquement affirmée dans le projet d'établissement et connue de tous les intervenants (professionnels, bénévoles...)	Oui
Le plan de formation intègre des formations concernant ce sujet	Oui
L'organisation prévoit des réunions d'analyse de la pratique ou des groupes de parole destinés aux professionnels	Oui
L'établissement met en œuvre une procédure d'accueil pour tout intervenant rappelant leurs droits et devoirs au sein de la structure	Oui
Des fiches de signalement sont mises à disposition des résidents, familles ou tout autre intervenant dans la structure	Non
Une procédure sur les obligations et modalités du signalement a été écrite et est rappelée aux professionnels à l'occasion de réunions institutionnelles	Non
Chaque événement ayant fait l'objet d'une fiche de signalement donne lieu à une analyse et un traitement adéquats	Oui

**Cotation**

<b>La totalité de ces actions</b>	A	
<b>10 actions</b>	B	
<b>8 ou 9</b>	C	<b>X</b>
<b>Moins de 8</b>	D	

**Remarques de l'établissement :****Axes d'amélioration possibles :**

Livret d'accueil de l'agent et du stagiaire à rénover afin d'améliorer la procédure d'accueil + dépliants Humanitude, livret hygiène, dépliants prévention risques professionnels, manutention.

Fiche de signalement à disposition des résidents, familles et autres intervenant à mettre en place

Procédure signalement interne (événements indésirables, faits de maltraitance...)

**Axe 1, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 1 – indicateur 5)**

Comment l'établissement est-il inséré dans son environnement et sur son territoire (local et départemental) ?

	Oui/Non
L'établissement participe activement et régulièrement aux démarches locales initiées et portées par le CLIC et le CODEM (ou CAUDEHM)	Oui
L'établissement associe activement et régulièrement tous les partenaires locaux suivants à sa réflexion : CLIC, CODEM, ESMS, Conseil Général (CDAS, Agence ou Siège), ARS (coordonnateurs de territoires notamment)	Oui
L'établissement s'associe aux autres structures du secteur (EPCI, secteur gérontologique, canton) pour mener une réflexion locale	Oui
L'établissement a intégré les politiques locales dans son projet : besoins en places spécialisées de type Alzheimer, HT, AJ...	Oui
L'établissement participe activement aux démarches d'amélioration de la qualité portées par les autorités de tarification	Oui
L'établissement communique activement sur ses projets ou difficultés auprès des partenaires ci-dessus évoqués (Conseil Général, ARS, CLIC, CODEM, autres établissements...)	Oui
Des professionnels de l'établissement participent activement à des réseaux qui leur sont propres (association de directeurs, fédération, association de médecins, d'animateurs, de psychologues...)	Oui
L'établissement participe ou se tient informé des travaux de la Conférence de Territoire de son secteur	Oui
Aucune action	Non

**Cotation**

<b>8</b>	A	<b>X</b>
----------	---	----------

<b>6 ou 7</b>	B	
---------------	---	--

<b>4 ou 5</b>	C	
---------------	---	--

<b>Moins de 4</b>	D	
-------------------	---	--

**Remarques de l'établissement :**

**Axes d'amélioration possibles :**

**Axe 1, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 2 – indicateur 3)**

Les espaces individuels permettent-ils de prendre en compte le projet individuel et les souhaits des personnes accueillies ?

	Oui / Non
Une chambre individuelle peut être proposée pour chaque personne	Oui
Les chambres individuelles font une surface d'au moins 21m <sup>2</sup> (y compris la salle d'eau individuelle)	Oui
Une solution est proposée aux couples qui souhaitent poursuivre leur vie commune (chambre double, appartement, chambre communicante)	Oui
Les logements disposent tous d'une salle d'eau individuelle, avec douche, adaptée et accessible	Oui
Les logements disposent tous de WC adaptés et accessibles	Oui
Les personnes peuvent décorer et personnaliser leur logement (en lien avec le règlement de fonctionnement)	Oui
Les logements sont équipés d'un système d'appel malade (médaillon, bracelet, sonnettes, etc.)	Oui
Les logements sont équipés d'une prise téléphonique individuelle dans les chambres avec connexion internet possible et peuvent être équipées de chaînes câblées	Oui
Les personnes peuvent apporter un petit réfrigérateur	Oui
Les personnes peuvent apporter du mobilier	Oui
Les personnes peuvent fermer la porte de leur logement à clé	Non

	Cotation	Remarques de l'établissement :
<b>10 et 11</b>	A X	
<b>8 et 9</b>	B	
<b>7</b>	C	
<b>Moins de 7</b>	D	<b>Axes d'amélioration possibles :</b>
-		

**Questionnaire axe 1, thème 1 : La garantie des droits individuels****Sous thème : Garantir le droit au respect de l'intimité et de la vie privée**

	Oui / Non
Les résidents peuvent-ils disposer de leur clé de chambre lorsqu'ils la demandent ?	Non
Si oui, et en cas de troubles psychiques, y-a-t-il une concertation en équipe ? et avec la famille ?	Non
Y-a-t-il des espaces à disposition des résidents et de leur famille?	Oui
Si oui, ces espaces sont-ils en nombre adapté?	Oui
Si oui, leur agencement est-il adapté?	Oui
Les résidents ont-ils la possibilité de recevoir leur courrier ?	Oui
les membres du personnel sont-ils informés de l'obligation du secret professionnel?	Oui
Y-a-t-il une réflexion éthique autour de la prise en charge du résident et de sa famille, au sein de l'EHPAD?	Oui

**Remarques de l'établissement :**

Le type d'établissement et les obligations de sécurité incendie qui en découlent ne permettent pas aux résidents d'avoir la clé de leur logement

**Axes d'amélioration possibles :**

Etude pour installation de clés ou poignées spécifiques

## Questionnaire axe 1, thème 1 : La garantie des droits individuels

### Sous thème : Garantir le libre choix entre les prestations proposées et le respect du consentement éclairé de la personne ou son représentant légal.

(Le thème de l'accueil et du projet personnalisé est notamment abordé dans l'axe 4, thème 1)

Enquête réalisée sur les 30 dernières admissions. Les résultats trouvés sont les suivants:

	Question	Scores	Commentaires
1	Le résident a-t-il donné son consentement à l'admission ?	22/30	Recueil de l'information : dossier d'inscription 3 dossiers non retrouvés, 5 résidents ayant des troubles cognitifs importants
2	Combien de résidents accueillis bénéficient d'un entretien de pré accueil ?	14/30	Recueil de l'information : absence d'imprimé type Il existe un entretien d'accueil. Les informations sont recueillies sur papier libre et classées dans le dossier du résident.
3	Lors de ce pré accueil, le livret d'accueil est-il commenté ?	27/30	cf. 3 dossiers manquants (case spécifique prévue sur l'imprimé) + information accueil administratif
4	Lors de ce pré accueil, le lieu de vie futur est-il visité ?	27/30	3 dossiers manquants donc pas de trace
5	La famille est-elle associée à la procédure de pré accueil ?	27/30	-
6	Le résident bénéficie-t-il d'un bilan post accueil ?	4/30	Mise en place depuis 2012, collecte d'éléments de façon pluridisciplinaire
7	Entre J0 et J15 (bilan bref fait par la soignante référente). Est-il tracé ?	0/30	-
8	Dans les 2 mois (bilan plus complet en équipe) est-il tracé ? est-il réajusté ?	4/30	En cours, le résident et sa famille sont vus par l'équipe Projet d'accueil individualisé + staff EHPAD projet d'accompagnement individualisé (EBM)
9	Le recueil de la nomination de la personne de confiance est-il réalisé (dans le respect de la loi, le résident devant avoir ses capacités psychiques au moment de la désignation) ?	7/30	7 résidents autonomes psychologiquement

## Questionnaire axe 1, thème 1 : La garantie des droits individuels

**Sous thème : Garantir les droits à la participation de la personne à la conception et la mise en œuvre du projet qui le concerne.**

### Sous thème : Droits civiques

<b>Question</b>	Y-a-t- il des projets d'accompagnement personnalisé pour chaque résident, restitués au résident ? Cette restitution est-elle tracée dans OSIRIS ? Ces projets sont-ils restitués à la famille, le cas échéant, cette restitution est-elle tracée dans OSIRIS ?
<b>Réponse</b>	Les projets d'accompagnement personnalisés ont été mis en place depuis octobre 2012. Ils sont prévus à chaque entrée.
<b>Question</b>	L'établissement met-il les moyens à disposition pour rendre effectif les droits civiques, les pratiques religieuses (dont les repas) ?
<b>Réponse</b>	<p>Droits civiques :</p> <p>L'organisation permet de faciliter l'effectivité des droits civiques (transports par les familles, l'établissement (renforts), procuration)</p> <p>Pratiques religieuses :</p> <p>Des messes sont organisées sur site, un aumônier est présent. Les résidents disposent de la liberté de recevoir un représentant du culte de leur choix.</p> <p>Le service de restauration en lien avec la commission des menus adaptent les menus.</p>

### Axes d'amélioration possibles :

Prévoir la révision des PAI à périodicité définie avec la famille et le résident ainsi que sa traçabilité dans Osiris.

**Synthèse du thème 1 – 1**

<b>Synthèse du thème</b>	Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « La garantie des droits individuels » ?
	Cotation <b>B</b>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>Démarche Humanitude découlant d'un projet d'établissement fort</p> <p>Locaux qui permettent un accueil dans de bonnes conditions, adaptés à la dépendance.</p> <p>Respect des libertés pour les résidents et les familles</p> <p>Des groupes de travail ont été constitués avec des réflexions éthiques : bienveillance en 2013, sexualité des personnes âgées en 2011 et 2012 avec l'intervention d'une personne ressource extérieure fin 2012.</p> <p>Existence de compétences mutualisées diverses, liées à l'existence des services sanitaires</p> <p>Réflexions sur les accompagnements individuels en staffs</p>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<p>Livret d'accueil de l'agent et du stagiaire à rénover afin d'améliorer la procédure d'accueil + dépliants Humanitude, livret hygiène, dépliants prévention des risques professionnels, manutention.</p> <p>Fiche de signalement à disposition des résidents, familles et autres intervenants à mettre en place</p> <p>Procédure signalement interne</p> <p>Etude pour installation de clés ou poignées spécifiques.</p> <p>Création d'un groupe Ethique</p>

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

Une fois par an.

Enquête un jour  
donné sur la totalité  
des résidents cotés A  
et B à transfert  
et/ou déplacement  
à l'intérieur sur grille  
AGGIR.

### Taux de contention passive

*Numérateur:* Nombre de résidents cotés A ou B à transfert et/ou déplacement à l'intérieur sur grille AGGIR et ayant une contention passive<sup>23</sup>

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur:* Nombre de résidents cotés A ou B à transfert et/ou déplacement à l'intérieur sur grille AGGIR inclus dans l'enquête.

### Limites de cet indicateur:

Il ne s'agit que d'un élément sur le droit d'aller et venir et il n'interroge pas les autres droits. Il est cependant le plus facile à mesurer parmi les autres éléments de respect des droits individuels.

Contention de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement dangereux ou inadapté. Ne pas confondre avec les contentions physiques à visée rééducative: la contention dite posturale qui participe au maintien d'une attitude corrigée, dans le cadre d'un traitement rééducatif, et la contention dite active réalisée le plus souvent par un masseur kinésithérapeute qui prépare la verticalisation après une période d'alitement prolongée (Réf. ANAES).

**Axe 1, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 1 – indicateur 3)**

Afin de recueillir la parole des personnes accueillies, combien l'établissement a-t-il organisé de réunions des commissions menus ou commissions animations/loisirs associant les membres du personnel et les résidents, au cours de l'année N-1 ?

Nombre de commissions menus dans l'année N-1	3
Nombre de commissions animations / loisirs dans l'année N-1	4
TOTAL	7

**Cotation**

<b>8 ou plus</b>	A	
<b>Entre 3 et 7</b>	B	X
<b>1 ou 2</b>	C	
<b>Aucune</b>	D	

**Remarques de l'établissement :**

**Axes d'amélioration possibles :**

**Axe 1, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 2 – indicateur 4)**

Les espaces collectifs permettent-ils de prendre en compte le projet individuel et les souhaits des personnes accueillies ?

	Oui / Non
Des espaces non dédiés à une fonction précise sont laissés à la libre utilisation des résidents pour permettre la convivialité	Oui
Des espaces sont dédiés à la valorisation de la culture	Oui
Un espace est dédié aux soins esthétiques	Oui
L'établissement met à disposition des personnes accueillies des lieux de détente	Oui
L'établissement met à disposition un lieu de culte	Oui
L'acoustique de la salle de restauration est bonne	Oui
Un jardin accessible est mis à disposition des personnes accueillies	Oui
<b>Aucune action</b>	Non

	Cotation	
<b>7</b>	A	X
<b>5 ou 6</b>	B	
<b>3 ou 4</b>	C	
<b>Moins de 3</b>	D	

**Remarques de l'établissement :**

L'architecture permet l'intégration de ces espaces dédiés :

Un espace Snoezelen, une bibliothèque, un espace enfant, l'intégration de quelques associations au fonctionnement de l'établissement.

**Axes d'amélioration possibles :**

**Axe 1, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 6)**

Quelles sont les actions parmi cette liste que l'établissement met en place pour la mise en place et le suivi d'une contention physique ?

	Oui / Non
100% des contentions physiques mises en place sont prescrites par un médecin y compris les barrières de lit (si 2 barrières)	Oui
La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le résident par l'équipe pluridisciplinaire	Oui
Le protocole de l'établissement précise que la contention est mise en place en dernier recours	Oui
La personne âgée et ses proches sont informés et leur consentement / participation sont recherchés	Oui
Une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du résident	Oui
Une évaluation de la situation du résident est faite par l'équipe systématiquement toutes les 24h	Non
La contention est reconduite, après évaluation par l'équipe, par prescription médicale toutes les 24h	Non
L'établissement dispose d'un matériel adapté évitant le recours à la contention (ex : lits bas)	Oui
Un ergothérapeute est systématiquement consulté avant la mise en place d'une contention	Non
Tous les professionnels ASH - AS- AMP- IDE ont été formés à la contention	Non
Aucune action	Non
Non concerné : pas de contention y compris barrières de lits	Non

**Cotation**

<b>Les 10</b>	A
<b>8 ou 9</b>	B
<b>6 ou 7</b>	C C
<b>Moins de 6</b>	D

**Remarques de l'établissement :**

L'ergothérapeute de l'établissement est sollicité pour l'évaluation et l'adaptation du matériel.

**Axes d'amélioration possibles :**

Périodicité de l'évaluation de la contention à revoir

Formation des professionnels à la contention

## Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs

### Sous thème : Garantir le droit à la sécurité

<b>Question</b>	Les personnels sont-ils formés à la sécurité incendie ? à quel rythme ? des exercices incendie sont-ils régulièrement effectués ?
<b>Réponse</b>	Les personnels sont formés à la sécurité incendie une fois par an. Des exercices sont effectués régulièrement.  Le groupe propose la diffusion d'un retour sur les exercices incendie à l'ensemble des services du site concerné.
<b>Question</b>	Les lieux sont-ils sécurisés pour éviter une errance extérieure? Y a-t-il une procédure anti intrusion la nuit ? Y-a-t-il une procédure de signalement des évènements indésirables ? y-a-il une analyse et un suivi des FSEI ? L'objectif de sécurité des résidents est-il évalué en prenant en compte la liberté d'aller et venir?
<b>Réponse</b>	Les lieux sont fermés de 21H30 à 6h30.  Les fiches de signalement des événements indésirables sont déployées, analysées et suivies (trimestriellement par le Comité de Pilotage de la Qualité et de la Gestion des Risques, COPIQ-CGR et mensuellement par la Direction et la cellule qualité)  Il existe une procédure en cas d'absence inquiétante.  Il existe une procédure, de gestion des codes d'accès des portes.  L'objectif de sécurité des résidents est évalué lors des admissions, avec préconisation d'admission en unité spécialisée si besoin.

**Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs****Sous thème : Garantir le droit à la sécurité**

<b>Question</b>	Le personnel est-il formé aux urgences vitales (DSA, chariot d'urgence, procédures...)?
<b>Réponse</b>	Une partie du personnel est actuellement formé aux urgences vitales. Il existe une conduite à tenir en cas d'urgence vitale.
<b>Question</b>	Le personnel est-il formé aux actions de bientraitance? (Humanitude, groupe de travail bientraitance ...)
<b>Réponse</b>	Humanitude : 99 % du personnel formé. Sensibilisation (Humanitude / bientraitance / diététique / hygiène...) tous les 6 mois pour les nouveaux arrivants Groupe de travail bientraitance : groupe constitué, audit réalisé, le plan d'actions faisant suite à l'audit réalisé reste à définir

**Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs****Sous thème : Garantir les droits à l'information**

<b>Question</b>	Les résidents ont-ils accès à leur dossier médical lorsqu'ils le demandent ?
<b>Réponse</b>	Il existe une procédure d'accès au dossier médical et un suivi des demandes en application de la réglementation.
<b>Question</b>	les résidents sont-ils informés des prestations d'animation ? de repas ?
<b>Réponse</b>	Les résidents sont informés par le biais de l'affichage, et la communication orale par les soignants et les animateurs.

## Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs

### Sous thème : Garantir les droits à l'information

<b>Question</b>	Y-a-il des lieux et des moyens d'information pour les résidents et leurs familles?
<b>Réponse</b>	<p>Une « réunion des familles » est organisée une fois par an</p> <p>Le CVS se réunit 4 fois par an, et est largement ouvert aux familles qui le souhaitent,</p> <p>Des panneaux d'affichage sont à disposition dans les halls d'accueil, dans les espaces de circulation et dans les unités.</p> <p>Les résidents et les familles sont informés par courriers ainsi que par le journal interne <i>L'écho de tous</i></p>
<b>Question</b>	Les résidents y participent-ils ? Y- a-t-il des plans d'actions et une évaluation de ces plans avec suivi ?
<b>Réponse</b>	<p>Participation des résidents qui le souhaitent au CVS et à la réunion préparatoire du CVS</p> <p>Participation des résidents qui le souhaitent à la réunion des familles</p> <p>Participation des résidents au petit journal</p> <p>(Comptes rendus de l'animation suite à la réunion préparatoire)</p>

#### Axes d'amélioration possibles :

Créer un plan d'actions du CVS ou un relevé de conclusions avec suites données aux demandes des résidents

## Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs

### Sous thème : Associer les résidents au fonctionnement de l'établissement

<b>Question</b>	Y-a-il des lieux et des moyens d'expression pour les résidents et leurs familles? les comptes rendus de réunions sont-ils diffusés à destination des résidents et des familles?
<b>Réponse</b>	Réunion des familles une fois par an CVS 4 fois par an, ouvert largement aux familles qui le souhaitent Commissions de restauration Réunions préparatoires animation, participation à la réunion des bénévoles Groupe bientraitance : participants de membres de familles et usagers
<b>Question</b>	les résidents et leurs familles y participent-ils ? Mesure-t-on régulièrement la satisfaction des résidents ? des familles ?
<b>Réponse</b>	Les résidents et/ou familles peuvent participer aux différentes réunions ou instances. La satisfaction des résidents n'est pas mesurée de manière régulière : il existe des enquêtes de satisfaction thématiques : alimentation, bientraitance, prévention maltraitance. En ce qui concerne la satisfaction des familles, elle n'est pas mesurée

#### Axes d'amélioration possibles :

Affichage des comptes rendus des CVS, information des familles sur la tenue de ces réunions.

Enquête de satisfaction globale à destination des résidents et des familles à mettre en place à périodicité définie

### Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs

<b>Question</b>	La charte des droits de la personne âgée dépendante est-elle affichée dans l'EHPAD ? Combien de personnels sont-ils formés à la bientraitance ? Combien de remplaçants y sont formés ?
<b>Réponse</b>	La charte des droits de la personne âgée dépendante est affichée. Les agents sont formés à la démarche Humanitude. Les remplaçants ponctuels ne sont pas formés, mais bénéficient de l'apport des ateliers et des temps de détachement.
<b>Question</b>	Les plaintes font-elles l'objet d'une traçabilité, d'un suivi ?
<b>Réponse</b>	Les plaintes font l'objet d'une traçabilité et d'un suivi dans le cadre de la CRUQ-PC.

#### Axes d'amélioration possibles :

S'interroger sur l'opportunité d'assurer un suivi des plaintes par le CVS (en préservant l'anonymat)

### Questionnaire axe 1, thème 2 : La garantie des droits collectifs

#### Sous thème : Lutter contre la maltraitance

<b>Question</b>	Y'a-t-il des études et audits sur la maltraitance, la bientraitance ? Les études et audits ont-ils débouché sur un plan d'actions ? Ces plans d'actions font-ils l'objet d'un suivi régulier?
<b>Réponse</b>	Un plan d'actions est à mettre en place suite à l'audit de prévention de la maltraitance

**Synthèse du thème 1 – 2**

<b>Synthèse du thème</b>	<p>Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « La garantie des droits collectifs » ?</p> <p>Cotation : <b>B</b></p>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>Dynamique bientraitance</p> <p>Gestion sécurité incendie et sécurité des personnes</p>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<p>Améliorer la diffusion de l'information aux familles</p> <p>Assurer un relevé de conclusions et de réponses apportées au CVS</p> <p>Mettre en place un questionnaire de satisfaction en direction des résidents et des familles à périodicité définie</p> <p>Revoir la périodicité de l'évaluation de la contention</p> <p>Former les professionnels à la contention</p> <p>Le groupe propose la diffusion d'un retour sur les exercices incendie à l'ensemble des services</p> <p>Afficher les comptes rendus des CVS, informer les familles sur la tenue de ces réunions</p> <p>S'interroger sur l'opportunité d'assurer un suivi des plaintes par le CVS (en préservant l'anonymat)</p> <p>Un plan d'actions est à mettre en place suite à l'audit de prévention de la maltraitance</p>

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

Une fois par an.

*Analyse des comptes rendus des réunions de CVS sur 24 mois précédents faite par le président du CVS et la direction.*

### Taux de réponses apportées aux demandes du CVS

*Numérateur:* Nombre de réponses (positives ou négatives) apportées au CVS sur une période de 2 ans

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur:* Nombre de demandes/remarques notées dans comptes rendus du CVS sur une période de 2 ans

### Limites de cet indicateur:

Le CVS étant obligatoire, l'indicateur ne prend en compte que ce dernier mais il est nécessaire de s'interroger aussi sur le suivi qui est donné aux demandes des autres instances d'expression des résidents lorsqu'il y en a.

## Axe 2 :

# La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

---

### Introduction

Une des missions des EHPAD est la protection des personnes et la prévention des facteurs de risque liés à leur vulnérabilité.

Les facteurs de risque sont de trois ordres :

- liés à la santé physique et psychologique. Ce sont ceux dont la prévention est évaluée dans cet axe ;
- sociaux : l'isolement, la perte identitaire, la perte du rôle social ; ils sont évalués dans l'axe 4 sur la personnalisation ;
- liés à la situation d'accompagnement. Il s'agit du risque de maltraitance évalué dans l'axe 1 de la garantie des droits.

**Axe 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 9)**

Comment l'établissement met-il en place les plans de soins individuels des résidents pour ce qui concerne l'hygiène ?

	Oui / Non
Les plans de soins sont réalisés, formalisés, évalués, actualisés dès que nécessaire et consignés avec les remarques des professionnels	Oui
Les plans de soins prévoient une vérification quotidienne des prothèses (dentaires, auditives et lunettes) et l'établissement s'assure de leur réalisation (signature du professionnel par exemple)	Oui
Une vérification au moins bimensuelle, retracée dans le dossier de soins individuel, est portée au bon état de marche de toutes les prothèses	Non
L'équipe soignante fait systématiquement le lien avec la famille et le médecin traitant du résident en cas d'inadaptation ou de casse des prothèses	Oui
L'établissement assure le brossage des dents et prothèses dentaires ou s'assure que celui-ci est fait, après chaque repas ou au moins une fois par jour	Non
Le plan de soins intègre une surveillance particulière de l'hygiène des pieds : toilette quotidienne, ongles correctement coupés, et attention aux rougeurs-plaies.	Non
Le plan de soins intègre une surveillance particulière du lavage des mains des résidents (avant les repas et change)	Non
L'établissement veille à l'état cutané des résidents en utilisant des échelles de mesure (Norton ou Braden)	Oui

**Cotation**

<b>6 à 8</b>	A
<b>4 ou 5</b>	B X
<b>3</b>	C
<b>Moins de 3</b>	D

**Remarques de l'établissement :****Axes d'amélioration possibles :**

- Mettre en place une surveillance de l'hygiène de :
- l'état bucco-dentaire
  - la vérification quotidienne des prothèses

**Axe 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 1)**

Quel est, dans l'établissement, le nombre, selon la liste ci-jointe, de protocoles formalisés et dont la dernière mise à jour date de moins de 2 ans ?

<b>Relatifs à la santé publique et l'hygiène :</b>	Oui/Non
lavage des mains	Oui
circuit des déchets de soins à risques infectieux	Oui
prévention des risques infectieux (y compris légionnelles)	Oui
entretien des prothèses/lunettes	Non
hygiène bucco-dentaire	Non
entretien des locaux	Oui
conduite à tenir en cas d'épidémie	Oui

<b>Protocoles d'ordre médical :</b>	Oui/Non
prise en charge de la douleur	Oui
incontinence	Non
coups de chaleur	Oui
déshydratation	Oui
nutrition	Oui
agitation et agressivité	Non
insomnie	Non
distribution des médicaments	Non
prise en charge de l'urgence	Oui

<b>Relatifs à la protection et au respect :</b>	Oui/Non
prévention et signalement des chutes	Non
prévention et signalement d'errance	Oui
prévention des escarres	Oui
contention physique	Oui
prévention des fausses routes	Oui
fin de vie	Non
Décès	Oui

	<b>Cotation</b>	
<b>Entre 16 et 23</b>	A	
<b>Entre 11 et 15</b>	B	X
<b>Entre 5 et 10</b>	C	
<b>Moins de 5</b>	D	

**Remarques de l'établissement :**

Possibilité d'intervention de l'équipe de soins palliatifs

**Axes d'amélioration possibles :** Protocoles Infection Respiratoire Aiguë (IRA) et Gastro-Entérite Aiguë (GEA) à mettre en place (en cours de rédaction)

**Axe 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 2)**

Quelles sont les actions de prévention mises en place par l'établissement visant à préserver l'autonomie ?

	Oui/Non
100% des résidents nécessitant une aide pour la marche bénéficient d'un temps d'aide quotidien (indiquer le nombre)	Oui
Des activités spécifiques sont proposées pour le maintien de la mobilité (parcours d'équilibre, atelier gym...)	Oui
L'établissement repère les résidents qui chutent, en analysent les causes et met en place les mesures correctives	Oui
L'établissement a mis en place un système d'alerte à proximité immédiate des résidents en cas de chutes (comme des médaillons)	Non
Une surveillance particulière des résidents qui ont l'habitude de chuter est mise en place y compris la nuit	Oui
Les plans de soins intègrent systématiquement la gestion de la continence et prévoient un accompagnement régulier aux toilettes pour les personnes qui le requièrent	Oui
La mesure du poids de tous les résidents est effectuée au moins mensuellement (indiquer le nombre)	Oui
Un diététicien intervient régulièrement dans la structure	Oui
Les textures alimentaires font l'objet d'une indication médicale (prescription et/ou indication de l'équipe soignante)	Oui
Les résidents qui le nécessitent ont des plats enrichis ou des compléments nutritionnels	Oui
L'établissement effectue une surveillance toute l'année des prises hydriques par les résidents afin qu'ils ne soient pas déshydratés et celle-ci est retracée dans les plans de soins notamment pour les personnes qui nécessitent une vigilance particulière	Oui
L'établissement, en prévention de l'apparition d'escarres notamment, utilise dès que besoin un matériel adapté comme des matelas à air	Oui
Un bilan nutritionnel est systématiquement réalisé pour les résidents qui ont eu une escarre	Oui
L'établissement est vigilant aux risques d'errance : inscription et suivi dans le projet personnalisé, utilisation d'un système anti-fugue...	Oui

**Cotation**

<b>12 à 14</b>	A	X
<b>10 et 11</b>	B	
<b>7 à 9</b>	C	
<b>Moins de 7</b>	D	

**Remarques de l'établissement :****Axes d'amélioration possibles :**

Mettre en place une réflexion sur la liberté d'aller et venir en sécurité

### Questionnaire axe 2, thème 1 : Le dépistage et la prise en charge de la douleur

<b>Question</b>	Y'a-t-il une instance sur la douleur ? Combien de réunion annuellement ? représentativité des fonctions et des unités dans cette instance ? Les comptes rendus sont-ils disponibles ?
<b>Réponse</b>	<p>Le CHMB dispose d'un CLUD qui se réunit trois fois par an composé entre autres du médecin coordonnateur, de médecins libéraux, d'IDE et d'AS et du psychologue. Tous les comptes rendus sont disponibles sur l'intranet de l'établissement.</p> <p>L'EHPAD bénéficie de cette instance issue du secteur sanitaire et à laquelle participe l'équipe de soins palliatifs de médecine.</p> <p>La dimension douleur est aussi inscrite dans le projet d'établissement.</p>
<b>Question</b>	L'institution a-t-elle prise en compte et diffusée les recommandations de bonnes pratiques de lutte contre la douleur ? Quel est le nombre ou % de personnel ayant bénéficié d'une formation sur ce thème ?
<b>Réponse</b>	<p>Une formation sur la douleur a eu lieu en 2012, le médecin coordonnateur dispose d'un DU de soins palliatifs.</p> <p>99 % du personnel est formé au concept d' « Humanitude » dont un des principes est une attention particulière aux positions et prises en soins douloureuses.</p> <p>A noter que l'EHPAD dispose d'un espace « Snoezelen » avec du personnel formé.</p> <p>L'espace Snoezelen est utilisé dans le cadre du Projet d'Accompagnement individualisé par les soignants et selon une planification d'utilisation de la salle.</p> <p>Un membre du personnel est détaché 1 jour par mois et par unité (6 unités) sur le dispositif Snoezelen, une journée annuelle est consacrée au bilan Snoezelen accompagnée par un formateur externe.</p>

**Questionnaire axe 2, thème 1 : Le dépistage et la prise en charge de la douleur**

<b>Question</b>	Existe-t-il des protocoles d'évaluation de la douleur (à l'entrée, lors d'épisode aigu, lors de trouble du comportement ? de réévaluation de la douleur ? Que cela soit chez le résident algique ou non-algique ? Ces protocoles sont-ils connus ? et utilisés (traçabilité)?
<b>Réponse</b>	<p>Il existe des protocoles sur l'évaluation de la douleur par l'utilisation des échelles Algoplus (la plus utilisée), ECPA, DN4, EVA.</p> <p>Un item douleur est systématiquement renseigné dans le Projet d'Accompagnement Individualisé, ce qui se traduit par une réévaluation tous les 2 à 3 mois par résident, enregistrée et tracée.</p> <p>La dimension douleur est systématiquement recherchée en cas de survenue de troubles du comportement.</p>

**Axes d'amélioration possibles :**

Améliorer la traçabilité de la douleur dès l'entrée du résident

**Synthèse du thème 2 – 1**

<b>Synthèse du thème</b>	<p>Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « Le dépistage et la prise en charge de la douleur » ?</p> <p>Cotation : <b>B</b></p>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>L'existence d'un CLUD</p> <p>L'intégration de la dimension douleur dans les projets d'accompagnements individualisés</p>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<p>Informer / former les nouveaux professionnels</p> <p>Poursuivre les formations douleur ainsi que les formations à l'utilisation des échelles par le personnel dédié (DIU soins palliatifs)</p> <p>Développer les réflexions sur la liaison entre douleur et troubles du comportement</p> <p>Continuer la réflexion sur la prise en charge non médicamenteuse de la douleur</p> <p>Diffuser et faire connaître le protocole sur la douleur chronique</p>

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

Une fois par an.

*Enquête sur la totalité des résidents présents le jour de l'enquête si le nombre est égal ou inférieur à 100.*

*Ou sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort) si le nombre total de résidents est supérieur à 100.*

### Taux d'évaluation de la douleur

*Numérateur:* Nombre de résidents pour lesquels, il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du résident non-douloureux ou au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du résident douloureux

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur:* Nombre total de résidents inclus dans l'enquête

### Limites de cet indicateur :

Cet indicateur porte plus sur la traçabilité de l'évaluation que sur l'efficacité de la prise en charge.

*Néanmoins, l'évaluation en équipe pluridisciplinaire, la réévaluation fréquente et l'établissement d'une cinétique des scores sur la feuille de soins du patient ou le cahier de liaison à domicile au même titre que d'autres paramètres de surveillance seront le gage de la mise en route d'un traitement antalgique adapté (HAS 2008).*

**Questionnaire axe 2, thème 2 : La prévention et la prise en charge des chutes**

<b>Question</b>	Y'a-t-il une instance qui traite des risques et de l'analyse des chutes ? Existe-t-il une analyse des cas de chutes (notamment pour l'année 2012) ?
<b>Réponse</b>	Il existe un COPIQ-CGR, Comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques dont les missions sont concentrées sur les démarches qualité et gestion des risques de l'établissement, cependant cette instance ne traite pas aujourd'hui des chutes. Il n'y a pas eu d'analyse globale des chutes de l'année 2012.
<b>Question</b>	Existe-t-il un outil de déclaration de chute ? Cet outil est-il connu et utilisé ?
<b>Réponse</b>	Il existe un outil de déclaration connu et utilisé par les soignants : « constat de chute » (Ecran Bilan Mesure) Toute chute est consignée, chaque cas est analysé tout de suite et des actions correctives sont mises en place, la dimension chute est systématiquement réévaluée lors des staffs pluriprofessionnels (présence d'un ergothérapeute et kinésithérapeute lors des staffs).

**Questionnaire axe 2, thème 2 : La prévention et la prise en charge des chutes**

<b>Question</b>	Les recommandations de bonnes pratiques sont-elles connues ? Le personnel est-il formé à la prévention des chutes ?
<b>Réponse</b>	Une conduite à tenir en cas de chute est disponible sur l'intranet et dans les classeurs Qualité Une formation spécifique « Prévention des chutes et conduite à tenir en cas de chute », dispensée par le médecin coordonnateur, est prévue en 2014 pour tout le personnel de l'EHPAD (soignant et non soignant...)
<b>Question</b>	Les chutes répétées font-elles l'objet d'une prise en charge spécifique?
<b>Réponse</b>	A chaque staff pluridisciplinaire, l'équipe porte un regard sur l'EBM déclaration de chute pour chaque résident. Des actions sont alors mises en œuvre : réévaluation du chaussage, prévention de la dénutrition, réadaptation de l'environnement, rééducation à la marche...

**Synthèse du thème 2 – 2**

<b>Synthèse du thème</b>	Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « La prévention et la prise en charge des chutes » ?
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>Cotation : <b>B</b></p> <p>Il existe un outil de déclaration des chutes depuis juin 2012, connu, utilisé et analysé à l'instant t (EBM) et intégré au PAI</p> <p>Les chutes de chaque résident sont évaluées tous les 3 mois lors des staffs pluridisciplinaires</p>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<p>Etude globale des chutes au CHMB (intégration de cette étude dans le rapport annuel du médecin coordonnateur)</p> <p>Mise en place d'un atelier de prévention</p> <p>Formation de tout le personnel à la prévention des chutes</p>

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

Une fois par an.

*Enquête sur la totalité des résidents présents le jour de l'enquête si le nombre est égal ou inférieur à 100.*

*Ou sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort) si le nombre total de résidents est supérieur à 100.*

### Taux de résidents ayant chuté

*Numérateur:* Nombre de résidents ayant chuté au moins une fois en 12 mois

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur:* Nombre total de résidents

### Limites de cet indicateur :

Il s'agit plus d'un indicateur d'alerte que de suivi. En effet, une amélioration de la traçabilité des chutes entraînera une augmentation « artificielle » de cet indicateur. Par contre, lorsque la traçabilité est bien stabilisée, une augmentation de cet indicateur permet de s'interroger sur les causes possibles et les bilans faits.

**Axe 2, thème 3 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 7)**

Quel est le pourcentage de résidents ayant développé dans l'établissement une escarre au cours du dernier semestre en dehors des escarres de stade 1

(C'est-à-dire les érythèmes qui sont des rougeurs ne blanchissant pas sous la pression du doigt) ?

Nombre total de résidents ayant séjourné dans l'établissement au cours du dernier semestre hors HT-AJ-AN :	150
Nombre de résidents ayant développé une escarre dans l'établissement :	15

Pourcentage des résidents ayant développé une escarre dans l'établissement :	10%
------------------------------------------------------------------------------	-----

	Cotation	
<b>Moins de 2%</b>	A	
<b>Entre &gt; ou égal à 2% et &lt; 5%</b>	B	
<b>Entre &gt; ou égal à 5% et &lt; à 8%</b>	C	
<b>8% et plus</b>	D	X

**Remarques de l'établissement :**

2 épidémies ont touché l'EHPAD (GEA, Gastro-Entérite Aiguë puis IRA, Infection Respiratoire Aiguë) au cours du premier trimestre 2013 :

65 résidents touchés par une GEA sur 150

85 résidents (sur 150) dont 49 avaient déjà eu la GEA.

Ces deux épidémies rapprochées ont considérablement augmenté la charge de travail et ont eu comme effet notamment la constitution d'escarres chez des résidents très fragilisés

**Axes d'amélioration possibles :**

### Questionnaire axe 2, thème 3 : La prévention et la prise en charge des escarres

<b>Question</b>	L'institution a-t-elle pris en compte et diffusé les recommandations de bonnes pratiques ? Si oui, le personnel a-t-il connaissance des recommandations de bonnes pratiques et des protocoles de soins ?
<b>Réponse</b>	Des protocoles curatifs sur les plaies et escarres existent. Des formations plaies et cicatrisation sont dispensées chaque année. Un groupe nutrition/dénutrition et escarres est en place avec des protocoles spécifiques. L'établissement a une politique volontariste d'acquisition <sup>et</sup> /ou de location de matériel adapté de prévention.
<b>Question</b>	Le résident bénéficie-t-il d'une évaluation du risque d'escarre à l'entrée (Norton) ? Si le risque est identifié, bénéficie-t-il d'un suivi pluridisciplinaire ? Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour prévenir le risque d'escarre ? Soins – Matériel – positionnement
<b>Réponse</b>	A chaque entrée d'un résident, une évaluation est réalisée avec l'échelle de Norton ainsi qu'une mesure poids/taille et une vérification de l'albuminémie. En fonction de l'évaluation initiale et continue, des actions préventives et/ou correctives sont mises en place.

**Questionnaire axe 2, thème 3 : La prévention et la prise en charge des escarres**

<b>Question</b>	Combien de résidents entrent avec une escarre constituée ? Combien en constituent pendant leur séjour ? Quel est le pourcentage d'escarres qui guérissent ?
<b>Réponse</b>	Question : nombre de résidents ayant constitué une escarre de stade 2 en externe et guéri au sein des EHPAD du CHMB ? 15 escarres, 17 décès suite aux épidémies décrites à la page de l'Axe 2, thème 3 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 7).

## Synthèse du thème 2 – 3

<b>Synthèse du thème</b>	<p>Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « La prévention et la prise en charge des escarres » ?</p> <p>Cotation <b>B</b></p>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>Bilan d'entrée comprenant échelle de Norton et évaluation de l'état cutanée (traçabilité et mise en place des actions correctives)</p> <p>L'équipe pluridisciplinaire dont une ergothérapeute et un diététicien sont associés à la prévention et à la prise en charge des escarres</p> <p>Groupe nutrition/CLAN avec un référent par unité</p> <p>Politique volontariste d'achat et/ou location de matériel</p>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<p>Formalisation d'une procédure de prévention des escarres</p> <p>Mise en place d'une fiche de suivi de plaies</p> <p>Evaluation globale des escarres (pratiques soignantes et traçabilité)</p> <p>Suivi et traçabilité des escarres constituées à formaliser</p> <p>Intégration dans le plan de soins de la vérification des matelas à air</p>

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

Une fois par an.

*Enquête sur la totalité des résidents présents le jour de l'enquête si le nombre est égal ou inférieur à 100.*

*Ou sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort) si le nombre total de résidents est supérieur à 100.*

### Taux d'escarres acquises dans l'Ehpad

*Numérateur:* Nombre de résidents ayant une escarre acquise dans l'établissement

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur:* Nombre de résidents inclus dans l'enquête

### Limites de cet indicateur :

Une décroissance du pourcentage d'escarres acquises dans l'Ehpad est le reflet, pour les équipes, d'une bonne qualité du travail de dépistage et de prévention effectué pour autant que les entrants de l'année ne soient pas fondamentalement différents de la population habituelle.

### Questionnaire axe 2, thème 4 : La prévention et la prise en charge de la dénutrition

<b>Question</b>	Existe-t-il un CLAN ? est-il effectif (nb de réunions) ? Combien de personnels soignants participent au groupe nutrition et au CLAN ?
<b>Réponse</b>	Un CLAN est en place, il se réunit 2 fois par an, toutes les fonctions sont représentées (animation / soignant / restauration / hôtellerie / psychologue / médecin / cadre / diététicien). Le CLAN fait partie du réseau ROLAND. Il existe un groupe nutrition composé d'un référent et d'un suppléant par unité
<b>Question</b>	le personnel a-t-il connaissance des recommandations de bonnes pratiques et des protocoles de soins ? Combien de personnel sont formés à la prévention de la dénutrition ?
<b>Réponse</b>	Un classeur nutrition est disponible dans chaque unité et révisé à chaque Groupe Suivi Nutrition (GSN). Chaque référent reçoit un compte-rendu du groupe nutrition sur OSIRIS et en informe ses collègues. Le groupe nutrition est inclus dans le plan de formation, le réseau ROLAND propose des formations et tous les ans des membres du personnel sont formés. Une orthophoniste libérale intervient après analyse et sur prescription médicale sur les troubles de la déglutition. Des temps de rencontre orthophoniste / diététicien sont organisés mais non formalisés

### Questionnaire axe 2, thème 4 : La prévention et la prise en charge de la dénutrition

<b>Question</b>	Quelle modalité de recueil des besoins des résidents au cours de leur séjour est en place ? Y-a-t-il une évaluation du risque de dénutrition à l'entrée du résident (pesée – IMC – albuminémie)? Quelle est la périodicité de réévaluation des régimes et des textures modifiées ?
<b>Réponse</b>	<p>Comme indiqué dans la thématique escarre, chaque nouveau résident bénéficie d'une évaluation avec l'échelle de Norton ainsi que d'une pesée et d'une mesure de la taille. Mensuellement les équipes pèsent chaque résident et calculent l'IMC.</p> <p>Lors des staffs PAI, chaque résident a une évaluation toutes les 8 à 12 semaines.</p> <p>En cas de problème aigu, la présence du diététicien (et le cas échéant de l'orthophoniste) est assurée au moins hebdomadairement, et assure le lien avec le service de restauration. A noter une grande réactivité de l'équipe diététique en cas de problème très aigu.</p>
<b>Question</b>	Y'a-t-il une traçabilité des différents besoins des résidents (aide humaine – état bucco-dentaire, aides techniques – jeûne nocturne – goûts et habitudes alimentaires (culturels et culturels) ? Comment sont prises en compte les pathologies et/ou les états cliniques pour définir un régime adapté ? (consultation des données du dossier résident)
<b>Réponse</b>	<p>Un bilan d'entrée complet est réalisé dans lequel, les besoins de textures modifiées sont pris en compte.</p> <p>Un EBM « goût et habitude alimentaire » est renseigné. Un dossier professionnel diététicien est rempli au décours des rencontres.</p> <p>Le staff hebdomadaire permet la liaison diététicien / médecin.</p> <p>Une réflexion est engagée entre la nutrition et le concept d'Humanitude afin de réduire le jeûne nocturne.</p>

**Questionnaire axe 2, thème 4 : La prévention et la prise en charge de la dénutrition**

<b>Question</b>	L'environnement lié aux repas est-il : Convivial ? Adapté en termes de lieu et d'espace ? Adapté en termes de temps (horaires et durée) pour les résidents ?
<b>Réponse</b>	Une commission restauration est en place avec la participation des résidents. Les petits déjeuners sont donnés en fonction de l'heure de réveil, dans la chambre du résident ou en salle à manger. La configuration des salles à manger, les nombreux résidents en fauteuils roulants ne permettent pas réelle convivialité. La cohabitation entre résidents dépendants et/ou présentant des troubles du comportement, nous incite à réorganiser sans cesse le lieu du repas. Une enquête de satisfaction a été réalisée en début d'année 2013 et une enquête diététicien sur le pourcentage de résidents dénutris.

**Synthèse du thème 2 – 4**

<b>Synthèse du thème</b>	Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « La prévention et la prise en charge de la dénutrition » ?
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>Cotation : <b>A</b></p> <p>L'organisation institutionnelle : CLAN, GSN, référent par unité, diététicien à demeure, collaboration ergothérapeute / diététicien / orthophoniste</p> <p>Le réajustement des trames des menus en commission de restauration</p> <p>La qualité de la restauration</p> <p>La formation par le réseau ROLAND</p> <p>Humanitude : respect du rythme du résident</p> <p>Le poste hôtelier spécifique 7j/7 pour l'aide aux repas</p> <p>Les ateliers « culino » mensuels avec participation des cuisiniers</p> <p>L'atelier pâtisserie (résident/ergo/soignant)</p>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<p>Vérifier l'état buccodentaire</p> <p>Porter une attention sur le jeûne nocturne</p> <p>Améliorer l'environnement et l'accompagnement individuel au repas</p> <p>Envisager une tenue pour le personnel hôtelier</p>

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

Une fois par an.

Enquête sur la totalité des résidents présents le jour de l'enquête si le nombre est égal ou inférieur à 100.

Ou sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort) si le nombre total de résidents est supérieur à 100.

### Taux de résidents pesés une fois par mois

*Numérateur:* Nombre de résidents ayant entre un à trois poids notés dans le dossier lors du dernier trimestre

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur:* Nombre total de résidents inclus dans l'enquête

### Limites de cet indicateur :

Le suivi du poids est l'élément à la base du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition mais cet indicateur ne renseigne pas sur ce qui est fait de cette information.

La pesée étant systématique et mensuelle

**Axe 2, thème 5 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 5)**

Quelle réponse l'établissement apporte-t-il aux personnes accueillies présentant des troubles psycho-comportementaux ?

**D'un point de vue architectural :**

	Oui / Non
L'architecture prend en compte la difficulté, de certains résidents, à se repérer : gros caractères pour la signalétique, couleurs adaptées...	Non
L'architecture prend spécifiquement en compte les troubles de ces personnes : espaces de déambulation, luminosité...	Oui
Des lieux spécifiques sont dédiés à l'accueil des personnes souffrant de ces troubles dans la journée (AJ interne, PASA...)	Non
Des lieux spécifiques sont dédiés à l'hébergement des personnes souffrant de troubles psycho-comportementaux (unités dédiées)	Non
Il existe des espaces extérieurs adaptés (sécurisés et permettant la déambulation)	Non
Il existe des espaces de restauration réservés à l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psycho-comportementaux	Non
L'établissement propose des équipements spécifiques de type espace de détente	Oui

**D'un point de vue de l'organisation :**

L'organisation prévoit des temps de réunions spécifiques pour définir et évaluer l'accompagnement des résidents concernés	Oui
Des formations sur l'accompagnement des personnes présentant ces troubles sont organisées	Oui
L'alimentation est adaptée pour les personnes présentant des troubles psycho-comportementaux	Oui

**Cotation**

<b>10</b>	A
<b>7 à 9</b>	B
<b>4 à 6</b>	C X
<b>Moins de 6</b>	D

**Remarques de l'établissement :**

Des espaces peuvent être utilisés pour le repas mais ne sont pas des espaces dédiés.

Un groupe travaille sur les lieux et accompagnements des personnes présentant ces troubles.

**Axes d'amélioration possibles :**

### Axe 2, thème 5 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 7)

Quel est le pourcentage de résidents, actuellement présents dans l'établissement (hors HT et AJ-Accueil de nuit) et présentant des troubles psycho-comportementaux de type Alzheimer ou pathologie apparentée, pour lesquels un projet individualisé intégrant les notions de projets de vie et de soins, a été élaboré, défini et formalisé après des échanges pluriprofessionnels ?

Nombre de personnes présentant des troubles psycho-comportementaux :	65
Nombre de ces personnes bénéficiant d'un projet personnalisé formalisé :	33
Soit en Pourcentage :	50%

	Cotation
Entre 60% et 100%	A
Entre 40% et 59,99%	B X
Entre 20% et 39,99%	C
Moins de 20%	D

**Remarques de l'établissement :**

**Axes d'amélioration possibles :**

### Questionnaire axe 2, thème 5 : Le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement

<b>Question</b>	A-t-on identifié des enjeux (pathologies relevant de nos compétences et orientation des autres prises en charge notamment psychiatrique) liés aux troubles de l'humeur et du comportement ? (cf. projet d'établissement) Les résidents et l'entourage sont-ils informés des possibilités des prises en soins de ce type de troubles ?
<b>Réponse</b>	<p>Il n'existe pas de convention avec un centre hospitalier spécialisé, CHS. Cependant des réunions sont organisées depuis 2009 pour améliorer le travail en réseau. Le projet d'établissement promeut une collaboration entre la psychiatrie et la gériatrie. Un temps plein de psychologue est partagé entre les deux sites.</p> <p>Pour la décision d'admission d'un résident, une CMAOT – Commission Médicale d'Accueil et d'Orientation du Territoire – se réunit et analyse des critères d'acceptation et de refus en fonction de la complexité des pathologies. En cas de troubles du comportement, une évaluation gériatrique est demandée.</p> <p>Une demi-journée par mois, un psychiatre du CHGR est présent</p> <p>2 demi-journées par semaine, un psychiatre institutionnel intervient sur site depuis mai 2013.</p>
<b>Question</b>	L'établissement a-t-il mis en place des formations sur cette thématique ? Y'a-t-il une évaluation continue des troubles de l'humeur et du comportement ?
<b>Réponse</b>	<p>Tous les ans, des formations sont organisées en lien avec ces troubles. Par exemple une formation « Alzheimer » de 6 à 15 personnes a eu lieu à plusieurs reprises.</p> <p>Les formations « Humanitude », abordent également ces thématiques.</p> <p>Il existe un projet pour coupler l'évaluation du GIR et du NPI à partir de septembre 2013</p> <p>Premier semestre 2013 : les soignants seront sensibilisés aux « troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer » par le médecin coordonnateur</p>

**Questionnaire axe 2, thème 5 : Le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement**

<b>Question</b>	Combien de résidents sont identifiés comme dépressifs ? Sur ces résidents quels sont les thérapies engagées (traitement médicamenteux, consultation du psychologue, du psychiatre) ?
<b>Réponse</b>	Plusieurs types de thérapies sont engagés auprès de ces résidents, traitement médicamenteux et non-médicamenteux, consultation de psychologue, évaluation pluridisciplinaire et accompagnement individualisé... Au 30/04/2013, 46 résidents sont sous antidépresseurs dont 23 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, 4 personnes psychotiques, 1 personne oligophrène, 18 autres pathologies
<b>Question</b>	Combien de résidents sont identifiés comme ayant des troubles du comportement ? Sur ces résidents quels sont les thérapies engagées (traitement médicamenteux, consultation du psychologue, du psychiatre) ?
<b>Réponse</b>	112 résidents potentiellement concernés (démence – 65 résidents diagnostiqués – psychose, oligophrénie)

**Synthèse du thème 2 – 5**

<b>Synthèse du thème</b>	<p>Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « Le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement » ?</p> <p>Cotation : <b>B</b></p>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>Formation Humanitude, formation sur les troubles du comportement chez les personnes démentes</p> <p>Équipe pluriprofessionnelle dont psychologue</p> <p>Staff formalisé (PAI) permettant le dépistage des troubles</p> <p>Les temps de transmissions hebdomadaires par unité</p> <p>Implication des médecins traitants</p> <p>Architecture et espaces de déambulation</p> <p>Espace Snoezelen</p> <p>Evaluation au travers du NPI</p> <p>Formation sur les troubles du comportement</p>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<p>Diminuer les médicaments à visée psychiatrique en parallèle d'une prise en charge non médicamenteuse</p> <p>Mettre en place l'évaluation du NPI en parallèle du GIR</p> <p>Mettre en commun des formations de chacun des sites (troubles du comportement et maladie de Parkinson)</p> <p>Constituer des groupes de travail sur la prise en charge des troubles du comportement dans 2 unités</p> <p>Former le personnel, par un psychiatre, sur les troubles psychiatriques en interne (pour 2014)</p> <p>Optimiser la prise en charge des résidents présentant des troubles psycho-comportementaux</p>

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

Une fois par an.

Enquête sur la totalité des résidents présents le jour de l'enquête si le nombre est égal ou inférieur à 100.

Ou sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort) si le nombre total de résidents est supérieur à 100.

### Taux d'évaluations troubles de l'humeur et du comportement

*Numérateur:* Nombre de résidents pour lesquels, il existe au moins un résultat de mesure des troubles de l'humeur/comportement avec une échelle dans le dossier du résident ne présentant pas de trouble de ce type ou au moins deux résultats de mesure des troubles de l'humeur/comportement avec une échelle dans le dossier du résident présentant ce type de trouble

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur:* Nombre total de résidents inclus dans l'enquête

### Limites de cet indicateur :

Cet indicateur porte plus sur la traçabilité de l'évaluation des troubles avec une échelle validée et non sur la qualité de la prise en charge. Néanmoins, l'évaluation avec une échelle validée est la première étape d'une prise en charge adaptée.

Volonté de mettre en place l'évaluation NPI en parallèle de l'évaluation GIR

**Axe 2, thème 6 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 2 – indicateur 5)**

Les mesures d'hygiène des locaux qui concernent le nettoyage des sanitaires et l'évacuation des déchets organiques (protections à usage unique, linges souillés, etc.) sont-elles appliquées et respectées ?

**Le nettoyage des sanitaires privés et collectifs :**

A- dès que nécessaire et au moins 1 fois par jour	X
B- 1 fois par jour seulement	
C- 1 fois tous les 2 jours	
D- moins de 2 fois par semaine	

**L'évacuation des déchets organiques et linges souillés sur 24h**

A- l'évacuation est réalisée au moins 3 fois par jour	
B- l'évacuation est réalisée au moins 2 fois par jour	X
C- l'évacuation est réalisée 1 fois par jour	
D- moins d'1 fois par jour	

**Cotation**

<b>Les 2 A</b>	A	
<b>1 A et 1 B</b>	B	X
<b>Les 2B ou 1A+1C/1D ou 1B+1C/1D</b>	C	
<b>Aucun A et aucun B</b>	D	

**Remarques de l'établissement :****Axes d'amélioration possibles :**

## Questionnaire axe 2, thème 6 : L'analyse et la maîtrise du risque infectieux

Cf. : Le Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI)

Chapitres	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
I - Organisation	18	24	75,0
II - Environnement et circuits	63	72	87,5
III - Gestion du matériel	7	14	50,0
IV - Gestion des soins	28	33	84,8
V - Vaccinations	3	16	18,8
VI - Risques épidémiques	23	28	82,1
VII - Prévention des AES	14	17	82,4

**Vous obtenez un total de 156 points sur 204 soit:**

**76,5%**  
**d'objectifs atteints**

Votre établissement obtient un score compris entre 75% et 100% qui traduit une politique forte de gestion du risque infectieux. Néanmoins, quelques points peuvent être encore améliorés ou consolidés. Le détail des chapitres vous indiquera les axes de travail.

Axes d'amélioration :

- Surveillance vaccinale et médecine du travail
- Quelques protocoles de nettoyage à rédiger (brassard à tension, lève malade, chaise de pesée...)

Commentaires :

Un CLIN est en place et effectif, représentatif de tout le CHMB  
1 commission hygiène sur chaque site avec des représentants de chaque unité

**Axe 2, thème 7 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 2 – indicateur 9)**

Comment l'établissement assure-t-il la continuité du service ?

Oui/Non

Des transmissions orales sont prévues en semaine et en week-end au minimum à chaque changement d'équipe	Oui
Les transmissions sont systématiquement consignées sur support informatique	Oui
Il existe des transmissions ciblées	Oui
L'établissement encadre (= procédure écrite) le travail des nouveaux professionnels, des stagiaires et des remplaçants	NoN
L'établissement expose à tout nouveau professionnel le fonctionnement de l'établissement, le projet de l'établissement et ses missions	Oui
L'établissement favorise la constitution de binômes pour accompagner chaque nouveau professionnel	Oui
Les professionnels de nuit sont associés à la vie de l'établissement : participation aux transmissions, réunions institutionnelles, projet d'établissement, projets individuels...	Oui
Chaque professionnel concerné dispose du plan de soins actualisé des personnes auprès desquelles il intervient	Oui
L'établissement s'assure de la mise en œuvre des plans de soins par les professionnels (signature de l'agent)	Oui
Les professionnels chargés de l'accompagnement des résidents sont associés à la réalisation et la mise en œuvre des projets individuels	Oui
L'établissement a la même organisation en semaine et le week-end (samedi et dimanche) pour l'animation	Non
L'établissement a la même organisation en semaine et le week-end (samedi et dimanche) pour le ménage	Non
L'établissement a la même organisation en semaine et le week-end (samedi et dimanche) pour les soins infirmiers	Oui
L'établissement a la même organisation en semaine et le week-end (samedi et dimanche) pour les toilettes des résidents	Oui
Tous les résidents qui le peuvent sont levés et habillés tous les jours (y compris samedi et dimanche)	Oui

**Cotation**

<b>14 et 15</b>	A	
<b>10 à 13</b>	B	X
<b>5 à 9</b>	C	
<b>Moins de 5</b>	D	

**Remarques de l'établissement :****Axes d'amélioration possibles :**

**Axe 2, thème 7 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 3)**

Le médecin coordonnateur a-t-il, dans l'année N-1, et conformément à la réglementation, participé à l'élaboration, l'actualisation ou la mise en place des documents ou actions décrits ci-dessous :

	Oui/Non
Elaborer le projet général de soins et coordonner / évaluer sa mise en œuvre	Non
Présider la commission de coordination gériatrique qui se réunit 2 fois par an	Non
Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques	Oui
Contribuer auprès des professionnels de santé à la bonne adaptation des prescriptions	Oui
Collaborer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés	Non
Réaliser des prescriptions médicales pour les résidents en cas d'urgence	Oui
Donner un avis sur le contenu et participer à la mise en œuvre de conventions avec les établissements de santé	Non
Identifier les risques de santé publique et veiller à la mise en œuvre des mesures utiles à la prévention, surveillance et prise en charge	Oui
Etablir un rapport annuel d'activité médicale avec l'équipe soignante et co-signé par la direction	Non
Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation et participer aux actions d'information	Oui
Mettre en place une liste des dispositifs médicaux et nutriments à utiliser préférentiellement	Oui
Mettre en place une liste de médicaments à utiliser préférentiellement dans le cadre des bonnes pratiques gériatriques	Oui
Informier le représentant légal de l'établissement des difficultés liées à la permanence des soins	Oui
Assurer l'encadrement médical des équipes	Oui
Donner un avis sur les admissions	Oui
Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents	Oui
Evaluer les besoins en soins requis des résidents	Oui
Elaborer un dossier type de soins	Oui
Elaborer une démarche de soins palliatifs	Non

**Cotation****15 à 19**

A

**11 à 14**

B

X

**6 à 10**

C

**Moins de 6**

D

**Remarques de l'établissement :** CME globale à laquelle participent les médecins coordonnateurs

**Axes d'amélioration possibles :**

**Axe 2, thème 7 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 4)**

Quel est le temps moyen infirmier hebdomadaire consacré à la coordination et à l'organisation des soins (à partir des missions ci-dessous que celles-ci soit réalisées par un IDE coordinateur-référent ou par d'autres IDE) ?

<b>Soins</b>	Elaborer le projet de soins	
	Suivi des plans de soins et des projets personnalisés	
<b>Coordination</b>	Rencontre des nouveaux résidents	
	Rencontre avec les familles	
	Gestion du matériel	
	Réunions de coordination	
	Lien avec les professionnels extérieurs : médecins, kinésithérapeutes	
<b>Encadrement</b>	Gestion des plannings :	<b>20 heures par semaine</b>
	Participation et animation de réunions avec les professionnels	
	Entretiens d'évaluation	
	Gestion des conflits	
	Recrutement	
	Gestion des stages - lien avec les écoles	
Tutorat		
<b>Temps moyen hebdomadaire global constaté :</b>		<b>79,2 heures</b>
<b>Temps moyen hebdomadaire global constaté :</b>		<b>10,56 ETP</b>

Le temps global intègre le temps passé aux plannings. Le rapport nombre d'heures/résident est indiqué à titre statistiques.

**Remarques de l'établissement :** 0,4 ETP/semaine détaché Humanitude

**Axes d'amélioration possibles :**

**Axe 2, thème 7 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 9)**

Quelles sont les relations entre la structure et les professionnels de santé libéraux y intervenant ?

	oui / en cours / partiellement / non	
L'établissement a-t-il sollicité tous les intervenants de santé libéraux pour la signature d'un contrat fixant leurs modalités d'intervention dans l'établissement et de transmission d'informations relatives à cette intervention ?	Non	

Nombre de médecins libéraux intervenant dans la structure et sollicités : et nb ayant signé	0	0
Nombre de kinésithérapeutes intervenant dans la structure et sollicités : et nb ayant signé	1	0

Le médecin coordonnateur a-t-il présidé et réuni l'année N-1 la commission de coordination gériatrique ?	Non	
Si oui, à combien de reprises ?		
Quel a été le nombre moyen de médecins libéraux ayant assisté à l'ensemble de ces commissions :		
Quel a été le nombre moyen de kinésithérapeutes libéraux ayant assisté à l'ensemble de ces commissions :		

**Remarques de l'établissement :** 1 temps kinésithérapeute salarié, un kinésithérapeute libéral intervient sans convention  
Les médecins coordonnateurs participent à la CME

**Axes d'amélioration possibles :**

**Axe 2, thème 7 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 10)**

La coordination mise en place par l'établissement avec les services des soins palliatifs, la psychiatrie, les soins aigus et les urgences, donne-t-elle des résultats que vous qualifieriez de :

Rappels des conventions signées :

Avec le secteur psychiatrique

Avec la filière gériatrique

Avec les soins palliatifs

Avec les urgences

Nombre total d'hospitalisations dans l'année :	75
dont nombre de passages aux urgences (psy. compris)	53
dont nombre d'hospitalisations programmées	22
Les soins aigus : Très efficaces – Efficaces – A améliorer – Inefficaces	A
La psychiatrie : Très efficaces – Efficaces – A améliorer – Inefficaces	I
Les soins palliatifs : Très efficaces – Efficaces – A améliorer – Inefficaces	T
Les urgences : Très efficaces – Efficaces – A améliorer – Inefficaces	E

**Cotation**

**Le travail de coordination est "très efficace" pour les 4 services ci-dessus**

A

**Le travail de coordination est "très efficace" pour au moins 3 des services ci-dessus**

B

**Le travail de coordination est "très efficace" pour au moins 2 des services ci-dessus**

C

**Le travail de coordination est "très efficace" pour un seul ou aucun des services ci-dessus**

D

X

**Remarques de l'établissement :**

Soins aigus de 2 types :

- Prise en charge en interne (très efficace),
- Prise en charge au CH de Fougères (à améliorer) ;

À noter un médecin libéral intervenant au CHMB et à 50 % aux urgences du CHF

**Axes d'amélioration possibles :**

## Questionnaire axe 2, thème 7 : La continuité des soins

<b>Question</b>	L'établissement a-t-il organisé la continuité des soins ? En interne (permanence des soins – 24h/24, qualité des transmissions...)
<b>Réponse</b>	L'établissement est organisé pour la continuité des soins, présence professionnelle 24h/24 IDE, AS 24h/24, Médecins libéraux joignables jusqu'à 20h, puis relais « 15 » après. Parmi les outils de continuité des soins : Dossier patient informatisé, transmissions quotidiennes et hebdomadaires, staff pluri professionnel hebdomadaire. Les médecins libéraux ont accès de leur cabinet au dossier informatisé. Les résultats de biologie médicale sont directement incrémentés au dossier informatisé Des astreintes techniques et administratives complètent le dispositif. Présence IDE de 06h30 à 24h00, puis IDE sur site (sanitaire et EHPAD)
<b>Question</b>	En externe (convention, filière de soins, qualité des informations transférées/reçues...)
<b>Réponse</b>	Le Projet d'Établissement insiste largement sur l'ancrage dans le territoire. Le plan directeur vient confirmer cette volonté par la création d'une maison de santé. Une convention lie l'établissement et un laboratoire d'analyse de biologie médicale avec un circuit identifié et formalisé. L'établissement dispose également d'une convention avec un cabinet de radiologie. La CMAOT (Commission Médicale d'Accueil et d'Orientation de Territoire) organise les admissions en EHPAD à l'échelle du territoire.

**Synthèse du thème 2 – 7**

<b>Synthèse du thème</b>	<p>Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « La continuité des soins » ?</p> <p>Cotation : <b>B</b></p>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>Présence 24h/24 d'une IDE sur le site</p> <p>Présence 24h/24 AS/ASH</p> <p>Un administrateur de garde peut-être joint 7j/7 et 24h/24 selon une planification et un protocole établis. Celui-ci mobilise si besoin, l'astreinte technique.</p> <p>Présence d'un psychiatre à 0.20 ETP</p> <p>Présence d'un médecin coordonnateur à 0.60 ETP</p> <p>Les médecins libéraux sont joignables de 8h à 20h. Au-delà appel au 15 (procédure existante).</p>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<p>Favoriser la professionnalisation d'ASH/AS et d'ASH/AMP vers IDE</p> <p>Formaliser les conventions, notamment avec les urgences du centre hospitalier de Fougères</p>

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

Une fois par an.

#### Taux d'hospitalisations en urgence

*Numérateur:* Nombre de résidents ayant été hospitalisés en urgence une ou plusieurs fois au cours des 12 derniers mois

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur:* Nombre total de résidents ayant été hospitalisés dans l'année

#### Limites de cet indicateur :

Il est à analyser au regard des caractéristiques de la population accueillie, de l'implantation de l'Ehpad et de ses moyens. Néanmoins, il permet de s'interroger sur l'organisation de la continuité de soins et sur le partenariat avec les équipes mobiles, les consultations et les services hospitaliers.

**Axe 2, thème 8 (Médicament) et AQUALIE (référence AQUALIE thème 4 – indicateur 5)**

Le médecin coordonnateur a-t-il engagé une démarche de sensibilisation aux risques de surmédication auprès des médecins prescripteurs (médecins traitants, psychiatres, etc.) ?

OUI, par au moins une réunion d'information organisée tous les ans	A	
OUI, par courrier	B	
OUI, mais simplement de façon verbale ou une note d'information sur ce thème est affichée dans l'établissement	C	X
NON, aucune initiative ou le médecin n'est pas encore recruté	D	
Non concerné : la convention tripartite n'est pas signée		

**A TITRE INDICATIF ET DE STATISTIQUES :**

Quel est le nombre de **résidents actuellement présents dans l'établissement (hors HT-AJ)**, consommant **quotidiennement** les molécules suivantes :

Les neuroleptiques :	45
Les antidépresseurs :	46
Les somnifères :	15
Les anxiolytiques :	18

**Remarques de l'établissement :****Axes d'amélioration possibles :**

**Questionnaire axe 2, thème 8 : Le médicament**

<b>Question</b>	L'établissement possède-t-il une instance qui travaille sur le circuit du médicament ? Le circuit du médicament est-il formalisé ? Les prescriptions médicamenteuses sont-elles systématiquement renseignées sur l'outil de l'établissement, OSIRIS ? Quelles sont les modalités de préparation des semainiers ? Quelles sont les organisations mises en place pour l'administration et sa validation des médicaments aux résidents ?
<b>Réponse</b>	Un COMEDIMS est en place sans représentant de l'EHPAD. Tous les médecins libéraux disposent d'OSIRIS (DPI) depuis leur cabinet et peuvent valider et réajuster les prescriptions à distance. Le médecin peut valider et tracer l'autonomie du résident quant à la prise des médicaments. Le circuit du médicament en EHPAD n'est pas formalisé. Il en est de même pour la préparation des semainiers. Il existe des problèmes de temps de préparation et d'interruption de tâche pendant la préparation des semainiers. 1 IDE prépare les semainiers dans le poste de soins. Les médicaments ne sont pas déblistérés. IDE ou AS ou ASH distribue et aide à la prise (pas de validation, pas de vérification par rapport à la prescription).
<b>Question</b>	L'organisation des dotations des armoires du weekend satisfait-elle les professionnels (organisation – quantité et qualité des médicaments) ?
<b>Réponse</b>	Il existe une dotation pour le fonctionnement du weekend. Il existe un stock tampon situé dans le service de médecine.

**Questionnaire axe 2, thème 8 : Le médicament**

<b>Question</b>	De quelles informations disposent les professionnels sur les modes d'administration (écrasement ...) ? Les professionnels, disposent-ils d'un outil de déclaration des erreurs médicamenteuses ?
<b>Réponse</b>	Le livret thérapeutique de la PUI est disponible sur l'intranet et directement à partir du logiciel OSIRIS. Ce livret comprend également des protocoles spécifiques (antalgique, antibiotique...) et les recommandations pour les médicaments écrasables ou pas...  Les professionnels ont à disposition des fiches de signalement des événements indésirables grâce auxquelles ils peuvent déclarer tout problème notamment sur le circuit du médicament. Ces fiches feront l'objet d'une analyse par la cellule qualité.
<b>Question</b>	Combien de traitements médicamenteux ou non-médicamenteux ont-ils été réévalués ?
<b>Réponse</b>	Lors des staffs pluridisciplinaires, le médecin coordonnateur est amené à faire des propositions de réajustement de traitements. En CME et la commission EPP étudie la possibilité de réaliser l'audit clinique ciblé PMSA (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé)

## Synthèse du thème 2 – 8

<b>Synthèse du thème</b>	<p>Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « Le médicament » ?</p> <p>Cotation : <b>C</b></p>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>Le dossier informatisé permet le partage des informations avec tous les professionnels</p> <p>L'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur, PUI, et fonctionne par dotations nominatives par résident.</p> <p>Le pharmacien a élaboré un livret thérapeutique.</p> <p>Une réserve intermédiaire (stock tampon) définie par le pharmacien est à disposition.</p> <p>Une IDE suit le stock de façon trimestrielle ainsi que la gestion des périmés.</p> <p>La gestion du chariot d'urgence est formalisée et organisée</p>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<p>Programmer un audit avec l'outil ANAP</p> <p>Formaliser les pratiques et la description des circuits</p> <p>Formaliser la distribution et l'administration des toxiques</p> <p>Sensibiliser les équipes au circuit du médicament</p>

## Axe 3 :

# Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance

---

### Introduction

Le plus souvent, l'entrée en EHPAD est liée à une perte de l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne. Celle-ci est due à des raisons multiples qui ne tiennent pas seulement à un état de santé fragilisé mais aussi aux ressources mobilisables, à l'existence et la taille du réseau familial et social, à la perte d'initiatives et aux limites des solutions mises en œuvre à domicile.

La compensation par l'EHPAD des incapacités de la personne peut lui permettre de récupérer en partie ou totalement des capacités pour les actes de la vie quotidienne ou d'éviter au moins une aggravation de la situation de dépendance due à d'autres raisons qu'une aggravation de ses pathologies.

Les processus autour des autres actes de la vie quotidienne peuvent bien sûr être également évalués.

Le thème du déplacement a été privilégié car il est très étroitement lié aux autres actes de la vie quotidienne (continence, toilette, habillage, repas) et l'évaluation de processus permet automatiquement l'évaluation d'une grande partie des autres (transfert, continence).

Le thème de la toilette (et de l'habillage) permet de se questionner également sur le thème du respect de l'intimité.

Enfin, le maintien des capacités à s'alimenter est évalué dans le cadre de l'évaluation de la prévention du risque de dénutrition (axe 2).

**Axe 3, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 2 – indicateur 1)**

Une personne peut-elle se déplacer seule, en fauteuil roulant, dans l'enceinte de l'établissement ?

	<b>Cotation</b>	
<b>Oui dans tous les espaces</b>	A	
<b>Dans tous les espaces privés et certains espaces communs</b>	B	X
<b>Dans tous les espaces communs et certains espaces privés</b>	C	
<b>Dans des espaces très limités</b>	D	

**Remarques de l'établissement :**

La configuration des espaces extérieurs (pentes) peut être un frein aux déplacements.

**Axes d'amélioration possibles :**

**Questionnaire axe 3, thème 1 : le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides**

<b>Question</b>	L'EHPAD est-elle aux normes de l'accessibilité ? l'aménagement des locaux (chambres et espaces communs) permet-il le maintien des capacités d'autonomie du résident ? le personnel est-il formé à la prise en soin du maintien de l'autonomie ?
<b>Réponse</b>	<p>Un axe fort du projet d'établissement porte sur la formation aux concepts « Humanitude ». Le plan de formation intègre des ateliers mensuels d'une heure animés par des référents ayant bénéficié d'une formation spécifique. Ces ateliers reprennent les points clés selon les besoins évalués par les référents .Une formation sur la manutention est également proposée, elle est coanimée par des IDE formées à la manutention et une référente Humanitude. Un ergothérapeute, présent à 60 %, un kinésithérapeute salarié (3 demi-journées), aide-kiné et une orthophoniste libérale interviennent également pour le maintien de l'autonomie.</p> <p>L'ensemble du site est accessible y compris aux personnes à mobilité réduite. Toutefois, la configuration du terrain extérieur, ne permet pas aux résidents d'y accéder en toute autonomie.</p> <p>Un jour de détachement de référents Humanitude est prévu par semaine pour l'accompagnement des professionnels Néanmoins ceci n'est pas toujours respecté en raison de l'absentéisme.</p> <p>Du fait d'un plus grand nombre de résidents en fauteuil roulant, la taille des salles à manger ne permet plus une mobilité suffisante des résidents qui doivent être accompagnés jusqu'à leur place par un soignant.</p>

### Questionnaire axe 3, thème 1 : le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides

<b>Question</b>	les capacités du résident sont-elles évaluées et réajustées ? dans le pré accueil ? dans les 2 mois suivant l'admission ? au cours de l'hébergement temporaire ou définitif ? au retour d'hospitalisation ?
<b>Réponse</b>	<p>Les capacités du résident accueilli au CHMB sont évaluées par une équipe pluridisciplinaire : bilan ergo, bilan kiné, systématiquement validé par le médecin traitant, en fonction des observations cliniques (chutes, déplacements). L'équipe soignante (IDE, AS, ASH, AMP) réalise une évaluation des capacités au travers de la toilette (mise en place depuis la formation Humanitude) tracée dans le DPI – Mesures – Toilette évaluative.</p> <p>Evaluation des capacités du résident</p> <p>Sur les 20 dernières entrées en EHPAD, 9 résidents ont bénéficié d'une évaluation complète, au travers de la toilette.</p> <p>Pour les autres résidents (4 refus, 3 soins palliatifs, 3 troubles psychiatriques, 1 dossier non retrouvé (pas d'accès), les conditions n'étaient pas réunies.</p>

### Questionnaire axe 3, thème 1 : le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides

<b>Question</b>	L'EHPAD offre-t-elle les moyens humains, techniques et matériels adaptés au maintien de la mobilisation (transferts, déplacements internes et externes) du résident?
<b>Réponse</b>	<p>L'équipe pluridisciplinaire favorise le maintien des capacités et contribue à l'accompagnement des personnes non valides y compris dans leurs déplacements. A noter que les besoins d'accompagnement des personnes non valides augmentent du fait de l'accroissement de la dépendance (physique et psychique) des personnes entrantes.</p> <p>L'établissement a une politique volontariste sur l'achat et / ou la location du matériel adéquat. Le service technique interne permet au cas par cas une maintenance des dispositifs médicaux (plus curatif que préventif).</p> <p>Toutes les chambres ont des lits électriques.</p> <p>L'EHPAD dispose d'un véhicule, minibus équipé, qui est mis à disposition des familles gratuitement.</p>
<b>Question</b>	Y-a-t-il une évaluation gériatrique standardisée pour chaque résident ? y-a-t-il une réévaluation régulière des capacités d'autonomie dans la gestion administrative du résident ? Y-a-t-il une réévaluation régulière des besoins de mise sous protection juridique du résident ?
<b>Réponse</b>	<p>Le médecin coordonnateur peut réaliser des évaluations gériatriques sur demande du médecin traitant, une décision d'évaluation gériatrique peut également être motivée et prise pendant le staff.</p> <p>Pour chaque résident, une évaluation du GIR est réalisée annuellement.</p> <p>Pendant le staff ou les transmissions, les professionnels peuvent ouvrir une cible « devenir » ou « psycho social ».</p> <p>Les besoins de mise sous protection juridique des résidents sont pris en compte sur demande du résident, du médecin traitant ou de l'entourage.</p> <p>Le staff permet de rassembler les éléments des évaluations gériatriques.</p>

**Synthèse du thème 3 – 1**

<b>Synthèse du thème</b>	<p>Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « Le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides » ?</p> <p>Cotation : <b>B</b></p>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>Le projet d'établissement intègre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① La formation du personnel aux concepts Humanitude et à la manutention pour le maintien de l'autonomie physique et psychique.</li> <li>② L'évaluation des capacités</li> <li>③ La volonté de maintenir le lien social. L'accompagnement des résidents est organisé et un véhicule adapté est prêté gracieusement aux familles.</li> </ul>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de la signalétique</li> <li>- Harmonisation des pratiques sur Osiris : tracer les mêmes éléments aux mêmes endroits.</li> <li>- Réflexion sur l'EGS entre médecins coordonnateurs, sur la transmission aux équipes.</li> <li>- Réévaluation des moyens humains.</li> <li>- Réflexion sur l'aménagement des salles à manger</li> </ul>

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

À calculer uniquement pour les résidents entrés depuis 18 mois et présents depuis au moins 6 mois.

Si le nombre des entrants est supérieur à 100, enquête sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort).

### Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations

*Numérateur:* Nombre de résidents dont l'item déplacement à l'intérieur s'est aggravé entre deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur:* Nombre de résidents inclus dans l'enquête ayant eu deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée et sans critère d'exclusion

### Critères d'exclusion

- Nombre de résidents cotés incapables de se déplacer (cotés C sur l'item déplacement interne à la première évaluation AGGIR) ;
- Nombre de résidents en fin de vie (phase terminale) au moment de l'enquête ;
- Nombre de résidents ayant eu une seule évaluation depuis leur arrivée.

### Limites de cet indicateur :

Il est basé sur la grille AGGIR car celle-ci est le seul outil d'évaluation individuelle commun à tous les Ehpad ; il peut cependant être modifié en fonction de l'outil utilisé (RAI, SMAF, etc.). Pour un Ehpad donné n'ayant pas modifié ses critères d'admission, l'augmentation du taux peut avoir une valeur d'alerte.

**Axe 3, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 8)**

Pour combien de personnes accueillies, l'établissement peut-il répondre favorablement aux résidents qui souhaitent une toilette complète quotidienne ?

Nombre de personnes souhaitant une toilette complète quotidienne	14
Nb de personnes ayant une toilette complète quotidienne	14
% de personnes ayant une toilette complète quotidienne parmi celles qui le souhaitent	100%

**Cotation**

<b>Entre 95-100 %</b>	A	X
<b>Entre 85-94,99%</b>	B	
<b>Entre 75-84,99%</b>	C	
<b>Moins de 75%</b>	D	

**Remarques de l'établissement :**

Très peu de résidents souhaitent une toilette complète quotidienne, grande variabilité dans les souhaits des résidents

**Axes d'amélioration possibles :**

### Axe 3, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 15)

Quel est le délai de retour du linge personnel des résidents après traitement pris en charge par l'établissement (soit en interne, soit par le biais d'un prestataire extérieur en sous-traitance) ?

	Cotation	
Entre 1 et 2 jours	A	
Entre 3 et 4 jours	B	
5 jours ou plus	C	X
Le traitement n'est pas du tout assuré par la structure (libre-service, prise en charge par les familles)	D	

#### Remarques de l'établissement :

Le linge est traité essentiellement par un prestataire (BIH) et quelques pièces fragiles sont traitées en interne.

Quelques réclamations des résidents et de leurs familles portent sur cette thématique (sentiment de vol / d'être dépossédé du linge personnel) et se plaignent de délais de retour trop importants.

Pour la BIH, un mauvais tri et un mauvais remplissage des sacs interviendraient sur les délais de livraison.

#### Axes d'amélioration possibles :

Voir avec la BIH les possibilités de diminuer le délai de retour.

Sensibilisation au tri du linge et du respect des quantités par sac aux nouveaux arrivants.

**Questionnaire axe 3, thème 2 : le maintien des capacités à la toilette et l'accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale**

<b>Question</b>	Comment l'établissement est organisé pour les résidents nécessitant une aide totale ?
<b>Réponse</b>	<p>Le recueil de données est fait à partir du dossier d'inscription et de l'entretien de pré accueil. Le matériel est prévu afin d'accueillir au mieux le résident. Sa pertinence est revue à chaque staff. La gestion du stockage et de l'entretien du matériel est à améliorer.</p> <p>La 1<sup>ère</sup> toilette d'un nouveau résident dépendant ayant besoin d'une aide totale devrait se faire à 2 soignants. Dans la mesure du possible, la toilette évaluative se réalise en binôme (IDE, ergo, AS, ASH, AMP)</p> <p>La formation Humanitude des personnels permet d'affirmer les valeurs et le sens de l'accompagnement. Le travail sur les habitudes de vie et le respect de la personne permet de s'adapter en temps réel au rythme de vie des résidents et de pratiquer le report de soins. Les professionnels de nuit interviennent en tenant compte des plages de sommeil des résidents. Ils organisent leurs passages en fonction de cela.</p> <p>La convivialité et la notion de plaisir autour des repas est un point fort de la restauration. Une réflexion est menée sur l'environnement de la personne au moment du repas.</p>

**Synthèse du thème 3 – 2**

<b>Synthèse du thème</b>	Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « Le maintien des capacités à la toilette et l'accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale » ?
	Cotation : <b>B</b>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>Il existe des pratiques communes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Recueil des données avant admission</li> <li>② Respect des rythmes de vie des résidents</li> <li>③ Matériel adapté disponible</li> <li>④ Report de soins</li> </ul>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmer la 1<sup>ère</sup> toilette à 2 soignants pour les nouveaux résidents pour lesquels on possède des informations qui traduisent un besoin d'aide totale</li> <li>- Formaliser la gestion du matériel</li> <li>- Mettre une fiche de signalement à disposition des résidents et des familles (linge)</li> </ul>

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

À calculer uniquement pour les résidents entrés depuis 18 mois et présents depuis au moins 6 mois.

Si le nombre des entrants est supérieur à 100, enquête sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort).

**Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations**

*Numérateur:* Nombre de résidents dont l'item toilette du haut s'est aggravé entre deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée

$$\frac{\text{Nombre de résidents dont l'item toilette du haut s'est aggravé}}{\text{Nombre de résidents inclus dans l'enquête}} \times 100$$

*Dénominateur:* Nombre de résidents inclus dans l'enquête ayant eu deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée et sans critère d'exclusion

### Critères d'exclusion

- Nombre de résidents cotés incapables de faire leur toilette du haut seul (cotés C sur l'item toilette haut à la première évaluation AGGIR) ;
- Nombre de résidents en fin de vie (phase terminale) ;
- Nombre de résidents ayant eu une seule évaluation depuis leur arrivée.

### Limites de cet indicateur :

Il est basé sur la grille AGGIR car celle-ci est le seul outil d'évaluation individuelle commun à tous les Ehpad ; il peut cependant être modifié en fonction de l'outil utilisé (RAI, SMAF, etc.). Pour un Ehpad donné n'ayant pas modifié ses critères d'admission, l'augmentation du taux a une valeur d'alerte.

# Axe 4 :

## La personnalisation de l'accompagnement

---

### Introduction

« Principe inscrit dans la loi 2002-2, la liberté de choix de l'utilisateur concernant les modalités de sa vie et de son parcours appelle des initiatives concrètes de la part des professionnels. Reconnaître la personne dans ce qu'elle veut être et lui donner tous les moyens d'y parvenir suppose en effet de mettre en place des modalités précises de recueil et de prise en compte de ses préférences et de ses difficultés ».

Chaque accompagnement est individuel. Il est personnalisé s'il est basé sur les besoins de la personne mais aussi sur ses attentes, ses souhaits, ses désirs. La personnalisation induit également la possibilité pour la personne de donner son avis sur les réponses proposées par les professionnels en termes de pertinence et de qualité, et ce tout au long de son parcours.

La personnalisation de l'accompagnement se retrouve dans deux volets du projet d'établissement :

Le projet de soins et le projet de vie sociale (parfois appelé projet de vie et incluant le projet d'animation).

**Axe 4, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 1)**

L'accueil est-il assuré par une personne identifiée et compétente pour répondre aux besoins des différents publics (résidents ou futurs résidents, familles, administrations, partenaires...) ?

	<b>Cotation</b>	
<b>Du lundi au vendredi toute la journée (de 9h à 17h) et le samedi et/ou dimanche</b>	A	
<b>Du lundi au vendredi toute la journée de 9h à 17h</b>	B	X
<b>Uniquement des demi-journées</b>	C	
<b>Pas d'accueil répondant aux conditions de l'indicateur</b>	D	

**Remarques de l'établissement :**

**Axes d'amélioration possibles :**

### Axe 4, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 2)

Quel est le pourcentage, dans l'année N-1, des personnes nouvellement admises en hébergement permanent, pour lesquelles une rencontre préalable a eu lieu et dont le but a été de donner une information claire à la personne âgée elle-même sur l'établissement, ainsi que de rechercher son consentement quelle que soit sa dépendance physique ou son autonomie psychique ?

Nombre de personnes nouvellement admises dans l'année N-1 :	33
Nombre d'entrées dont les caractéristiques répondent aux conditions de l'indicateur :	10
Soit en pourcentage	30%

	Cotation	
<b>100%</b>	A	
<b>Entre 90% à 99,99%</b>	B	
<b>Entre 75 à 89,99%</b>	C	
<b>Moins de 75%</b>	D	X

#### Remarques de l'établissement :

Accueil réalisé avec la famille mais pas forcément en présence du résident, en lien avec la dépendance de ce dernier (beaucoup de GIR 1 et 2)

#### Axes d'amélioration possibles :

Formaliser la procédure du pré accueil

**Axe 4, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 3)**

Quel est le pourcentage des personnes nouvellement admises dans l'établissement en hébergement permanent, dans l'année N-1, ayant bénéficié, dans une période idéalement située entre 1 et 3 mois suivant leur admission, d'un entretien visant à recueillir leur ressenti quant à l'accompagnement qui leur est proposé par la structure ?

Nombre de personnes nouvellement admises dans l'année N-1 :	33
Nombre d'entrées dont les caractéristiques répondent aux conditions de l'indicateur :	12
Soit en pourcentage	34%

	<b>Cotation</b>	
<b>100%</b>	A	
<b>Entre 90% à 99,99%</b>	B	
<b>Entre 75 à 89,99%</b>	C	
<b>Moins de 75%</b>	D	X

**Remarques de l'établissement :**

Mise en place des projets individualisés en octobre 2012

**Axes d'amélioration possibles :**

#### Axe 4, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 4)

Quel est le pourcentage de résidents, actuellement présents dans l'établissement (hors HT et AJ-Accueil de nuit), pour lesquels un projet individualisé intégrant les notions de projets de vie et de soins, a été élaboré, défini et formalisé après des échanges pluriprofessionnels ?

<b>Nombre de résidents présents</b>	149
<b>Nombre de projets existants répondant à l'indicateur</b>	12
<b>Soit en pourcentage</b>	8%

	<b>Cotation</b>
<b>Entre 60% et 100%</b>	A
<b>Entre 40% et 59,99%</b>	B
<b>Entre 20% et 39,99%</b>	C
<b>Moins de 20%</b>	D X

#### Remarques de l'établissement :

Mise en place du projet individualisé octobre 2012

#### Axes d'amélioration possibles :

### Axe 4, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 6)

Quel est le pourcentage de résidents, parmi les résidents actuellement présents (hors AJ-AN-HT), qui nécessitent un soutien psychologique tel que prévu par les projets personnalisés et qui bénéficient effectivement d'un tel accompagnement (Cet accompagnement peut être proposé en interne : psychologue salarié par l'établissement ou en externe : psychologue libéral, équipe de secteur) ?

Nombre de personnes actuellement présentes nécessitant un accompagnement psychologique tel que prévu dans leur projet personnalisé **33**

Nombre de personnes bénéficiant régulièrement d'un accompagnement par un professionnel compétent (y compris IDE de secteur = externe) **32**

% de personnes bénéficiant régulièrement d'un accompagnement psychologique parmi celles qui le nécessitent **97%**

	Cotation	
<b>100%</b>	A	
<b>Entre 90% à 99,99%</b>	B	X
<b>Entre 75 à 89,99%</b>	C	
<b>Moins de 75%</b>	D	

#### Remarques de l'établissement :

Un psychologue est présent à 50 %. Sur les 33 personnes nécessitant un accompagnement psychologique, 2 sont suivis par un psychiatre et 1 résident refuse un accompagnement par le psychologue. Il n'y a pas d'IDE de secteur psychiatrique

#### Axes d'amélioration possibles :

**Axe 4, thème 1 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 10)**

Sur l'ensemble des résidents qui expriment le souhait d'être prêts entre 7h30 et 10h30, combien sont effectivement prêts habituellement dans ce délai ?

Nombre de personnes ayant exprimé le souhait d'être prêtes entre 7h30 et 10h30 (Semaine – Weekend)	81	81
Parmi ces personnes, nombre de personnes prêtes à 10h30 (Semaine – Weekend)	81	81

	Cotation	
Entre 95-100 % (Semaine – Weekend)	A	X
Entre 85-94,99% (Semaine – Weekend)	B	
Entre 75-84,99% (Semaine – Weekend)	C	
Moins de 75% (Semaine – Weekend)	D	

**Remarques de l'établissement :**

Renfort AS sur les 2 niveaux 9h30 – 13h00 + AMP dédiés aux accompagnements d'aide à la vie quotidienne.

**Axes d'amélioration possibles :**

### Questionnaire axe 4, thème 1 : le projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement)

<b>Question</b>	un projet d'accompagnement individualisé est-il mis en place ? Quel est son contenu ? le recueil de l'histoire de vie est-il formalisé? le recueil des habitudes de vie est-il formalisé?
<b>Réponse</b>	<p>Le projet d'accompagnement individualisé existe et est mis en place au CHMB, son contenu a été défini notamment par un EBM spécifique sur OSIRIS = staff EHPAD PAI. Un EBM concerne le « recueil et les habitudes de vie » et un autre le « recueil de l'histoire de vie ». La formalisation de l'utilisation du PAI n'est pas faite et nécessite une harmonisation (qui met quoi ? où ? et à quel rythme ?)</p> <p>Le point d'entrée est le projet de pré accueil et l'accueil.</p> <p>Le PAI a été mis en place en octobre 2012. Un groupe de travail « projet de vie, projet de soins » y est consacré. Les staffs EHPAD PAI sont préparés en amont par le médecin coordonnateur, l'IDE, le soignant détaché (D+) et le diététicien.</p>
<b>Question</b>	Quels sont les acteurs du projet individuel ? Quelle est la place du résident dans l'élaboration du projet ? La famille est-elle informée et partie prenante de la mise en place du projet ?
<b>Réponse</b>	<p>Tous les professionnels et les résidents sont acteurs du PAI. Le PAI = premier remplissage complet de l'EBM.</p> <p>Sa construction commence dès le pré accueil et se consolide au fil du séjour avec un moment fort comme le bilan post accueil en présence du résident et/ou sa famille.</p> <p>Aujourd'hui ni la famille, ni le résident ne sont au courant de la synthèse et des objectifs du 1<sup>er</sup> PAI complet.</p> <p>Les AMP (systématiquement détachés pour l'accueil d'un nouveau résident) rédigent le 1<sup>er</sup> projet avec l'IDE du jour de l'accueil. Cette IDE devient référente du 1<sup>er</sup> projet et sollicite éventuellement des professionnels spécifiques en présence du résident.</p> <p>Les cadres gèrent les admissions et le pré accueil.</p>

#### Axes d'amélioration possibles :

Poursuivre l'intégration des données, notamment des résidents présents depuis longtemps, dans ce nouvel outil.

### Questionnaire axe 4, thème 1 : le projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement)

<b>Question</b>	Quelles sont les modalités particulières pour les personnes non ou mal communicantes ?
<b>Réponse</b>	Les professionnels utilisent des techniques de communication adaptées en fonction du handicap et/ou de la pathologie (communication non verbale, gestuelle, papier, tableaux...) et s'aident de l'entourage du résident. La formation « Humanitude » valorise cette approche. La signalétique et la vérification des prothèses (auditives/lunettes...) sont à améliorer. Une vacation d'orthophoniste est en place.
<b>Question</b>	Quelle est la fréquence de réévaluation prévue ? Quelle est la périodicité effective des réunions d'équipe sur les projets des résidents ?
<b>Réponse</b>	Le staff EHPAD est hebdomadaire, consacré au PAI. Le PAI est revu lors de situation aigue qui nécessite des réajustements immédiats du projet. Le temps théorique de rotation pour que le PAI d'un même résident soit revu (hors situation aigue) est de 3 mois

### Questionnaire axe 4, thème 1 : le projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement)

<b>Question</b>	Comment évalue-t-on la satisfaction du résident par rapport à son projet ? Sur les 6 mois évalués, quel est le pourcentage de résidents qui sont satisfaits de leur projet ?
<b>Réponse</b>	Aujourd'hui, il n'y a pas de formalisation de la transmission de la synthèse et des objectifs du PAI au résident <sup>et</sup> / <sub>ou</sub> à sa famille. Les informations recueillies quotidiennement par les professionnels vont abonder le PAI. Les insatisfactions relevées entraînent une recherche de solution.

**Synthèse du thème 4 – 1**

<b>Synthèse du thème</b>	<p>Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « Le projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement) » ?</p> <p>Cotation : <b>C</b></p>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>Il existe un outil (EBM) spécifique sur le projet d'accompagnement individualisé dans le DPI</p> <p>Les staffs sont pluridisciplinaires</p> <p>Un groupe pluriprofessionnel spécifique travaille sur la mise en place du projet d'accompagnement individualisé (toutes unités + nuit)</p> <p>Un entretien post accueil est programmé entre 1 et 3 mois</p>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<p>Formalisation et harmonisation des modalités d'organisation du projet d'accompagnement individualisé</p> <p>Association et communication au résident et à son entourage de son PAI ainsi qu'au médecin traitant</p> <p>Réflexion sur la communication entre le CHMB et les structures d'hospitalisation (définition des attentes en terme d'informations du résident et de la qualité de celles-ci)</p> <p>Les modalités de gestion des prothèses (lunettes/prothèse auditive...) sont à définir.</p> <p>Mise en place un questionnaire de satisfaction des résidents et des familles de façon périodique</p> <p>Révision de la signalétique</p> <p>Formalisation de l'entretien post accueil</p>

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

Une fois par an.

À calculer uniquement pour les résidents entrés depuis 18 mois et présents depuis au moins 6 mois

### Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement

*Numérateur:* Nombre de résidents entrés au cours des 18 derniers mois et présents depuis au moins 6 mois pour lesquels on retrouve une trace écrite de l'avis du résident donné d'une façon ou d'une autre par lui-même ou son représentant légal sur son projet d'accompagnement

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur:* Nombre de résidents entrés depuis 18 mois et présents depuis au moins 6 mois

### Limites de cet indicateur :

Il ne s'agit que d'un élément du projet personnalisé portant sur la participation de la personne au projet qui la concerne ; d'autres éléments pourraient être suivis tels que la globalité de l'évaluation des besoins et des attentes ou la réévaluation régulière du projet.

**Axe 4, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 1 – indicateur 6)**

Avec combien de partenaires, parmi cette liste, l'établissement entretient-il régulièrement (= plusieurs fois dans l'année) des relations permettant l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur et la venue du monde extérieur dans l'établissement ?

**Enfance / Jeunesse**

Oui/Non

Structures petite enfance	Oui
Ecole(s), collège(s), lycée(s)	Oui
Lycée(s) professionnel(s)	Non
Enseignement supérieur	Non

**Loisirs / Culture**

Chorale	Oui
Partenaires activités artistiques	Oui
Partenaires activités sportives	Oui
Partenaires culturels	Oui

**Autres institutions ou associations**

Ministre du Culte	Oui
CCAS	Oui
Associations de bénévoles, clubs	Oui
Ets et services médico-sociaux	Oui

**Cotation**

<b>+ de 7</b>	A	X
<b>5 à 7</b>	B	
<b>2 à 4</b>	C	
<b>Moins de 2</b>	D	

**Remarques de l'établissement :****Axes d'amélioration possibles :**

**Axe 4, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 2 – indicateur 7)**

Un encadrement de l'intervention des bénévoles est-il formalisé par écrit ?

	<b>Cotation</b>	
<b>Un document de type charte du bénévolat est signée avec tous les bénévoles</b>	A	
<b>Les valeurs et l'organisation de l'établissement ont été explicitées aux bénévoles par écrit et oral</b>	B	X
<b>Le projet d'établissement rappelant les valeurs et l'organisation de l'établissement a été remis à chaque bénévole</b>	C	
<b>Aucune démarche auprès des bénévoles n'a été entreprise</b>	D	

**Remarques de l'établissement :****Axes d'amélioration possibles :**

Actualiser la charte du bénévolat

**Axe 4, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 12)**

Quel est le pourcentage de résidents bénéficiant au moins une fois par semaine d'une activité personnalisée répondant à leurs souhaits et s'intégrant dans leur projet individuel ?

Nombre de personnes accueillies* bénéficiant d'au moins une animation personnalisée par semaine :	96
<i>* hors HT, AJ, AN</i>	
Soit en pourcentage	64 %

**Cotation**

<b>100%</b>	A	
<b>Entre 80 et 99,99%</b>	B	
<b>Entre 60 et 79,99%</b>	C	X
<b>Moins de 60%</b>	D	

**Remarques de l'établissement :**

Les résidents ont des activités spécifiques proposées, et y participent ou y assistent selon leurs souhaits

**Axes d'amélioration possibles :**

Réévaluer et améliorer la traçabilité de la participation des résidents

Améliorer le temps possible d'activité personnalisées (10h – 12h30)

**Axe 4, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 13)**

Quel est le nombre de personnes actuellement accueillies présentant des troubles psycho-comportementaux (pathologie Alzheimer et associée), pour lesquelles des activités spécifiques sont proposées quotidiennement ?

Nombre de personnes présentant des troubles psycho-comportementaux :	67
Nombre de ces personnes bénéficiant d'activités spécifiques chaque jour en semaine :	15
Nombre de ces personnes bénéficiant d'activités spécifiques chaque jour en semaine + 1 jour dans le week-end :	
Nombre et pourcentage de personnes bénéficiant d'activités spécifiques 7 jours sur 7 :	0/0 %

**Cotation**

<b>100 %</b>	A	
<b>Entre 90% à 99,99%</b>	B	
<b>Entre 75 à 89,99%</b>	C	
<b>Moins de 75 %</b>	D	X

**Remarques de l'établissement :**

**Axes d'amélioration possibles :**

**Axe 4, thème 2 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 3 – indicateur 14)**

Quel est le niveau de satisfaction des résidents concernant les animations et la vie sociale qui leur sont proposées au regard du questionnaire de satisfaction AQUALIE ?

	Nb de résidents	% de résidents	taux de réponse
Nombre de résidents ayant répondu "très satisfait"	11	32%	88%
Nombre de résidents ayant répondu "satisfait"	19	56%	
Nombre de résidents ayant répondu "moyennement satisfait"	3	9%	12%
Nombre de résidents ayant répondu "insatisfait ou mécontent"	1	3%	
Nombre total de résidents ayant répondu au questionnaire	34	Taux de participation : 23,29%	

A noter que le taux de participation n'interfère pas dans les résultats

- Entre 85 et 100% des résidents sont très satisfaits ou satisfaits A
- Entre 75 et 84,99% des résidents sont très satisfaits ou satisfaits B
- Entre 60 et 74,99% des résidents sont très satisfaits ou satisfaits C
- Moins de 60% des résidents sont très satisfaits ou satisfaits D

**Remarques de l'établissement :**

Le taux de participation tient compte de la capacité des résidents à s'exprimer sur ce thème.

### Questionnaire axe 4, thème 2 : la personnalisation des activités sociales individuelles et collectives

<b>Question</b>	Le projet d'établissement intègre-t-il la notion de projet d'accompagnement personnalisé dans sa dimension sociale et individuelle ?
<b>Réponse</b>	Un des objectifs du projet d'établissement repose sur la démarche de bientraitance Humanitude. (Voir P126, 127 du projet d'établissement)
<b>Question</b>	Comment sont recueillis les attentes et les besoins des résidents à l'entrée ? tout au long de leur vie à L'EHPAD ? Comment sont-elles intégrées dans la vie quotidienne des résidents ?
<b>Réponse</b>	<p>Un entretien de pré accueil est organisé avec le résident et sa famille.</p> <p>Des transmissions orales et écrites (sur OSIRIS) quotidiennes et hebdomadaires, le staff EHPAD PAI hebdomadaire, les CVS et la commission d'animation permettent le recueil des attentes et besoins des résidents tout au long de leur séjour.</p> <p>Les activités sont planifiées avec possibilité de répondre à des demandes personnelles en fonction des souhaits ou de l'état de santé des résidents.</p> <p>Lors du pré accueil, les cadres complètent les informations sur papier libre.</p> <p>La commission d'animation est réalisée avec les résidents</p> <p>Lors de la préparation des CVS, l'animatrice et les AMP sollicitent les résidents sur leurs attentes</p> <p>En termes d'organisation, un agent par unité et par mois est détaché pour l'animation. De même un agent est détaché par unité et par mois sur l'espace Snoezelen.</p>

### Questionnaire axe 4, thème 2 : la personnalisation des activités sociales individuelles et collectives

<b>Question</b>	Le projet d'animation est-il connu des résidents ? des familles ? des personnels ? Les activités de l'animation sont-elles intégrées aux activités des professionnels de l'accompagnement quotidien ?
<b>Réponse</b>	<p>Un bilan d'animation global annuel est réalisé en fin d'année, à disposition de la direction. Un programme mensuel est en place et le programme hebdomadaire est affiché dans chaque unité.</p> <p>En cas de changement, les équipes sont informées par les transmissions orales et/ou écrites.</p> <p>Le programme est remis à chaque résident et soignant, l'AMP informe son unité sur les activités du jour.</p> <p>Ce programme sert donc de carnet de liaison avec la famille en ce qui concerne l'animation.</p>
<b>Question</b>	Quel est le nombre d'animateur ? d'AMP ? Quelle est la fréquence des réunions pluridisciplinaires auxquelles participent les professionnels de l'animation ?
<b>Réponse</b>	<p>Une animatrice est présente à temps complet. L'animatrice participe au staff hebdomadaire, au CVS, au comité de restauration (centré sur les résidents qui le préparent), aux réunions d'encadrement du CHMB (tous les cadres et la direction du CH)</p> <p>Toutes les 3 semaines une réunion d'élaboration du planning d'animation a lieu entre l'animatrice et les AMP.</p> <p>Selon les projets, l'animatrice rencontre les partenaires extérieurs et/ou les bénévoles.</p> <p>3 AMP participent aux soins le matin et aux différents ateliers et aux animations l'après-midi.</p> <p>Les bénévoles sont associés en amont des animations.</p>

#### Axes d'amélioration possibles :

Prévoir la diffusion/communication du projet annuel aux résidents/entourage.

### Questionnaire axe 4, thème 2 : la personnalisation des activités sociales individuelles et collectives

<b>Question</b>	Quels sont les partenariats mis en place ? Quels autres intervenants de l'établissement (autres que les professionnels de l'animation) participent aux activités individuelles et collectives ?
<b>Réponse</b>	L'animatrice organise des temps forts inter établissements (loto, thé dansant...) Partenaires : Centre de loisirs, bibliothèque (convention), écoles, cinéma, musiciens, Stade Rennais et intervenants ponctuels extérieurs
<b>Question</b>	combien et de quels types d'animations collectives (intérieures et extérieures) au cours de l'année 2012 ? Quelles sont les activités possibles le week-end et les jours fériés ? Quelles statistiques peut-on extraire d'OSIRIS ?
<b>Réponse</b>	Bilan sur l'année 2012 : 641 activités collectives dont 95 de plus de 15 personnes. Les temps forts de l'année 2012 sont : Football, fête de la musique et 2 lotos Mise en place récente de la planification collective sur OSIRIS Modification d'organisation : pour les ASH en poste hôtelier le weekend end, des fiches de tâches dédiées aux activités ont été élaborées (suite à l'observation des résidents qui n'en avaient aucune).

**Questionnaire axe 4, thème 2 : la personnalisation des activités sociales individuelles et collectives**

<b>Question</b>	combien de fois par semaine les résidents participent-ils à des activités d'animation?
<b>Réponse</b>	Il est difficile de chiffrer dans l'absolu car de nombreuses activités peuvent se faire sans traçabilité comme les mises en pli, la « petite marchande » (harmonisation de la traçabilité sur OSIRIS, plusieurs écrans sont possibles) Un bilan d'animation est en place avec une rencontre de la direction et des familles et les souhaits des résidents à travers le CVS.
<b>Question</b>	Y a-t-il un questionnaire mesurant la satisfaction des résidents par rapport aux activités proposées ?
<b>Réponse</b>	Un questionnaire global de satisfaction de la prise en charge à l'EHPAD a été réalisé et 41 résidents audités par un binôme de professionnel (13 et 14 juin 2013). Une question était dédiée à l'animation, les résultats sont ceux présentés à la page 170.

## Synthèse du thème 4 – 2

<b>Synthèse du thème</b>	<p>Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « La personnalisation des activités sociales individuelles et collectives » ?</p> <p>Cotation : <b>B</b></p>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>La personnalisation des activités sociales individuelles et collectives est une volonté institutionnelle inscrite dans le projet d'établissement.</p> <p>La prise en compte des habitudes de vie recueillies en amont de l'admission et revue dans le PAI</p> <p>La diversité des partenariats et de multiples activités sont proposées.</p> <p>Un horaire spécifique dédié à l'animation existe (excepté le week-end)</p> <p>Un véhicule adapté est mis à disposition gratuitement pour les familles.</p>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<p>Revoir la signalétique</p> <p>Diffuser et communiquer sur le projet annuel d'animation</p> <p>Réactualiser la charte pour les bénévoles</p> <p>Intégrer un item animation dans l'enquête de satisfaction</p> <p>Former le personnel à la traçabilité des activités d'animation sur le DPI</p> <p>Développer les animations communes entre les deux sites de manière plus régulière</p> <p>Associer davantage le résident à l'élaboration de son PAI</p>

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

Enquête une fois par an sur l'ensemble des résidents présents.

L'établissement choisit des modalités stables de recueil de cette information et adapte ses méthodes et outils.

### Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées

*Numérateur*: Nombre de résidents satisfaits des activités collectives proposées

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur*: Nombre de résidents dont on a recueilli l'avis

### Limites de cet indicateur :

Il mesure la qualité perçue par les résidents, qui est un des éléments de l'évaluation de la qualité, même si tous les résidents ne peuvent être interrogés. Les modalités de recueil de l'avis des résidents sont propres à chaque établissement et différentes selon la sévérité des troubles d'expression et de communication des résidents. Il ne s'agit pas de la qualité perçue par les proches.

Confère les résultats de l'enquête présentée Axe 4, thème 2 et Aqualie (référence Aqualie thème 3 – indicateur 14)

**Axe 4, thème 3 et AQUALIE (référence AQUALIE thème 1 – indicateur 4)**

Comment l'établissement permet-il l'intégration des familles et proches des personnes accueillies à la vie de la structure ?

	Oui / Non
Les horaires de visite sont libres	Oui
Les personnes accueillies peuvent recevoir leurs proches dans un espace dédié autre que le logement de la personne âgée	Oui
La taille et l'aménagement des logements permettent aux proches de rendre visite facilement aux personnes âgées	Oui
Une solution d'hébergement est proposée aux familles qui souhaitent rester la nuit	Oui
L'établissement organise au moins une fois par an des manifestations festives dédiées aux personnes accueillies et leurs proches	Oui
L'établissement organise au moins une fois par an une réunion d'information aux proches / temps d'échanges	Oui
Les proches sont associés à des rencontres sur les projets personnalisés de leur proche si celui-ci le souhaite	Oui
Aucune action	Non

**Cotation**

<b>6 à 7</b>	A	X
<b>4 à 5</b>	B	
<b>2 à 3</b>	C	
<b>Moins de 2</b>	D	

**Remarques de l'établissement :**

**Axes d'amélioration possibles :**

### Questionnaire axe 4, thème 3 : la possibilité du maintien des liens sociaux

<b>Question</b>	Quels sont les moyens mis à disposition des résidents pour préserver les liens avec leurs proches ? Comment sont facilitées les sorties avec les proches ? chez les proches ? Y a-t-il des entretiens formalisés avec les proches en dehors de l'entretien d'admission ?
<b>Réponse</b>	<p>La résidence dispose de lieux dédiés (l'architecture favorise les lieux de rencontre), d'un internet en Wi-Fi, d'un prêt de minibus.</p> <p>Deux grandes manifestations sont organisées dans l'année, le pique-nique des familles et le repas de Noël.</p> <p>Une réunion annuelle entre la Direction, l'animation et les familles est organisée.</p> <p>Les entretiens avec la famille se font à la demande (formalisé sur OSIRIS), les familles ont la possibilité de participer aux animations prévues.</p> <p>Lors de l'entretien d'accueil avec la famille, celle-ci est informée de la possibilité de déjeuner avec les résidents.</p> <p>Un coin « bistrot » et un coin enfant ont été aménagés.</p> <p>Le journal interne, <i>L'écho de tous</i>, est à disposition</p>
<b>Question</b>	Existe-t-il des associations de bénévoles ? Comment est organisée l'action des bénévoles ? Comment leur action est-elle coordonnée avec les professionnels dans le cadre du projet personnalisé et de l'accompagnement ?
<b>Réponse</b>	<p>L'animatrice se charge de la coordination avec les bénévoles.</p> <p>Les bénévoles animent seuls ou en partenariat certains ateliers (dessin, esthétique...)</p>

### Questionnaire axe 4, thème 3 : la possibilité du maintien des liens sociaux

<b>Question</b>	Existe-t-il des actions favorisant le lien intergénérationnel ?
<b>Réponse</b>	<p>Il existe des partenariats avec les écoles et les centres de loisirs.</p> <p>Des lotos intergénérationnels sont organisés notamment avec les enfants des professionnels et les centres de loisirs.</p>

### Synthèse du thème 4 – 3

<b>Synthèse du thème</b>	Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « La possibilité du maintien des liens sociaux » ?
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	Cotation <b>A</b>  Le maintien des liens sociaux est une volonté politique inscrite dans le projet d'établissement L'architecture et l'aménagement favorisent le maintien des liens sociaux De nombreux partenariats y contribuent Les sorties en groupe ou en individuel sont facilités grâce aux organisations et moyens mis à dispositions (flotte mobile) Les familles sont associées à la vie de l'établissement
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	Poursuivre les partenariats avec les associations du territoire Recherche de bénévoles

## Indicateur de suivi

### Indicateur de suivi

Enquête une fois  
par an sur l'ensemble  
des résidents présents.

### Taux de résidents isolés

*Numérateur:* Nombre de résidents n'ayant ni visite, ni contact avec  
famille, ami ou bénévole

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur:* Nombre total de résidents

### Limites de cet indicateur :

Il s'agit d'un indicateur « en creux » permettant de s'interroger sur les raisons pour lesquels les résidents isolés restent isolés. Le degré d'isolement peut être une appréciation portée par les professionnels en contact direct avec les résidents sur la base de leurs observations.

# AXE 5 :

## Accompagnement à la fin de vie

---

### Introduction :

Pour une majorité des personnes accompagnées, l'EHPAD est le dernier lieu de vie. Même s'il est difficile pour les professionnels de circonscrire précisément la fin de vie, ils accompagnent les résidents jusqu'à la mort, quels que soient les modalités ou le lieu du décès.

Définition des soins palliatifs et de l'accompagnement (Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs) :

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte les souffrances psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Selon le Conseil économique et social :

Enfin, dans les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie, l'objectif n'est pas de préparer la mort mais d'accompagner la vie jusqu'au bout. Lorsque la mort survient, tout n'est pas encore terminé pour l'équipe soignante qui est souvent confrontée au chagrin et au désarroi des proches endeuillés. La préparation au deuil fait partie de l'accompagnement et doit se poursuivre par un soutien et une aide adaptée aux proches endeuillés qui le souhaitent.

Ci-après :

- Questionnaire et indicateur AQUALIE 35
- Questions évaluatives selon les 2 thèmes de cet axe
- Indicateur recommandé par l'ANESM

**AQUALIE 35 pour l'axe 5**

Parmi la liste ci-dessous, quelles sont les actions mises en place par l'établissement afin d'accompagner les résidents en fin de vie ?  
 Nombre de résidents en hébergement permanent pour lesquels l'établissement a recueilli ses souhaits concernant la fin de vie parmi les résidents présents (hébergement permanent seulement) :

Nb : 26/56
------------

	Oui/Non
Le projet d'établissement contient un volet "soins palliatifs" ( <b>décret n° 2006-122 du 6 février 2006</b> )	Oui
Tout le personnel (AS-ASH-AMP-IDE-psychologue) est formé à l'accompagnement de fin de vie	Non
L'établissement favorise l'intervention de l'unité de soins palliatifs	Oui
L'établissement favorise l'intervention d'associations de soins palliatifs	Oui
L'établissement favorise l'intervention de l'hospitalisation à domicile	Oui
Des soins infirmiers et de nursing spécifiques sont systématiquement mis en place	Oui
Le projet de soins prévoit les modalités de prise en charge de la douleur et celles-ci sont mises en place	Oui
Les conduites à tenir ont été établies pour les nuits et week-ends et celles-ci sont bien connues des professionnels concernés	Oui
L'établissement a informé les personnes accueillies des possibilités d'édicter des directives anticipées	Non
L'établissement a informé les personnes accueillies de la possibilité de nommer une personne de confiance	Oui
L'établissement veille à prévenir les proches de l'aggravation de l'état de santé du résident	Oui
L'établissement permet aux proches de rester sur place pour accompagner le résident en fin de vie	Oui
L'établissement favorise la présence d'un psychologue pour l'accompagnement des résidents en fin de vie	Oui
L'établissement prévoit l'intervention d'un ministre du culte si le résident le souhaite	Oui

**Cotation**

<b>12 à 14</b>	A	X
<b>9 à 11</b>	B	
<b>6 à 8</b>	C	
<b>Moins de 6</b>	D	

**Remarques de l'établissement :**

Une convention est en cours de signature avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Fougères.

Les directives anticipées sont incluses dans le livret d'accueil depuis 2013. Il existe un projet de formation de l'ensemble du personnel à la loi Léonetti.

Depuis plusieurs années, le plan de formation inclut systématiquement une formation « sensibilisation aux différentes étapes de la vie ».

**Questionnaire Axe 5, thème 1 : L'accompagnement de la fin de vie des résidents**

<b>Question</b>	Comment l'établissement est-il organisé pour le recueil des directives anticipées ? Comment, quand, par qui est effectué le recueil des souhaits de la personne ?
<b>Réponse</b>	En 2012, il n'y avait pas d'organisation du recueil des directives anticipées. En 2013 : Une fiche est présente dans le livret d'accueil. La formation du personnel est programmée Tout professionnel peut être amené à renseigner les informations concernant les souhaits de fin de vie des résidents.
<b>Question</b>	Comment organise-t-on le recueil des souhaits pour les personnes n'ayant pas la capacité psychique et/ou sensorielle pour le faire ?
<b>Réponse</b>	Les souhaits sont recueillis auprès de l'entourage et/ou de la tutelle. La personne de confiance est sollicitée pour toute question relative à l'état de santé. L'organisation du recueil des souhaits n'est pas formalisée. Une harmonisation des pratiques est nécessaire afin de retrouver les informations (histoire/événement à venir, habitudes de vie ou cible particulière)

<b>Question</b>	Existe-t-il une procédure collégiale d'aide à la décision médicale pour les résidents en phase de soins palliatifs concernant la limitation ou l'arrêt des traitements actifs ?
<b>Réponse</b>	<p>Il n'y a pas de protocole actuellement sur la limitation ou l'arrêt des traitements actifs. Le médecin traitant, le médecin coordonnateur et l'équipe peuvent échanger leur point de vue sur les situations complexes. La famille est associée à celle échange.</p> <p>L'équipe mobile de soins palliatifs du CHF est régulièrement sollicitée y compris pour des questions de supervision/débriefing.</p>
<b>Question</b>	Comment prend-on en compte les douleurs psychiques et physiques du résident ? (on ne traitera ici que de la douleur en fin de vie, la prise en charge de la douleur « classique » est l'un des thèmes de l'axe 2)
<b>Réponse</b>	<p>Les temps de rencontre pluridisciplinaires sont fréquents, transmissions et staff hebdomadaire et autres si besoin. L'espace Snoezelen est un outil proposé aux résidents.</p> <p>L'aumônerie est aussi présente sur chacun des sites à la demande des professionnels</p> <p>Des professionnels de l'EHPAD font partie du CLUD de l'établissement.</p> <p>Les professionnels sont attentifs à toute douleur dans le cadre des fins de vie et ont à disposition les outils d'évaluation ainsi que la mobilisation de toutes compétences requises (médecin coordonnateur, psychologue, ergothérapeute, aumônerie, équipe mobile de soins palliatifs et référente Humanitude).</p> <p>Un dispositif mobile Snoezelen est disponible afin de permettre son utilisation au chevet des résidents.</p>

<b>Question</b>	Comment l'établissement est-il organisé pour le recours à l'équipe mobile de soins palliatifs de secteur ? ou équipe interne ?
<b>Réponse</b>	<p>Il existe une organisation informelle pour l'intervention de l'équipe mobile de secteur (convention en cours de signature) ; l'équipe faxe une demande d'intervention avec un formulaire spécifique. A l'issue de l'intervention, il y a un retour oral à l'équipe et un retour par fax, le compte rendu de l'équipe mobile est repris par le médecin traitant avec une modification éventuelle du traitement et un relais de transmission/observation à l'équipe mobile.</p> <p>L'équipe interne au CHMB n'est pas identifiée comme équipe mobile et n'a pas vocation à intervenir en EHPAD. Cependant, de manière informelle, il existe la possibilité d'avoir un conseil de l'équipe interne.</p> <p>Le dossier patient informatisé permet la continuité des informations des résidents hospitalisés au sein du CHMB et notamment ceux hospitalisés sur les Lits Identifiés de Soins Palliatifs dans le service de médecine.</p>
<b>Question</b>	Des formations sur la fin de vie sont-elles organisées ? concernent – elles tous les professionnels ? Y'a-t-il systématiquement des formations sur ce thème dans le plan de formation de l'établissement ?
<b>Réponse</b>	<p>La formation « sensibilisation aux différentes étapes de la vie » est inscrite tous les ans au plan de formation.</p> <p>Une soirée INTERCLUD sur la loi Léonetti en 2009 ouverte à tout le personnel a été organisée avec les médecins soins palliatifs du CHU de Rennes.</p> <p>Une formation « personne de confiance et directives anticipées » réalisée dans le champ sanitaire est prévue pour l'EHPAD et inscrite dans le plan de formation pour 2014 à destination des IDE/AS/ASH, réalisée par l'équipe interne (IDE et psychologue, DIU de soins palliatifs et médecin).</p>

**Evaluation :**

Afin d'objectiver les réponses aux différentes questions, une enquête sera réalisée sur les 30 derniers dossiers de résidents décédés dont l'admission était supérieure à 3 mois à la date de leur décès. Exemple de grille d'audit pour un dossier.

Questions :	Scores	Commentaires
Retrouve-t-on les derniers souhaits exprimés ?	21/30	
Qui les a recueillis ?		IDE, 1 AS, 1 psychologue, 1 tutelle
Ont-ils été respectés ?		Difficile d'évaluer. Tous les souhaits ne sont pas forcément de notre ressort
Si non, pourquoi ?		
A-t-on fait appel à l'équipe de soins palliatifs ?		
Y'a-t-il eu des préconisations en cas d'aggravation de l'état de santé (transfert, traitements...) ?		O2, perfusions, patch antidouleur et soins de confort
Les résidents ayant un entourage familial ont-ils pu être entourés de leurs familles ?		
Retrouve-t-on mention de l'information donnée aux familles pendant cette période ?	28/30	Informations sur l'état général

Le groupe se pose des questions sur le respect des souhaits et notamment la présence de la famille / entourage. Il est difficile de retrouver la trace du respect des souhaits de la personne si tant est que cela soit de notre ressort (périmètre d'action de l'institution).

**Synthèse du thème 5 – 1**

<b>Synthèse du thème</b>	<p>Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « L'accompagnement de la fin de vie des résidents » ?</p> <p>Cotation <b>B</b></p>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	<p>Formation « sensibilisation aux différentes étapes de la vie »</p> <p>Formation Humanitude</p> <p>Collaboration avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CH Fougères</p> <p>Le livret d'accueil comprend les formulaires pour les directives anticipées, le recueil des souhaits des résidents et la désignation de la personne de confiance...)</p> <p>Possibilité pour l'entourage de rester sur place</p> <p>Présence d'un aumônier et d'un psychologue</p>
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	<p>Harmoniser les pratiques sur OSIRIS</p> <p>Formaliser le protocole LATA, Limitation ou d'Arrêt de Thérapeutiques Actives</p> <p>Formaliser la procédure de recueil des souhaits</p> <p>Tracer le refus du résident de donner une conduite à tenir</p> <p>Solliciter les conseils de l'équipe interne de soins palliatifs (sanitaire)</p> <p>Former à l'utilisation des outils (directives anticipées, personne de confiance....)</p>

### Questionnaire Axe 5, thème 2 : L'accompagnement de leurs entourages (proches et professionnels) à ce moment-là

<b>Question</b>	Comment est organisée l'information des proches sur l'état de santé de leur parent et le repérage de leur souffrance ? comment recueille-t-on leur avis sur le confort physique et psychique de leur parent ?
<b>Réponse</b>	En cas d'aggravation de l'état de santé d'un résident, l'IDE contacte la famille et assure la remontée des informations, qui peut se faire également par le médecin traitant ; le psychologue est à disposition des familles. L'équipe organise des visites au funérarium pour les résidents qui le souhaitent (amitiés liées pendant le séjour). Favoriser la rencontre IDE/AS, médecin traitant et famille
<b>Question</b>	Que met-on à disposition des proches pour accompagner leur résident 24h/24 ?
<b>Réponse</b>	Les horaires d'ouverture sont facilités, à la demande L'établissement met à disposition des lits d'appoint Des espaces conviviaux sont disponibles. Un studio disponible et un lit d'appoint
<b>Question</b>	Existe-t-il des possibilités de soutien psychologique (en interne ou en externe) à destination des soignants ?
<b>Réponse</b>	Un psychologue est présent à 50 %. Il est possible de recourir à un psychologue libéral. A noter la facilité avec laquelle les équipes peuvent contacter le psychologue.
<b>Question</b>	Existe-t-il un temps d'échange entre soignants (équipe élargie) autour des décès ? Si oui comment sont-ils organisés ?
<b>Réponse</b>	Il y a la possibilité d'avoir des groupes de paroles Dans la pratique, les transmissions après le décès sont un temps d'échange ou permettent de définir le besoin d'en avoir ; le médecin coordonnateur peut également organiser ces temps. Pour ces temps d'échange, l'intervention d'un psychologue ou celle de l'équipe mobile de soins palliatifs est possible.

**Synthèse du thème 5 – 2**

<b>Synthèse du thème</b>	Au vu des réponses apportées aux questions précédentes, comment estimez-vous la prise en charge de l'établissement sur « L'accompagnement de leurs entourages (proches et professionnels) à ce moment-là » ?  Cotation : <b>A</b>
<b>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</b>	Circulation de l'information / fluidité des échanges (en lien avec l'architecture en petites unités) entre professionnels et avec l'entourage
<b>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</b>	Maintenir les liens créés entre résidents y compris dans l'accompagnement en fin de vie. Accompagner les résidents dans le deuil d'un de leurs voisins (notamment les plus proches)

**Indicateur de suivi :****Indicateur de suivi**

Une fois par an.

Enquête sur tous les entrants des 12 derniers mois.

Si le nombre des entrants est supérieur à 100, enquête sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort).

**Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie**

*Numérateur:* Nombre de résidents entrés dans l'Ehpad au cours des 12 derniers mois et présents depuis trois mois ou plus pour lesquels on retrouve un recueil de leurs souhaits en matière de fin de vie dans leur dossier

\_\_\_\_\_ x100

*Dénominateur:* Nombre de résidents entrés dans l'Ehpad au cours des 12 derniers mois et présents depuis trois mois ou plus

**Limites de cet indicateur :**

Les données servant à la construction de cet indicateur sont vérifiables, quantifiables, faciles à retrouver. Cependant, il ne s'agit que d'un élément de l'accompagnement de fin de vie et à lui seul, il ne peut pas refléter la qualité de toute la démarche d'accompagnement et de soins palliatifs.

## Annexe 5

### 5. RESULTATS DES ENQUÊTES DE SATISFACTION

Le comité de pilotage a réalisé une enquête auprès des résidents et des familles afin de vérifier nos hypothèses émises lors de l'évaluation interne.

Tout d'abord, nous présenterons la méthodologie utilisée pour l'enquête, puis, nous exploiterons et analyserons les données recueillies.

#### Présentation de la méthodologie et de l'enquête de terrain

L'objectif de notre enquête est de vérifier les hypothèses (les cotations) de départ sur les différents critères définis par le groupe de travail.

Nous avons réalisé deux questionnaires reprenant en partie les mêmes thèmes et centrés sur les activités quotidiennes du résident.

Le premier concerne les résidents et le second a été réalisé pour les familles. Les questionnaires reprennent également les axes de l'évaluation interne définis par l'ANESM et ils sont anonymes.

#### **1. La méthode utilisée**

La méthode a consisté à demander l'avis des résidents et des familles à travers une enquête de satisfaction construite autour de plusieurs thèmes : satisfaction du séjour, accueil et admission, cadre de vie, information et communication, le personnel, les prestations hôtelières, les soins, la vie sociale et l'animation.

Si les thèmes sont communs, 2 questionnaires ont été établis un pour les familles et un autre pour les résidents. Certains thèmes ont été approfondis par des questions plus ciblées, afin de connaître leurs avis et de recueillir leurs besoins.

L'enquête a été réalisée en juin 2013 auprès des résidents et entre juillet et septembre 2013 pour les familles.

Au total, 41 résidents et 34 familles ont été interrogés.

Le personnel soignant a effectué l'enquête auprès des résidents les plus à même de pouvoir répondre aux questions.

Les familles quant à elles, ont reçu le questionnaire par courrier.

Une enquête de satisfaction du personnel a été réalisée entre octobre et novembre 2013 et est en cours de dépouillement.

Les résultats seront communiqués aux équipes à partir de février 2014.

## 2. Le choix de l'outil

Les questions sont fermées, elles permettent 4 réponses possibles.

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Par contre, chaque personne peut inscrire des commentaires pour compléter son choix. C'est un outil adapté pour recueillir des informations précises auprès d'un nombre important de participants. Les données recueillies sont facilement **quantifiables**.

Il nous paraît intéressant au final de croiser les réponses entre chaque catégorie de questionnaires c'est-à-dire entre ceux des résidents et des familles afin de comparer les opinions.

## 3. Les limites de l'enquête

Le personnel soignant a effectué l'enquête et a aidé les résidents à remplir les questionnaires, il a fallu rester neutre et objectif. Le plus important était de ne pas influencer son interlocuteur dans ses réponses.

## 4. Exploitation et analyse des données

Nous allons analyser les propos recueillis au cours des divers questionnaires. Les enquêtes seront traitées séparément par catégorie dans la perspective de notifier tous les éléments dans un premier temps sous tableau question par question.

Ensuite, dans un deuxième temps nous croiserons les 2 catégories de questionnaires afin d'avoir une vue d'ensemble autour des propos du résident.

## 5. Tableau récapitulatif des résultats

### Ⓢ Tableau récapitulatif des enquêtes concernant les **résidents**

Critères :	Effectifs				Total
	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	
1- Etes-vous arrivé depuis moins d'un an ?	<i>Oui</i> 16		<i>Non</i> 22		38
2- Si oui, comment avez-vous jugé l'accueil lors de votre admission dans votre lieu de vie ?	7	7			14
3- La qualité des renseignements donnés (explications orales et documents fournis) était :	5	5			10
4- Etes-vous satisfait de votre séjour au sein de la résidence ?	13	23	4		40
5- Recommanderiez-vous la résidence à un proche ?	<i>Oui</i> 34		<i>Non</i> 3		37
6- Vous sentez-vous en sécurité au sein de l'établissement ?	<i>Oui</i> 40		<i>Non</i> 1		41
7- Etes-vous satisfait du cadre de vie (odeur, hygiène...) ?	18	21	1	1	41
8- L'aménagement des espaces est-il adapté à vos besoins ?	12	26	2	1	41
9- Les locaux sont-ils bien signalés ?	11	26	1		38
10- Etes-vous satisfait de la chambre qui vous est attribuée et de son confort ?	18	22			40
11- Etes-vous satisfait de la propreté de votre chambre ?	22	19			41
12- Etes-vous satisfait de la tranquillité de votre chambre ?	13	26	2		41
13- Etes-vous suffisamment informé de la vie de l'établissement (fonctionnement établissement, Conseil de Vie Sociale...) ?	7	20	11		38
14- Pouvez-vous bien identifier le personnel ?	17	20	3		40
15- Avez-vous la possibilité d'exprimer des réclamations ou des satisfactions ?	14	25	2		41
16- Etes-vous satisfait de la politesse et de l'amabilité du personnel ?	27	14			41
17- Etes-vous satisfait de la disponibilité du personnel ?	16	22	3		41
18- Etes-vous satisfait de l'accompagnement réalisé par le personnel administratif ?	6	14	2		22
19- Etes-vous satisfait de la prise en charge par le personnel soignant ?	16	24	1		41
20- Etes-vous satisfait de la prise en soin par le personnel de nuit (soin, respect du sommeil...) ?	16	23	2		41
21- Le traitement du linge vous convient-il ?	9	17	11		37
22- Etes-vous satisfait de la prestation repas ?	11	19	9	2	41
23- Etes-vous satisfait de votre prise en charge médicale ?	15	21	4		40

24-	Etes-vous satisfait de l'aide apportée lors des soins d'hygiène ?	15	19	2		<b>36</b>
25-	Etes-vous satisfait du matériel médical à votre disposition ?	11	22	4		<b>37</b>
26-	Vos habitudes de vie sont-elles respectées ?	13	25	2		<b>40</b>
27-	Vos soins et traitements vous sont-ils expliqués ?	13	21	2	2	<b>38</b>
28-	Etes-vous satisfait de la prise en charge de la douleur ?	14	23			<b>37</b>
29-	Sur ce qui concerne globalement les animations, diriez-vous que vous êtes :	11	19	3	1	<b>34</b>
30-	Etes-vous satisfait de l'accès donné à l'exercice du culte ?	6	22			<b>28</b>
31-	Pouvez-vous exercer vos droits civiques ?	10	6		3	<b>19</b>
32-	Etes-vous satisfait de la liberté d'aller et venir au sein et en dehors de l'établissement ?	13	24			<b>37</b>
33-	Avez-vous des suggestions		<i>Oui</i> 8		<i>Non</i> 29	<b>37</b>
34-	Si oui, lesquelles :		Nb Commentaires		<b>14</b>	

### Récapitulatif des commentaires des résidents à Antrain

Certaines notions apparaissent plusieurs fois au niveau des commentaires, nous avons choisi de les retranscrire et de noter le nombre de fois (cité X fois) afin de montrer l'importance de certains propos :

- Repas pas assez chaud
- Linge qui ne revient pas assez vite X4
- Balcons pas propre
- Pas assez rapide à donner le traitement la nuit
- Bruit dans le couloir (passerelle) x2
- Animations plus variées (+ sorties extérieures ou autres) x4
- Voudrait manger ordinaire autre que mixé
- Repas difficiles car régime sans sel
- Avoir la possibilité d'ouvrir les fenêtres en grand
- Aimerais être informé sur son droit de vote
- ...

Ⓜ *Tableau récapitulatif des enquêtes concernant les familles à Antrain*

	<i>Critères :</i>	Effectifs				Total
		Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	
1-	Comment avez-vous jugé l'accueil lors de l'admission de votre parent/proche ?	18	13			31
2-	La qualité des renseignements donnés (explications orales et documents fournis) était :	14	17			31
3-	Etes-vous satisfait du séjour de votre parent/proche au sein de la résidence ?	14	17	2		33
4-	Recommanderiez-vous la résidence à un quelqu'un de votre entourage ?	16	15		1	32
5-	Etes-vous satisfait du cadre de vie ?	18	15	1		34
6-	Etes-vous satisfait de l'aménagement des espaces ?	16	17	1		34
7-	Les locaux sont-ils bien signalés ?	14	17	3		34
8-	Etes-vous suffisamment informé de la vie de l'établissement (fonctionnement établissement, Conseil de Vie Sociale...) ?	8	17	3	1	29
9-	Pouvez-vous bien identifier le personnel ?	9	16	5	1	31
10-	Avez-vous la possibilité d'exprimer des réclamations ou des satisfactions ?	9	19			28
11-	Etes-vous satisfait de la politesse et de l'amabilité du personnel ?	17	14	2		33
12-	Etes-vous satisfait de la prise en charge par le personnel soignant ?	12	19	3		34
13-	Etes-vous satisfait de l'accompagnement réalisé par le personnel administratif ?	13	17	1		31
14-	Etes-vous satisfait de la prestation repas ?	8	21	1		30
15-	Sur ce qui concerne globalement les animations, diriez-vous que vous êtes :	9	22	1		32
16-	Etes-vous satisfait de la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement ? (horaires de visite, ...)	16	17			33
17-	Etes-vous satisfait de la prise en charge médicale ?	11	18	2	1	32
18-	Etes-vous satisfait de l'aide apportée lors des soins d'hygiène ?	8	20	5		33
19-	Etes-vous satisfait du matériel médical à disposition ?	9	20	2		31
20-	Avez-vous des suggestions ?	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		
		15		19		34
21-	Si oui, lesquelles :	Nb Commentaires		15		15

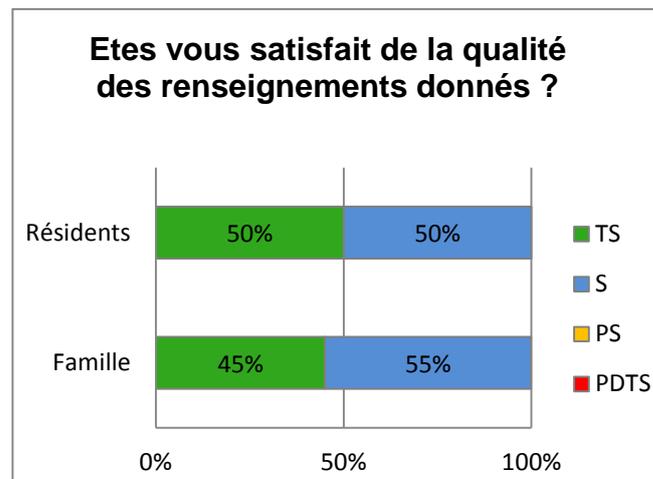
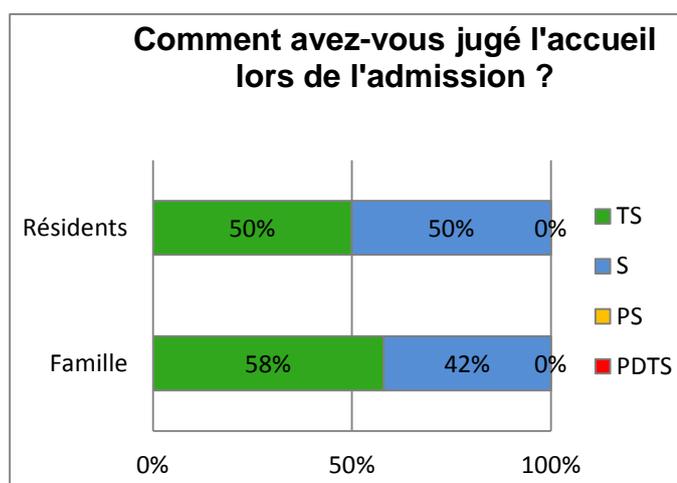
### Ⓢ Récapitulatif des commentaires des familles

- Communiquer pour fournitures manquantes
- Matériel médical pourrait être mieux entretenu
- Remerciements particulier pour le personnel soignant pour sa gentillesse et compréhension vis-à-vis des familles éloignées géographiquement
- Trouve aberrant de faire payer les pommades et entretiens des toilettes du patient
- Au niveau du linge, on aimerait qu'il soit conseillé. On trouve le sale avec le propre
- Serait-il possible de prévoir des hébergements de passage pour la famille ? ou de négocier des tarifs minorés soit en hôtel soit en chambres d'hôtes ?
- Plus de considération, d'attention, et d'écoute vis-à-vis de la personne résidente
- Pourquoi n'y a-t-il plus de sorties de tous les résidents dans le parc l'AM
- Amélioration pour le repas des accompagnants
- Entretien sanitaire à revoir + odeurs
- Amélioration de l'hygiène buccodentaire

### Ⓢ Les résultats croisés des deux enquêtes de satisfaction menées (résidents/famille)

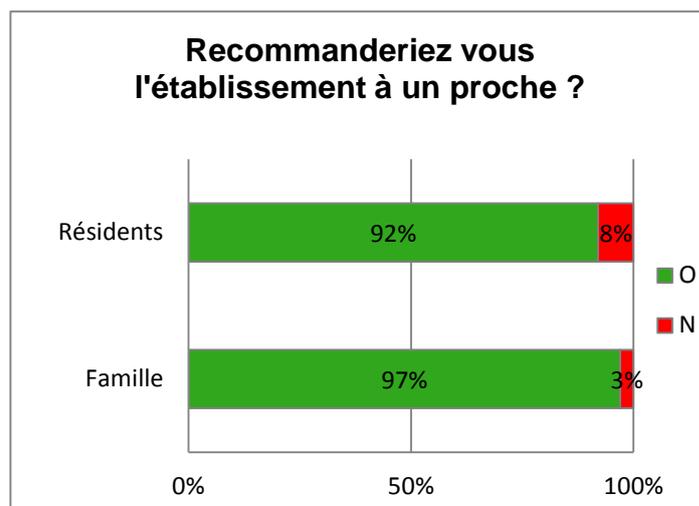
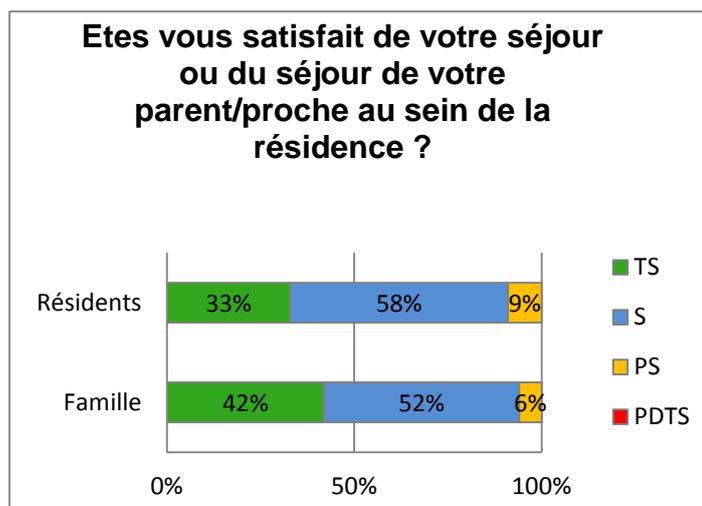
Les résultats présentés ci-dessous, ne prennent en compte les résidents qui ne se sont pas prononcés sur le sujet.

#### ⇒ Accueil et admission :



Les résidents et les familles sont à la fois satisfaits de l'accueil lors de leur admission et des renseignements qui leur ont été donnés. (100% entre les satisfaits et les très satisfaits).

⇒ **Vision globale de l'établissement :**

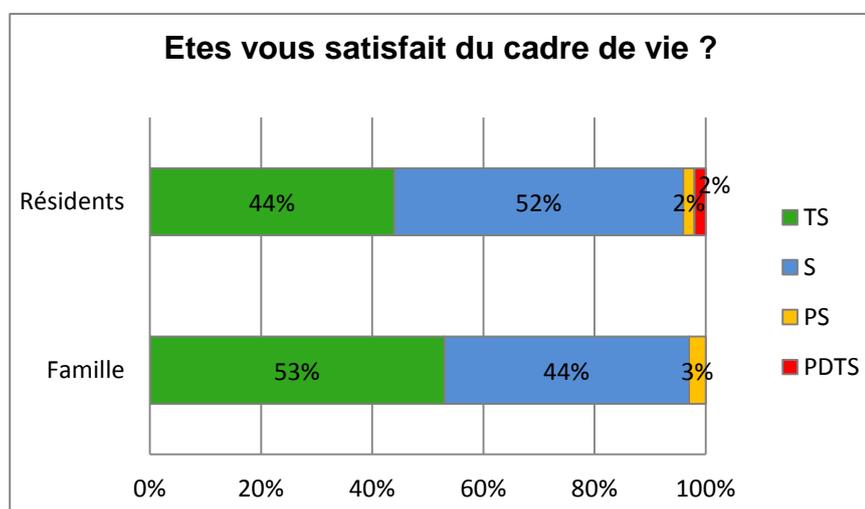


Les résidents apprécient à plus de 90% leur séjour au sein de l'EHPAD.

Les familles sont satisfaites/très satisfaites à 94% du séjour de leur parent ou proche.

Plus de 90% des résidents et des familles recommanderaient l'établissement à un proche.

⇒ **Qualité et sécurité des espaces :**



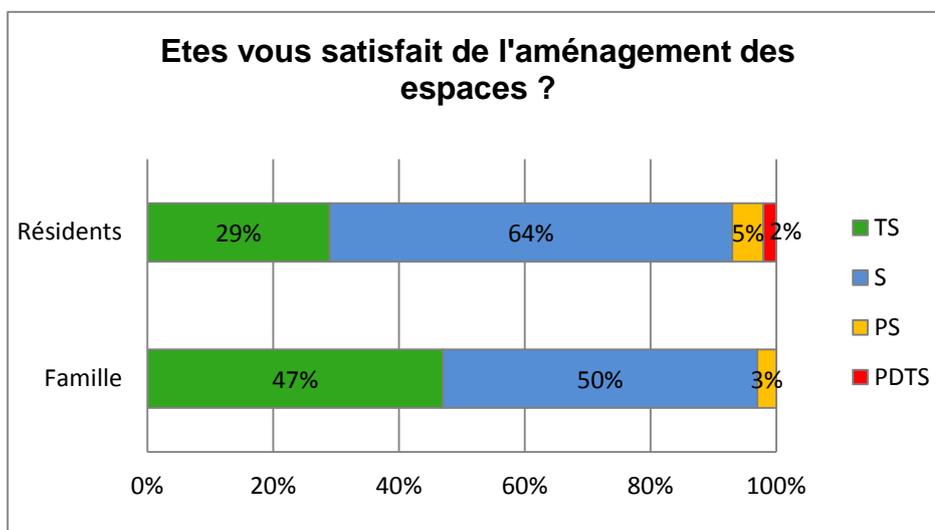
Les résidents apprécient à 96% le cadre de vie.

Néanmoins un résident trouve que le balcon du service n'est pas très propre.

97% des familles considèrent le cadre de vie agréable.

Une famille pense que l'entretien des sanitaires n'est pas satisfaisant.

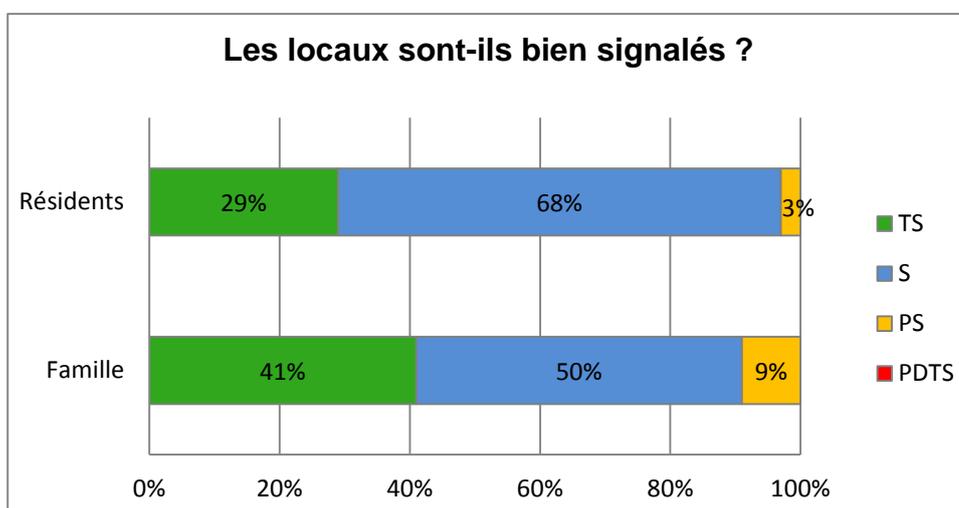
Une famille aimerait que l'établissement prévoie des hébergements de passage pour les familles ou qu'ils aient la possibilité d'avoir des tarifs minorés pour des hôtels ou chambres d'hôtes.



93% des résidents trouvent que l'aménagement des espaces est adapté.

Un résident aimerait avoir la possibilité d'ouvrir sa fenêtre en grand.

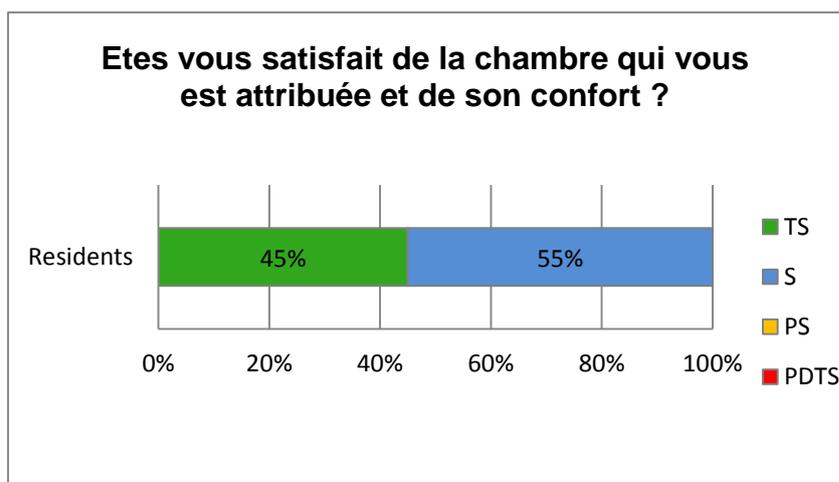
Les familles jugent à 97% que l'aménagement des espaces est plaisant.



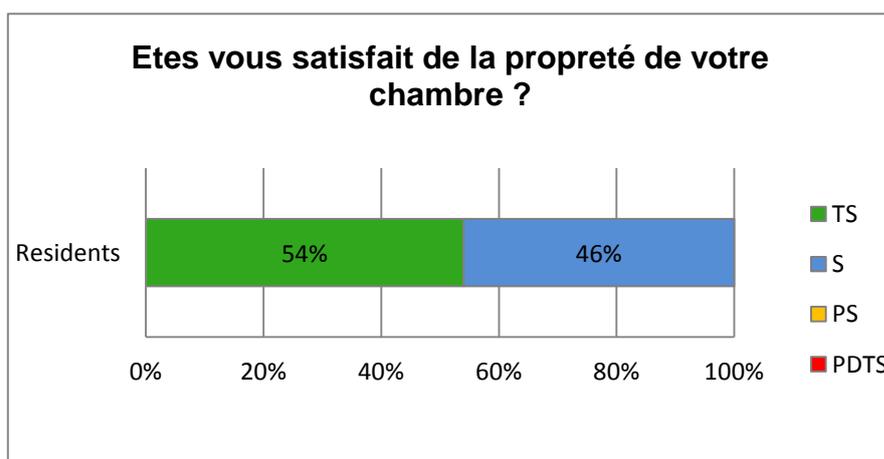
Les résidents et les familles sont satisfaits à plus de 90% de la signalétique de l'établissement.

9% des familles l'estiment insuffisante.

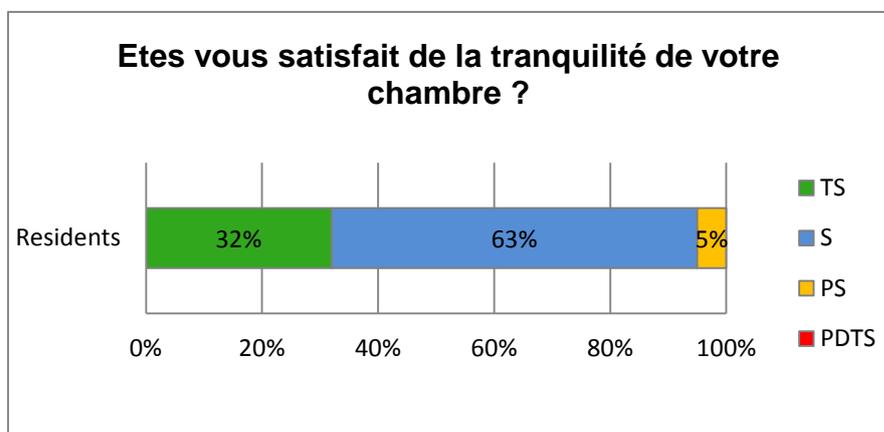
**Pour les 4 prochaines questions suivantes, seuls les résidents ont été interrogés :**



Les résidents sont satisfaits à 45% et très satisfaits à 55% de l'attribution de leur chambre et du confort.



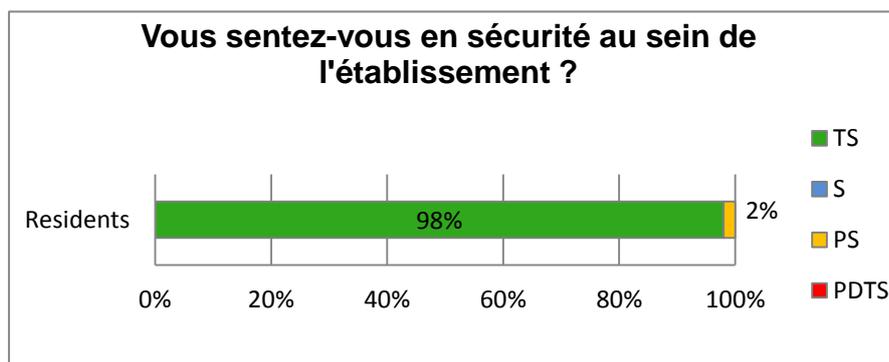
Les résidents sont satisfaits à 100 % de la propreté de leur chambre.



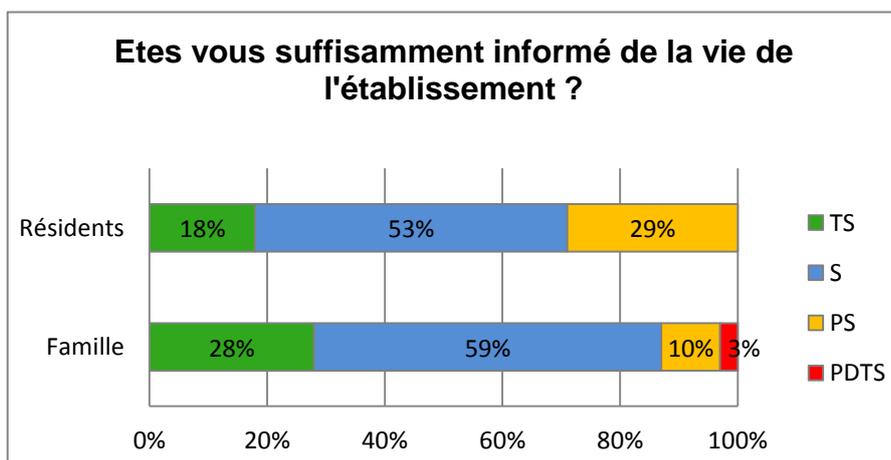
32 % des résidents sont très satisfaits de la tranquillité de leur chambre, 63% sont satisfaits et 5 % ne sont pas satisfaits.

2 résidents se plaignent du bruit dans le couloir dû au passage des chariots de repas et de soins sur la passerelle en bois de leur unité.

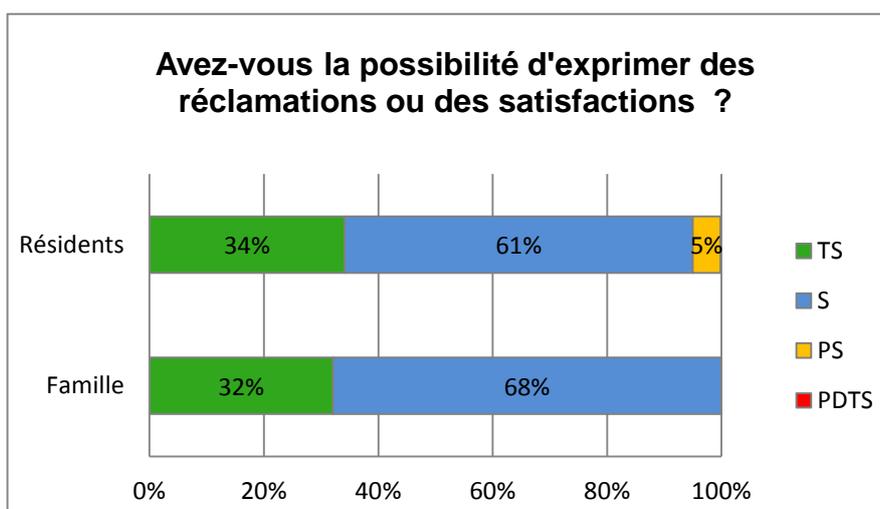
98% des résidents se sentent en sécurité au sein de l'établissement.



⇒ **Communication et information :**

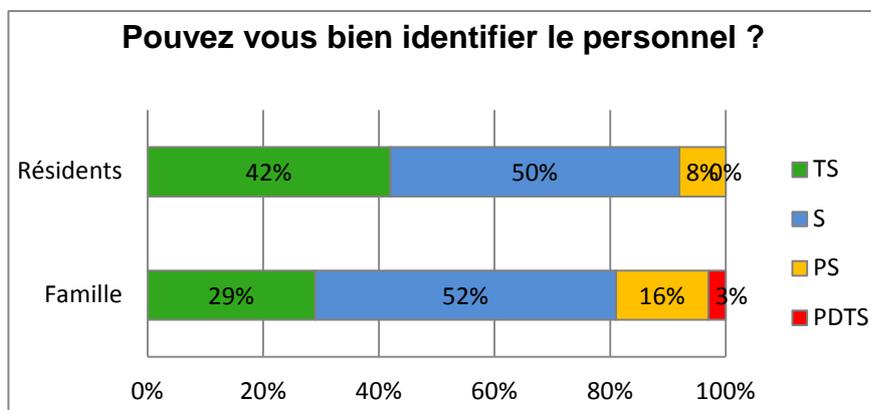


29% des résidents et 13% des familles ne se sentent pas assez informés sur la vie de l'établissement.



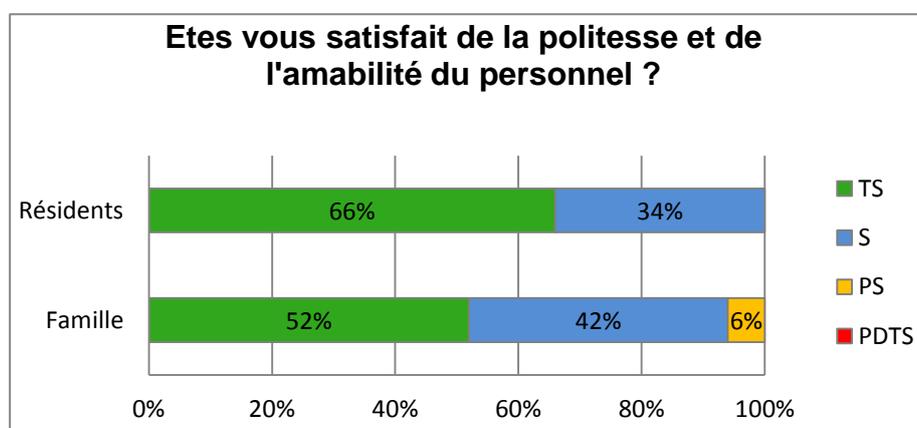
95% des résidents estiment pouvoir facilement exprimer leur réclamation ou leur satisfaction. Quant aux familles 32% sont très satisfaites et 68% satisfaites des

moyens mis à leur disposition pour exprimer leur avis. D'ailleurs, certaines familles ont profité du questionnaire pour exprimer des réclamations.



92% des résidents parviennent à identifier les différents soignants de leur unité.

En revanche, 19% des familles semblent avoir des difficultés pour différencier les soignants.(AS,ASH, IDE....).

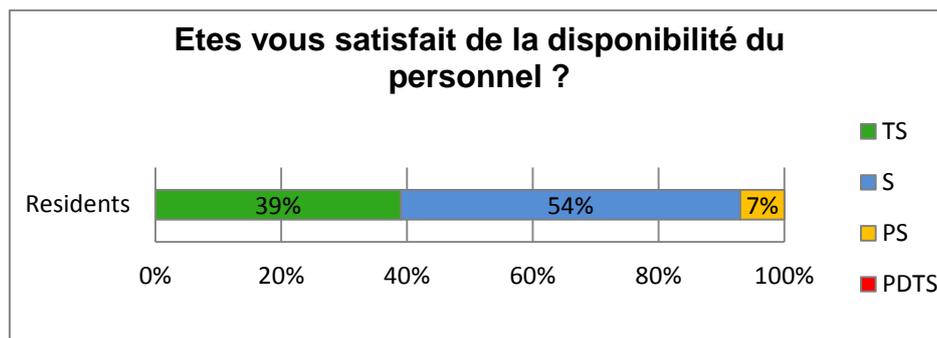


100% des résidents et 94% des familles estiment le personnel poli et aimable.

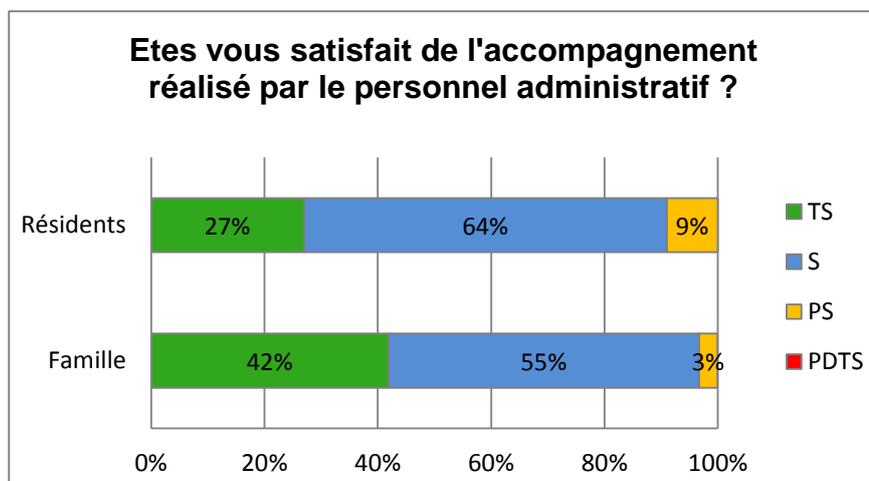
6% des familles sont peu satisfaites de la politesse et de l'amabilité du personnel.

Une famille estime qu'il n'y a pas assez de considération, d'attention et d'écoute vis-à-vis de la personne résidente.

Une famille remercie le personnel soignant pour sa gentillesse et sa compréhension vis-à-vis des familles éloignées géographiquement.

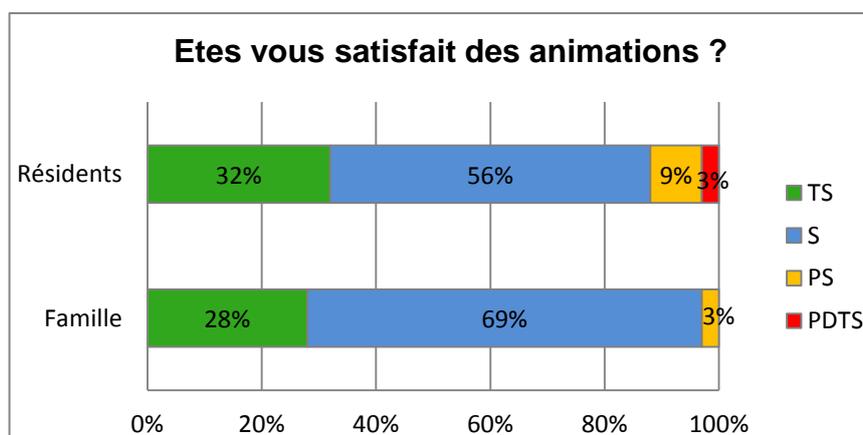


93% des résidents trouvent que le personnel est disponible à leur égard.



Les résidents et les familles apprécient à plus de 90% l'accompagnement fait par le personnel administratif. 9% des résidents semblent peu satisfaits.

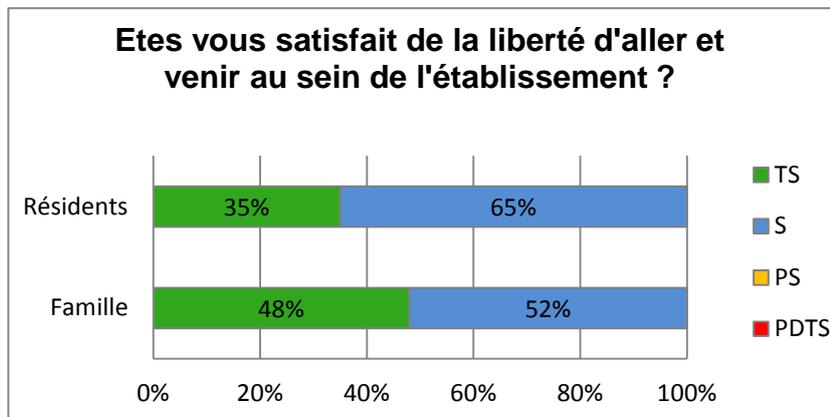
⇒ **Vie sociale :**



32% des résidents sont très satisfaits des animations proposées, 56% sont satisfaits, néanmoins 9% sont peu satisfaits et 3% pas du tout satisfaits.

Un résident aimerait que les animations soient plus variées (plus de sorties à l'extérieur), un autre n'aime pas les animations proposées.

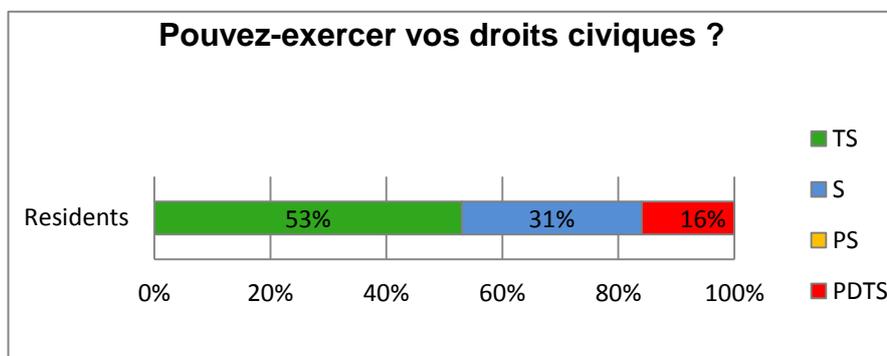
Un résident déclare ne pas aller aux animations car il préfère regarder la télévision.  
Les animations proposées conviennent à 97% des familles interrogées.



Les résidents et les familles sont très satisfaits/satisfaites à 100% de la possibilité d'aller et venir au sein de l'établissement.

Cependant, une famille demande à ce que tous les résidents puissent avoir la possibilité de se promener dans le parc l'après midi.

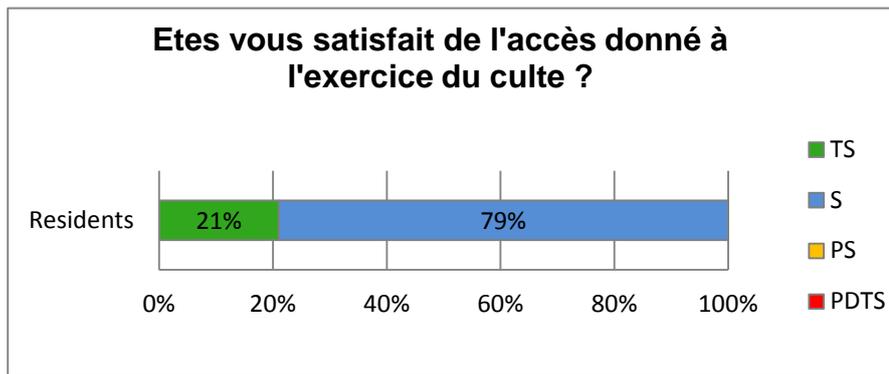
### **Les 3 prochaines questions ont été posées uniquement aux résidents :**



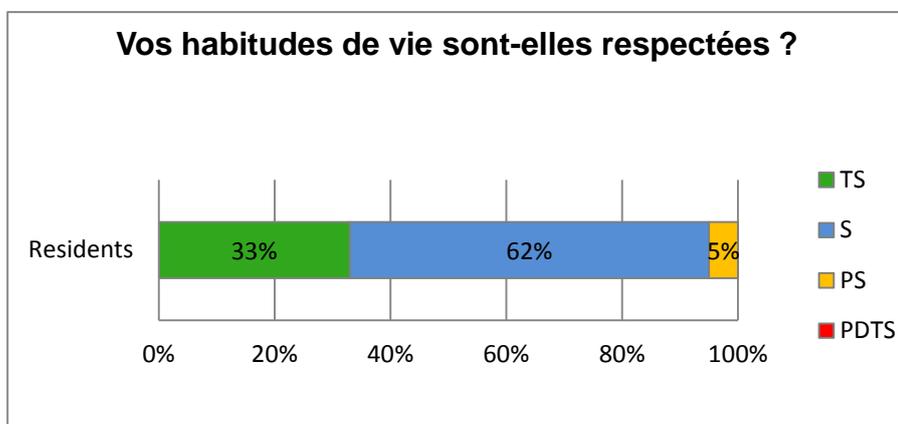
84% des résidents estiment pouvoir exercer leurs droits civiques.

Cependant, 16% des résidents sont pas du tout satisfaits.

Un résident déclare ne pas avoir d'information sur le droit de vote et aimerait être informé.

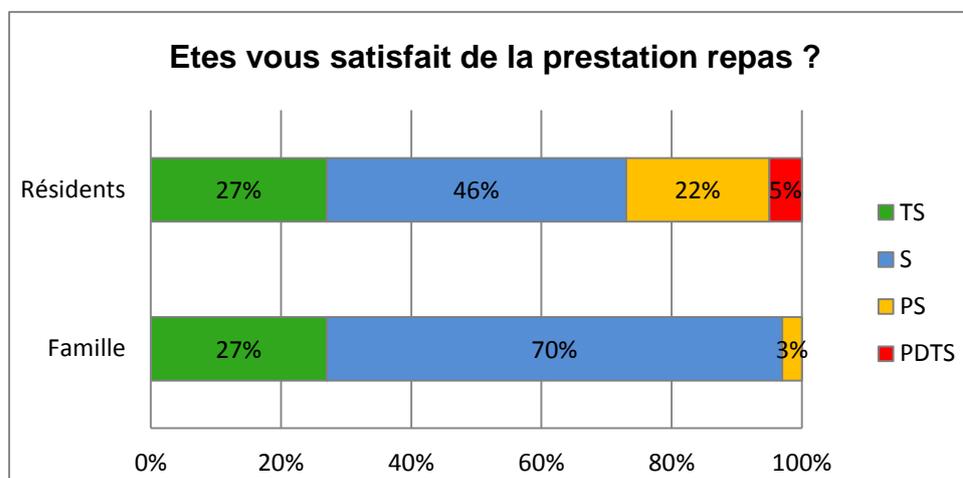


100% des résidents considèrent satisfaisants les moyens mis à disposition pour l'exercice du culte.



95% résidents estiment que leurs habitudes de vie sont respectées par le personnel.

⇒ **Prestations hôtelières :**



Les résidents sont satisfaits à 83% de la prestation repas. Cependant, 22% des résidents sont peu satisfaits et 5% ne sont pas du tout satisfaits.

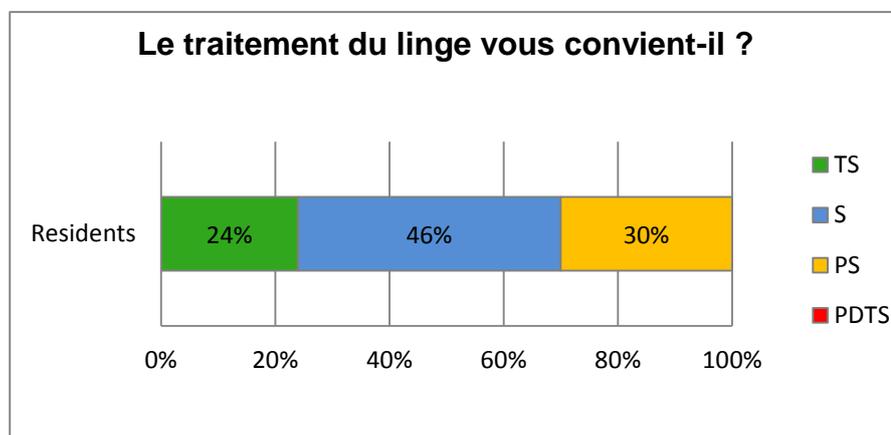
Un résident se plaint que les repas servis ne sont pas assez chauds.

Un second résident voudrait changer de texture de repas, il mange actuellement mixé mais préférerait manger ordinaire.

Une résidente exprime le fait d'avoir des difficultés à manger car elle est sous régime sans sel et semble avoir dû mal à l'accepter.

97% des familles apprécient la prestation repas.

Une famille pense que les repas accompagnants sont à améliorer.



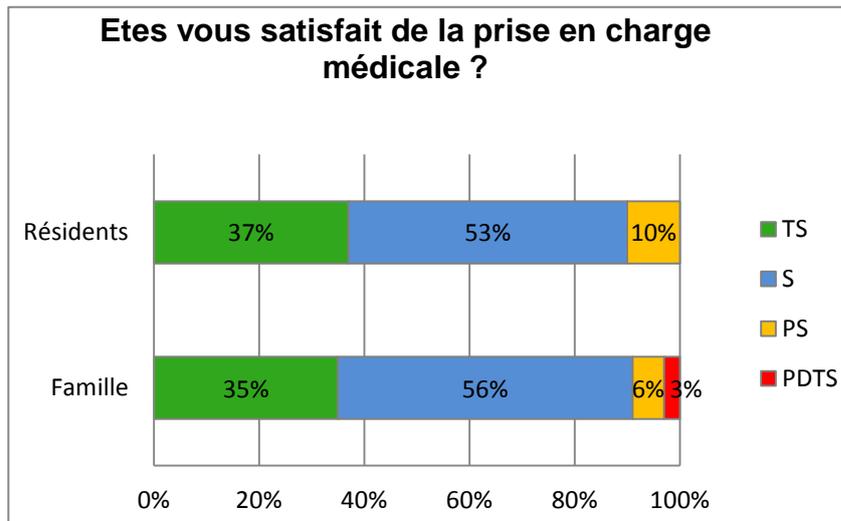
Cette question a été posée uniquement aux résidents, 30% d'entre eux sont peu satisfaits du traitement du linge.

Plusieurs commentaires illustrent leurs mécontentements : linge perdu, trop d'attente en ce qui concerne le retour du linge, un résident confie le linge à sa famille pour cette même raison.

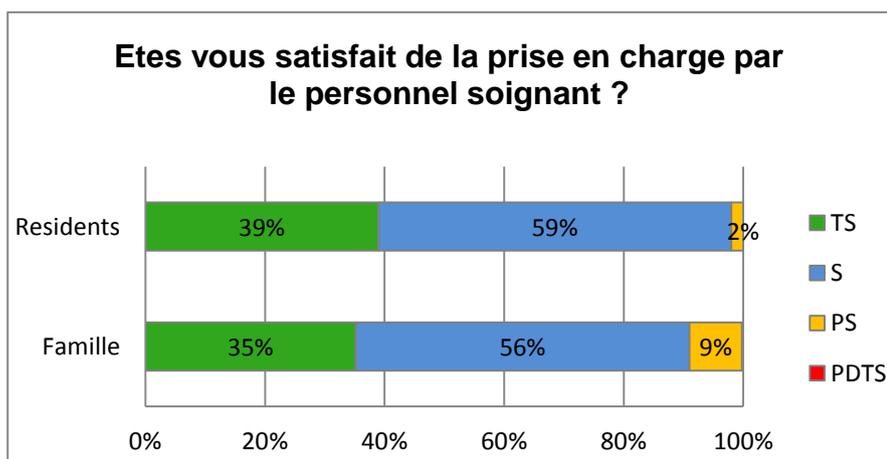
Une résidente a fait le choix de laver son linge pour éviter tous ces désagréments.

Une famille s'occupant du traitement du linge, se plaint du manque de tri effectué par les soignants « *linge propre mélangé avec le linge sale.* »

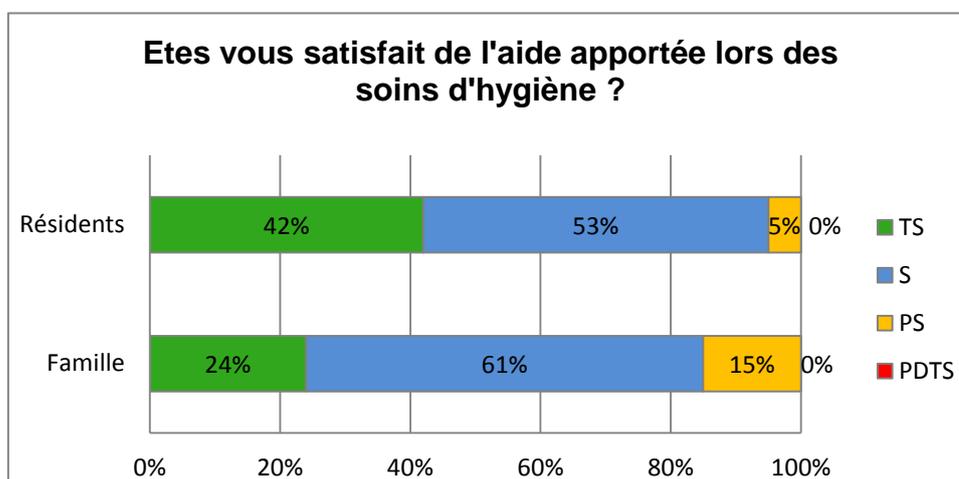
⇒ **Prise en soins :**



90% des résidents et 91% des familles considèrent la prise en charge médicale satisfaisante.



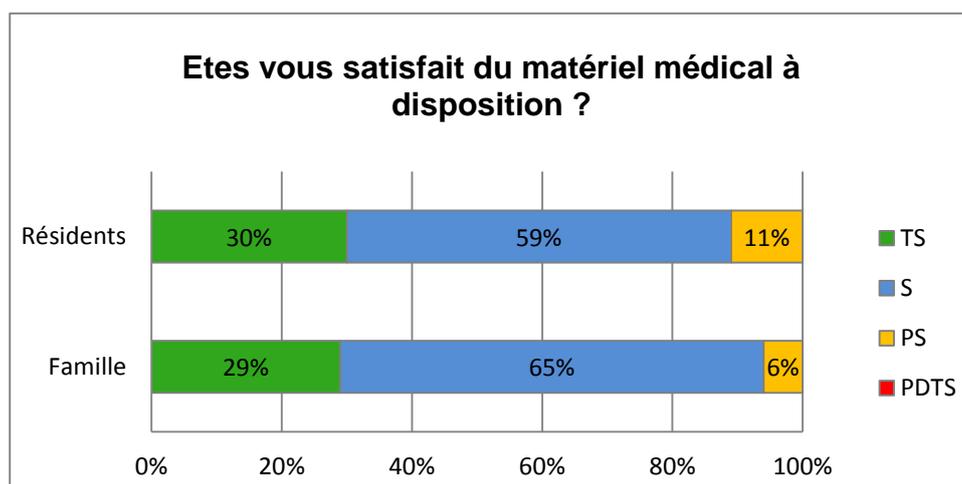
Les résidents et les familles sont satisfaits à plus de 90 % de la prise en charge faite par les soignants.



L'aide apportée dans le cadre des soins d'hygiène semblent satisfaire les résidents à 95%.

15% des familles sont peu satisfaites de l'aide apportée à leurs proches.

Une famille pense que la prise en charge au niveau de l'hygiène buccale est à améliorer, une autre aimerait que le personnel s'assure que le résident soit habillé convenablement en l'accompagnant dans le choix de ses vêtements.

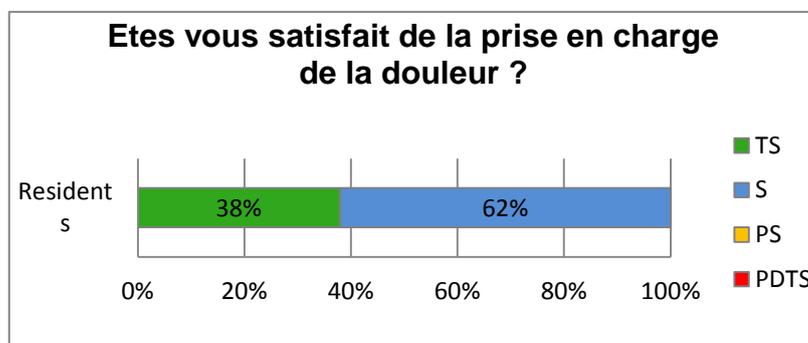


Le matériel médical mis à disposition semble convenir à près de 90% des résidents, néanmoins 11% sont peu satisfaits.

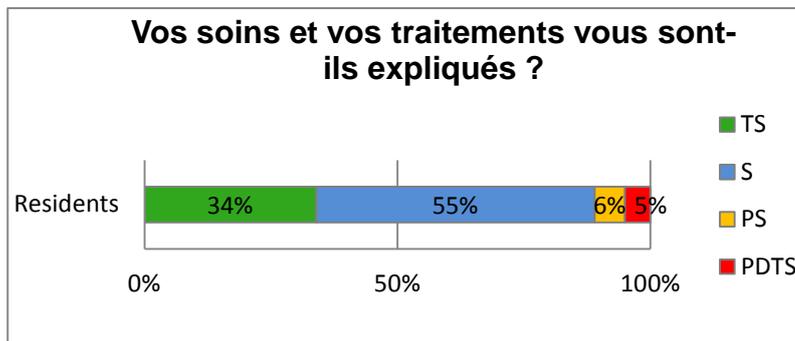
Un résident se plaint du confort de son fauteuil.

94% des familles sont satisfaites du matériel médical, cependant une famille pense que le matériel pourrait être mieux entretenu par les équipes.

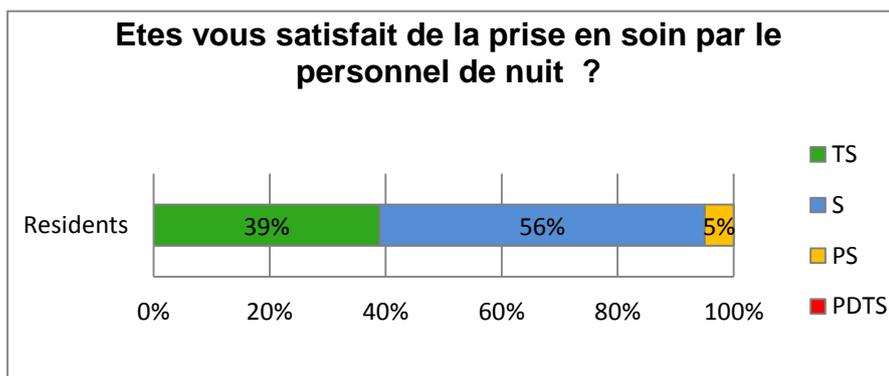
### **Les questions suivantes ont été posées uniquement aux résidents :**



100% des résidents estiment que leur douleur est prise en compte par le personnel soignant.



Les résidents sont à 89% satisfaits des informations que le personnel leur délivre sur leurs soins et leurs traitements. 11% estiment ne pas être suffisamment informés.



La prise en soin du personnel de nuit satisfait 95% des résidents. Cependant un résident estime qu'il reçoit son traitement de nuit trop tardivement.

#### Conclusion :

Les résidents et leurs proches ont des niveaux d'exigence et des attentes sensiblement identiques pour les items communs.

Ils sont globalement satisfaits des prestations proposées à la Loysance.

## GLOSSAIRE

AJ	Accueil de <b>J</b> our
AMP	Aide <b>M</b> édico- <b>P</b> sychologique
AMAP	Animateur au <b>M</b> aintien de l' <b>A</b> utonomie de la <b>P</b> ersonne
AN	Accueil de <b>N</b> uit
ANESM	Agence <b>N</b> ationale de l' <b>E</b> valuation et de la qualité des établissements et <b>S</b> ervices sociaux et <b>M</b> édico-sociaux
APL	Aide <b>P</b> ersonnalisée au <b>L</b> ogement
Aqualie 35	Amélioration de la <b>Q</b> ualité en <b>E</b> tablishements en Ille-et-Vilaine
AS	Aide- <b>S</b> oignant
ASH	Agent de <b>S</b> ervice <b>H</b> ospitalier
AT	Accueil <b>T</b> emporaire
AVC	Accident <b>V</b> asculaire <b>C</b> érébral
BIH	<b>B</b> lanchisserie <b>I</b> nter- <b>H</b> ospitalière
CG	Conseil <b>G</b> énéral
CH	Centre <b>H</b> ospitalier
CHMB	Centre <b>H</b> ospitalier des <b>M</b> arches de <b>B</b> retagne
CHSCT	Comité d' <b>H</b> giène de <b>S</b> écurité et des <b>C</b> onditions de <b>T</b> ravail
CLAN	Comité de <b>L</b> iaison en <b>A</b> limentation et <b>N</b> utrition
CLIN	Comité de <b>L</b> utte contre les <b>I</b> nfections <b>N</b> osocomiales
CLUD	Comité de <b>L</b> utte contre la <b>D</b> ouleur
CMAOT	Commission <b>M</b> édicale d' <b>A</b> ccueil et d' <b>O</b> rientation de <b>T</b> erritoire
CME	Commission <b>M</b> édicale d' <b>E</b> tablishement
COMEDIMS	Commission du <b>M</b> édicament et des <b>D</b> ispositifs <b>M</b> édicaux <b>S</b> tériles
COFIL	Comité de <b>P</b> ilotage
COPIQ-GDR	Comité de <b>P</b> ilotage de la <b>Q</b> ualité et <b>G</b> estion <b>D</b> es <b>R</b> isques
CRUQPC	Commission des <b>R</b> elations avec les <b>U</b> sagers et de la <b>Q</b> ualité de la <b>P</b> rise en <b>C</b> harge
CS	Cadre de <b>S</b> anté
CSIRMT	Commission des <b>S</b> oins <b>I</b> nfirmiers, de <b>R</b> ééducation et <b>M</b> édico- <b>T</b> echnique
CSS	Cadre <b>S</b> upérieur de <b>S</b> anté
CTE	Comité <b>T</b> echnique d' <b>E</b> tablishement
CVS	Conseil de <b>V</b> ie <b>S</b> ocial
DARI	Document d' <b>A</b> nalyse du <b>R</b> isque <b>I</b> nfectieux
DMS	<b>D</b> urée <b>M</b> oyenne de <b>S</b> éjour
DPI	<b>D</b> ossier <b>P</b> atient <b>I</b> nformatisé
DRH	<b>D</b> irection des <b>R</b> essources <b>H</b> umaines
DU	<b>D</b> iplôme <b>U</b> niversitaire
EBM	<b>E</b> cran <b>B</b> ilan <b>M</b> esure
EGS	<b>E</b> valuation <b>G</b> ériatrique <b>S</b> tandardisée
EHPAD	<b>E</b> tablishement d' <b>H</b> ébergement pour <b>P</b> ersonnes <b>A</b> gées <b>D</b> épendantes
ETP	<b>E</b> quivalent <b>T</b> emps <b>P</b> lein

<b>GESPE</b>	<b>Groupe d'Evaluation et de Suivi du Projet d'Etablissement</b>
GIR	Groupe Iso-Ressources
GSN	Groupe Suivi Nutrition
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IMC	Indice de Masse Corporelle
NPI	Inventaire Neuro-Psychiatrique
PAI	Projets d'Accompagnement Individualisé
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
ROLAND	Réseau Opérationnel des Liaisons Alimentation Nutrition Diététique
SP	Soins Palliatifs
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation



**Village de la Loysance**  
**Centre Hospitalier des Marches de Bretagne**  
9 rue de Fougères - 35560 ANTRAIN

Tél. : **02 99 98 46 47**