

RAPPORT D'EVALUATION INTERNE 2013

Hameaux
du Coglais



Les Hameaux Du Coglais

SAINT-BRICE-EN-COGLES

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
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 DES HAMEAUX DU COGLAIS 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 CARACTÉRISATION DE LA POPULATION	14
3. 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 REMONTEE 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
2. LE PLAN D' ACTIONS	33

ANNEXES	51
1. SYNTHÈSE DU BILAN DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2010-2014	53
2. CARACTÉRISATION DE LA POPULATION	57
2.1. DESCRIPTION DES ENTRÉES ET SORTIES DE L'ÉTABLISSEMENT	57
2.2. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES	61
2.3. SITUATION FAMILIALE ET PROTECTION DES RÉSIDENTS	64
2.4. CARACTÉRISTIQUES SOIGNANTES	65
2.5. VIE DES RÉSIDENTS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT	67
3. SPÉCIFICATION DES OBJECTIFS AU REGARD DES ACTIVITÉS REMARQUABLES	71
4. RAPPORT D'AUTOÉVALUATION	81
5. RÉSULTATS DES ENQUÊTES DE SATISFACTION	199
GLOSSAIRE	217

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

Le 30 juin 1907 est inauguré l'hôpital-hospice de Saint Brice en Coglès qui compte alors 26 lits. Il est divisé en deux pavillons consacrés l'un aux femmes, l'autre aux hommes et divisés eux-mêmes chacun en deux parties destinées l'une aux vieillards, l'autre aux malades. Un pavillon d'isolement était aussi prévu pour soigner les contagieux.

Le 20 août 1907, trois Sœurs de la Sagesse de la Communauté de St Laurent sur Sèvre prennent la direction de l'établissement.

Au cours de la première guerre mondiale, le nombre de lits est de 146 et l'hôpital emploie alors 59 personnes. Les autorités militaires immobiliseront 30 lits qui furent occupés dès le 11 septembre 1914 par des blessés de la bataille de la Marne.



1927 : L'électricité est installée

1930 : L'eau sous pression est établie

En 1933, viennent s'adjoindre deux ailes au bâtiment principal

En 1955, s'ouvre le pavillon HELLEU destiné au service convalescence qui comprend 12 lits.

En 1969, un service médecine de 11 lits est construit par allongement du pavillon nord.

En octobre 1973, les deux pavillons de la maison de retraite entrent en service.

En 1980, les religieuses quittent l'hôpital.

En juillet 1982, démarre avec le chantier du bâtiment de cure médicale de 40 lits, la première phase d'humanisation. Cette nouvelle aile « section de cure médicale » sera inaugurée le 21 janvier 1984. La répartition des lits se compose alors comme suit :

- 23 lits en médecine et moyen séjour
- 40 lits en long séjour et non valides
- 83 lits en maison de retraite (valides)

L'hôpital achève sa phase d'humanisation en janvier 1987.

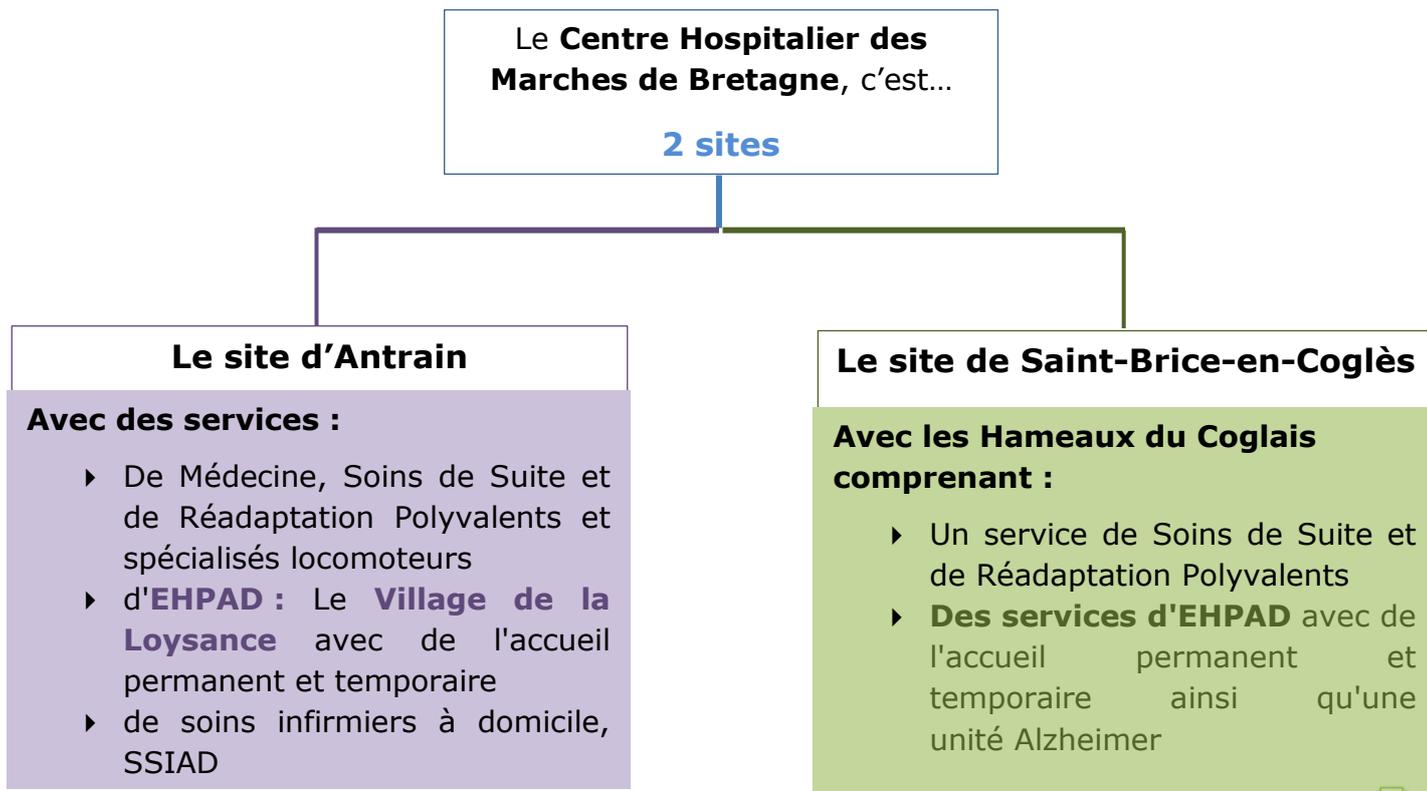
Le 15 février 1993, est ouvert le bâtiment hébergement temporaire. Douze lits en chambres individuelles ont été aménagés dans une aile ajoutée pour l'occasion au bâtiment initial de la maison de retraite.

Faits majeurs récents

- ❏ La construction des 2 phases des Hameaux du Coglais (2010/2011)
- ❏ Le déménagement de l'Ancre (unité Alzheimer) d'Antrain à St-Brice en septembre 2011
- ❏ La fermeture du service médecine de Saint-Brice au 31/12/2011
- ❏ La fusion au 1er 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 1er avril 2012
- ❏ Création d'un accueil de jour de 6 places aux Hameaux du Coglais le 4 novembre 2013

1.2. Présentation rapide des Hameaux du Coglais aujourd'hui

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



Les Hameaux du Coglais, forment l'ensemble des services du site de St-Brice, dont les activités et particulièrement les **activités médico-sociales** se présentent ainsi :

Les Hameaux du Coglais	
Soins de Suite et de Réadaptation Polyvalents	11 places
Accueil permanent	112 places
Accueil temporaire « La Pampille »	12 places
EHPAD	Unité Alzheimer { « L'Ancre de Marigny » 17 places (15 permanents et 2 temporaires)
	Accueil de jour « L'escale » 6 places
	Accueil de Nuit 1 place

❏ Les Hameaux du Coglais comprennent un **EHPAD de 148 places**

- Convention tripartite : 2002-2006
- Conventionnement APL
- Tarif global avec une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)

Les lieux de vie des Hameaux du Coglais sont organisés **en Hameaux de 24 à 31 places, en chambres simples ou doubles**. Une rue centrale, véritable artère des Hameaux du Coglais dessert l'ensemble des Hameaux et distribue les lieux de vie communs, comme le restaurant, la salle de spectacle, l'espace Snoezelen...Une crèche intercommunale est aussi hébergée dans les locaux de l'EHPAD.

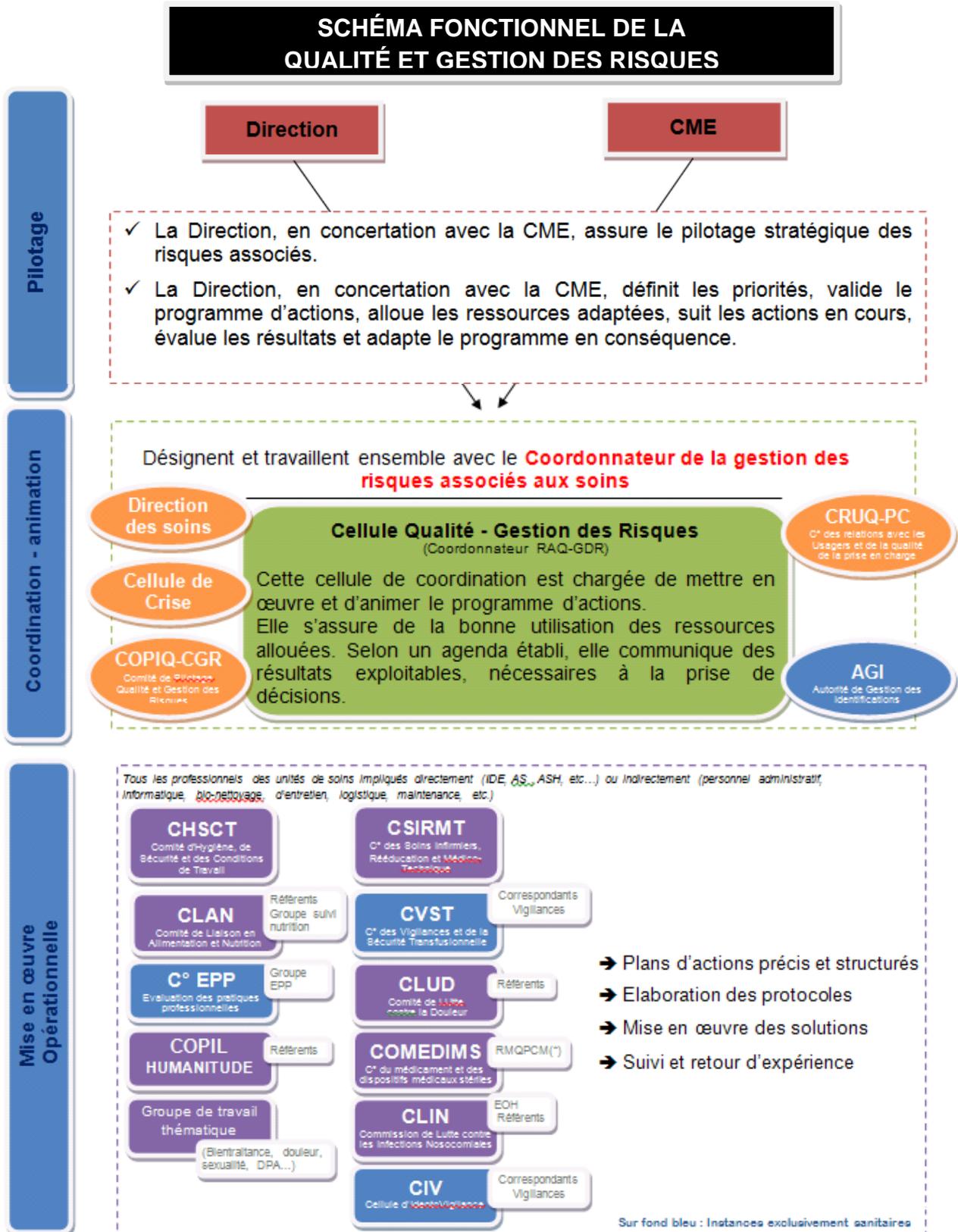
Chaque unité bénéficie d'une **équipe attitrée et de locaux de vie**, dont une salle à manger.

Certaines unités sont repérées autour de **missions spécifiques** :

- Unité Alzheimer
- Accueil Temporaire

❏ **Les Hameaux du Coglais, en tant que service du CHMB, bénéficient de la mutualisation des services transversaux, en particulier s'agissant de 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 règlementaire 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

Les Hameaux du Coglais 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.**
- ❏ **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

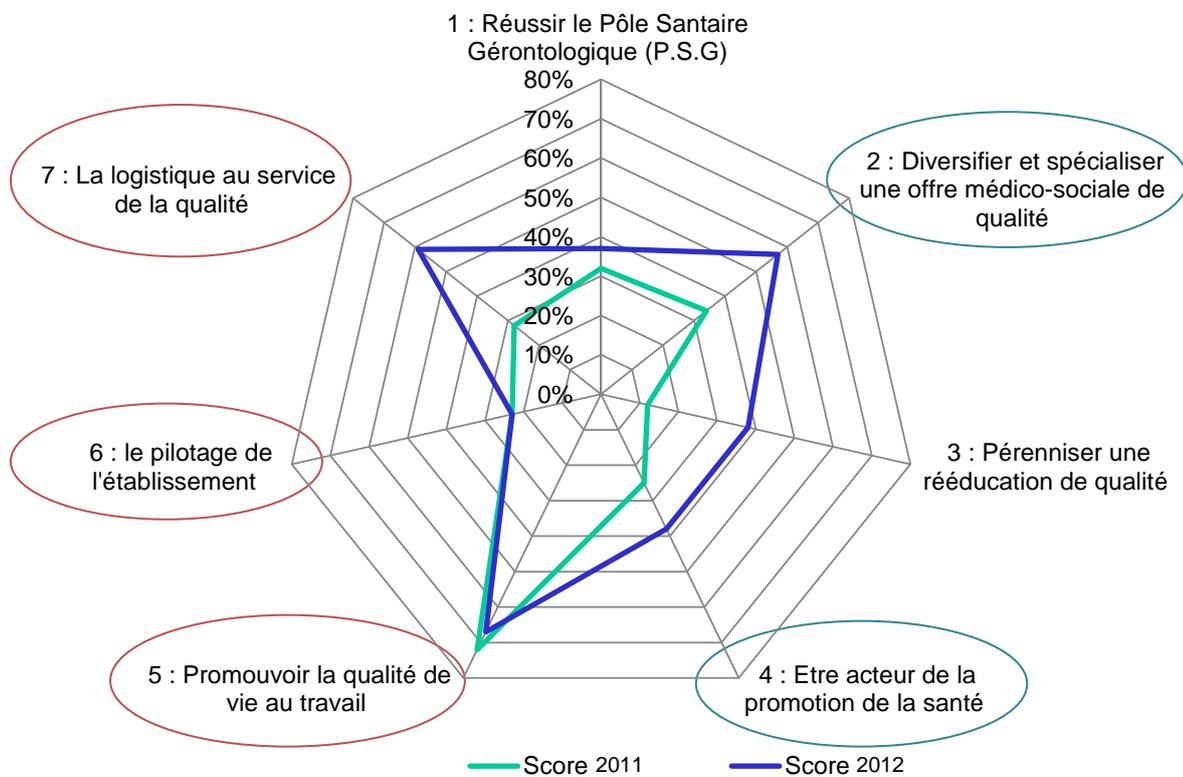
Le **projet des Hameaux du Coglais fait partie intégrante du projet global d'établissement 2010-2014, dans son volet médico-social.**

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 les Hameaux du Coglais, 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 les Hameaux Du Coglais :**

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%
ENSEMBLE	50	12	4	25	9	57%	34%

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

Les valeurs **des Hameaux du Coglais** 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'utilisateur** 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 Bienveillance. 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 dédiés

2. 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 et 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 : Plus de 80% des résidents proviennent du canton de Saint-Brice et ses cantons limitrophes.
- La moyenne d'âge à l'entrée est de 82½ ans en 2012 en hébergement permanent et temporaire.
- La DMS a augmenté entre 2011 et 2012 : La durée moyenne de séjour s'élève à 4 ans et 189 jours. En accueil temporaire, la DMS est de 35 jours et a augmenté de 12 jours entre 2011 et 2012.
- Le pourcentage des sorties pour hospitalisation vers un établissement sanitaire représente 70% des sorties (définitives ou non).
- En 2012, ¼ des résidents sont des hommes : proportion importante de femmes.
- 13,76% des résidents sont sous protection juridique.
- 64,29% des résidents sont veufs.
- 95,45% des résidents ont encore des contacts avec les proches.
- Le GMP est passé de 676 en 2010 à 726 en 2011. Cette augmentation s'explique par la hausse du nombre de résidents en GIR 1-2. Le nombre de résidents en GIR 5-6 a baissé de plus de 10% en 3 ans.
- Au 22 novembre 2013, 44,44% résidents sur 126 présents, ont un diagnostic de maladie psychiatrique et/ou de maladie démentielle.
- 49,22% des résidents disposent d'une texture d'alimentation adaptée régulièrement réévaluée.
- Plus de 1 résident sur 2 dispose d'un fauteuil roulant (53,57%).
- 83,33% des résidents disposent d'une aide technique pour leur déplacement.
- Plus de 60% des résidents nécessitent des aides dans les actes de la vie quotidienne (aide aux repas, toilettes, déplacement...).
- 35,09% des résidents sont confinés au fauteuil et moins de 1% est confiné au lit.
- Les pourcentages des décès sont en hausse : au sein des Hameaux (+14,9% entre 2011 et 2012), en hospitalisation (+9,1% sur 3 ans).

3. 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^{ème} 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 au comité de pilotage du référentiel 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 de groupe opérationnel 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).
- 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

▮ 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

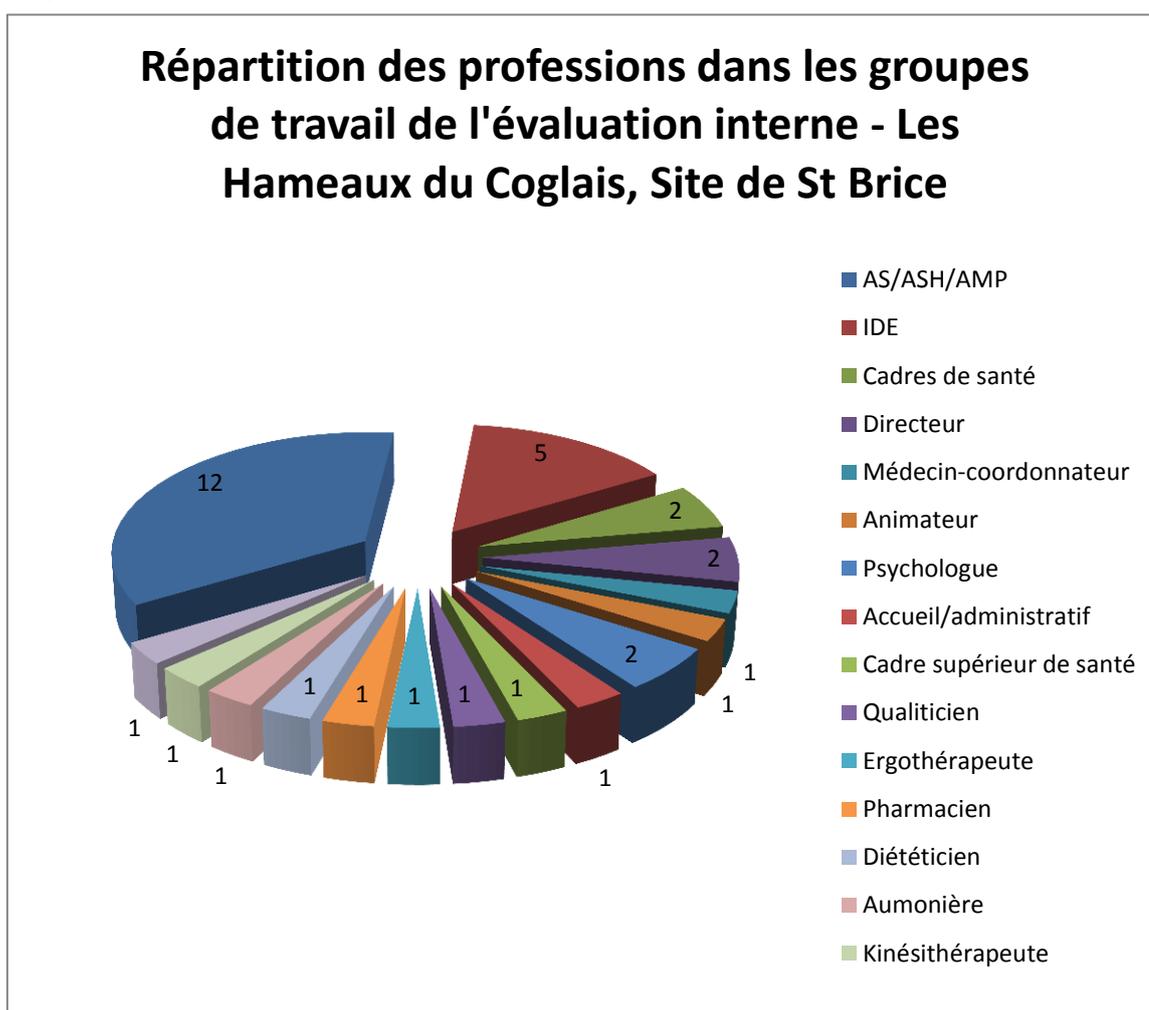
Mme J. BETTLER	Directrice
Mme EH. BEASSE	Directrice-adjointe, chargée des ressources humaines et de la qualité, référente du site d'Antrain
Mme E. CONSTANCY	Directrice-adjointe chargée des services économiques, logistiques et informatique, référente du site de St-Brice
Mme J. PETITPAS	Cadre supérieure de santé, FF directrice de soins
Dr F. ILLES	Gériatre, médecin coordonnateur de la 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 :



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, 57 résidents ont répondu soit un taux de retour de 46 %.

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
A	Objectif atteint au regard des éléments d'appréciation proposés	Le thème est formalisé, maîtrisé, évalué...
B	Objectif atteint dans la majorité des situations	Thème maîtrisé en grande partie
C	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)
D	Objectif trop peu atteint ou non satisfait ou de façon trop rare	Lacunes avérées sur ce thème
NC	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

▮ 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

▮ 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 92 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 136 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 152 du référentiel évaluatif)
- Thème de la personnalisation des activités sociales individuelles et collectives :
Bilan d'activité sur l'année 2012 du service animation (page 176 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 194 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 bienveillance (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

▮ 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'Évaluation 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.

▮ 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)

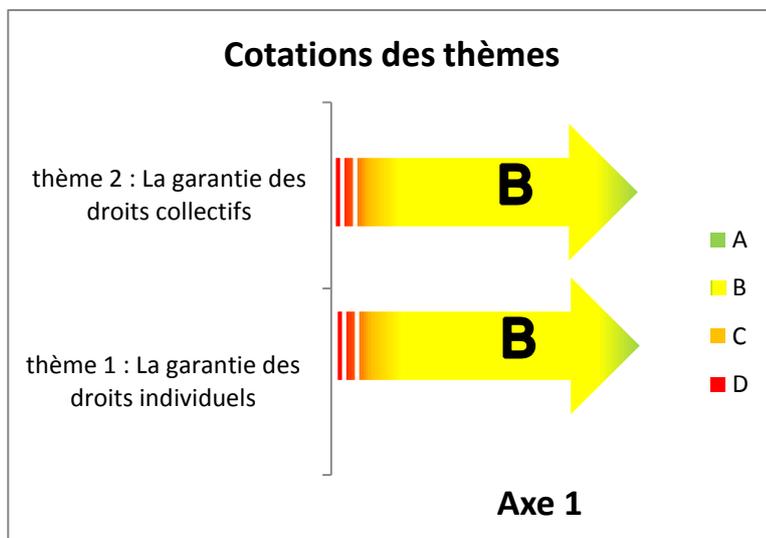
D Lacunes avérées sur ce thème

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.

Les Hameaux du Coglais disposent de chambres communicantes 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.

La construction d'un 7^{ème} hameau au terme du plan directeur viendra augmenter le nombre de chambres individuelles et permettra d'atténuer le niveau d'insatisfaction des résidents.

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.

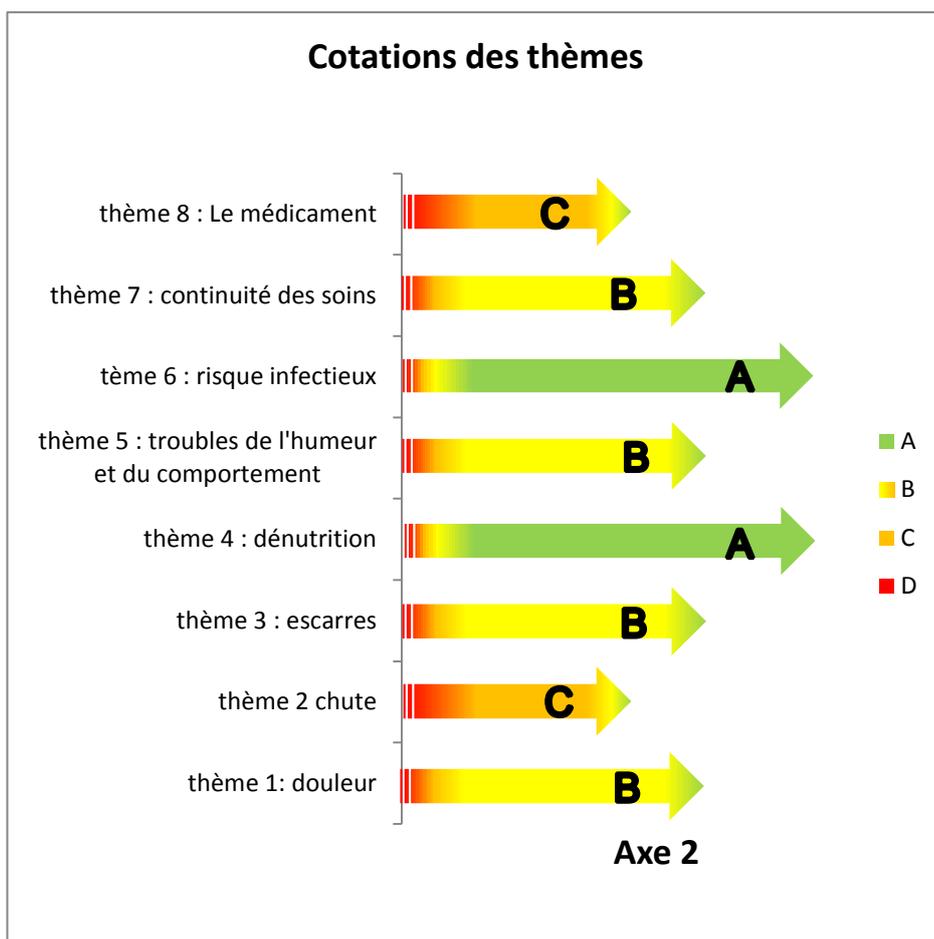
Nous pouvons apprécier le bénéfice de cette organisation sur le résultat du DARI nous plaçant à plus de 75 % des objectifs.

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 liant avec un laboratoire d'analyse de biologie médicale et un cabinet de radiologie...

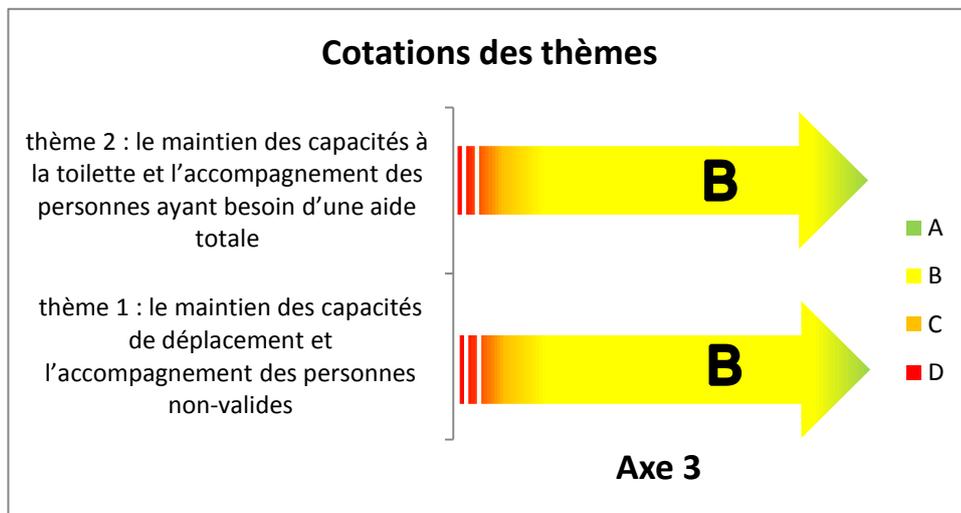
Un point fort est à souligner pour la continuité des soins : le dossier informatisé. En effet, tous les intervenants de la prise en soins, y compris les médecins traitants de leur cabinet libéral, ont accès en temps réel aux données du dossier des résidents.



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

La dimension du maintien de l'autonomie a été intégrée au projet architectural des hameaux du Coglais, notamment avec une configuration identique des différents hameaux afin de faciliter la prise de repères.

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.

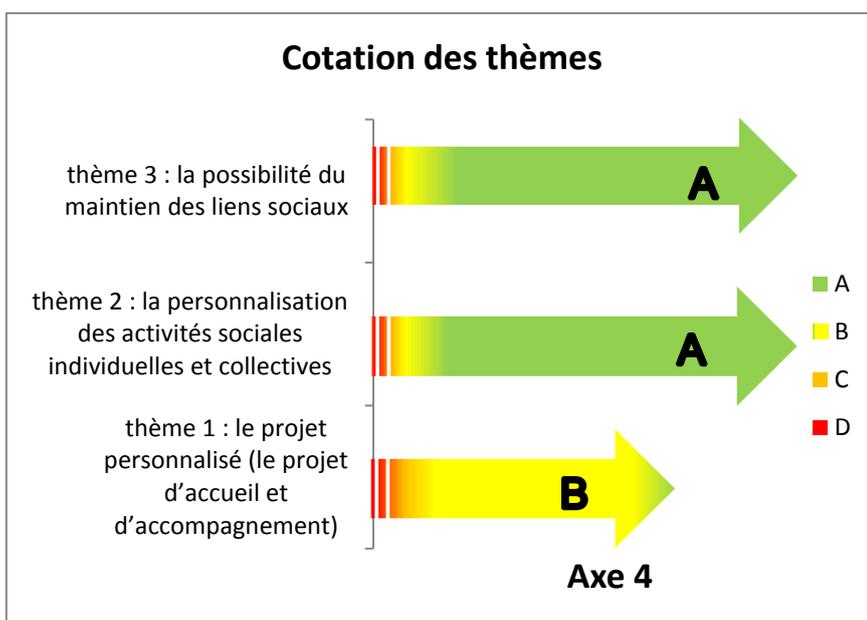
Les concepts « Humanitude » ont apporté les pratiques de report de soins et de respect des rythmes des résidents, individualisant mieux la prise en soins.

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.



Chaque PAI est revu tous les 2 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 attendues 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 quartier de l'établissement.

A noter la présence de bénévoles 10 jours par mois par l'intermédiaire d'une association locale.

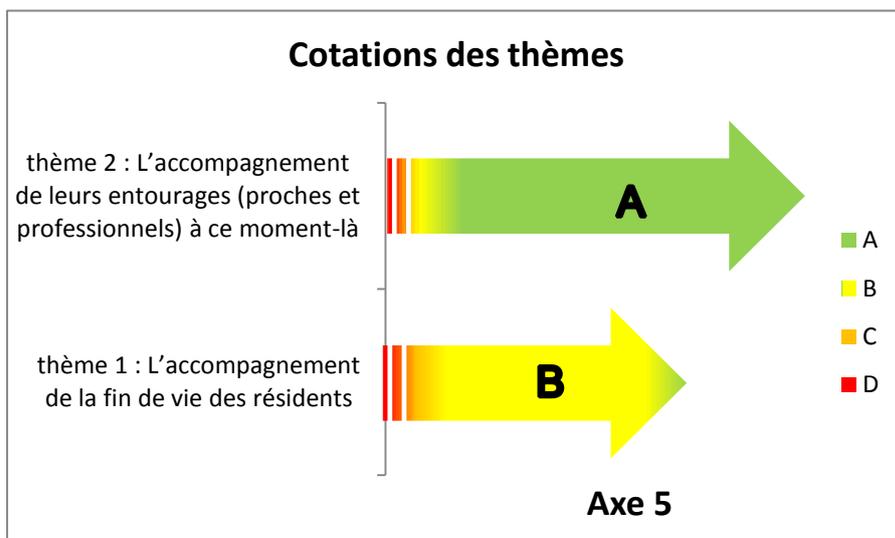
L'architecture propose plusieurs espaces pour l'accueil de l'entourage et l'établissement prête gracieusement un véhicule adapté pour que les familles puissent sortir avec leurs proches.

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.

▮ Constats issus des enquêtes de satisfaction

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

■ Très satisfait = TS

La légende : ■ Satisfait = S

■ Peu satisfait = PS

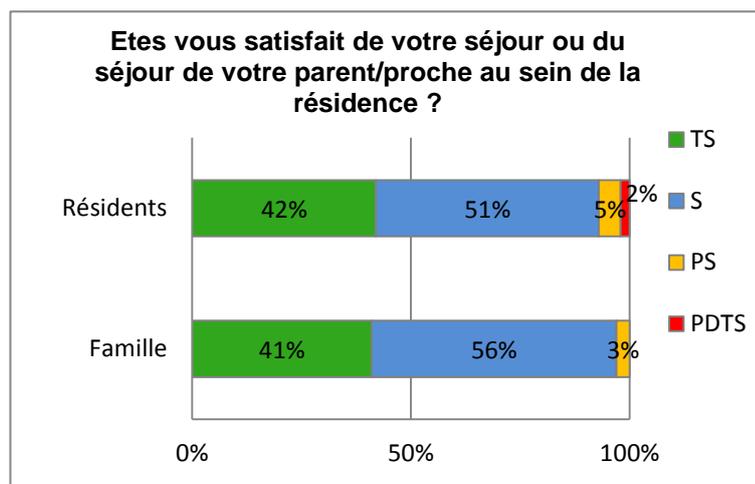
■ Pas du tout satisfait = PDTS

⇒ La vision globale de l'établissement

Les familles (97%) et les résidents (93%) 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 le soir, insuffisamment salé,...) ou le traitement du linge.

Les familles sont très satisfaites de l'accueil lors de l'admission de leur proche et des renseignements qui leur ont été donnés

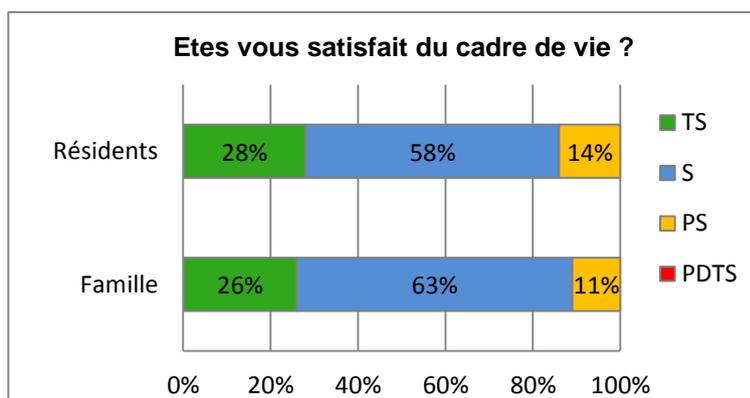


⇒ Qualité et sécurité des espaces

Les résidents (86%), les familles (89%) apprécient le **cadre de vie**.

L'**aménagement des espaces** satisfait 87% des familles et 87% des résidents.

Plus de 95% 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** (91%), de la disponibilité (86%) et de l'accompagnement administratif (92%).

Par ailleurs, 26% des résidents pensent ne pas avoir suffisamment **d'informations sur la vie de l'établissement** et 32% ne pas être satisfaits de **l'identification des professionnels**

Les familles sont satisfaites à la fois de **l'amabilité des professionnels** (97%), de leur possibilité d'exprimer des réclamations (88%) et de l'accompagnement administratif (100%).

Par ailleurs, elles sont 21% à ne pas être satisfaites de **l'identification des professionnels** et 23% à penser ne pas avoir suffisamment **d'informations sur la vie de l'établissement**.

⇒ **Vie sociale**

Les familles (96%) et les résidents (84%) sont satisfaits des **animations**. Néanmoins 16% des résidents sont peu satisfaits. Leur insatisfaction est expliquée dans les commentaires de l'enquête.

Les résidents (89%) et les familles sont très satisfaits et satisfaits (100%) de la possibilité d'aller et venir au sein de l'établissement.

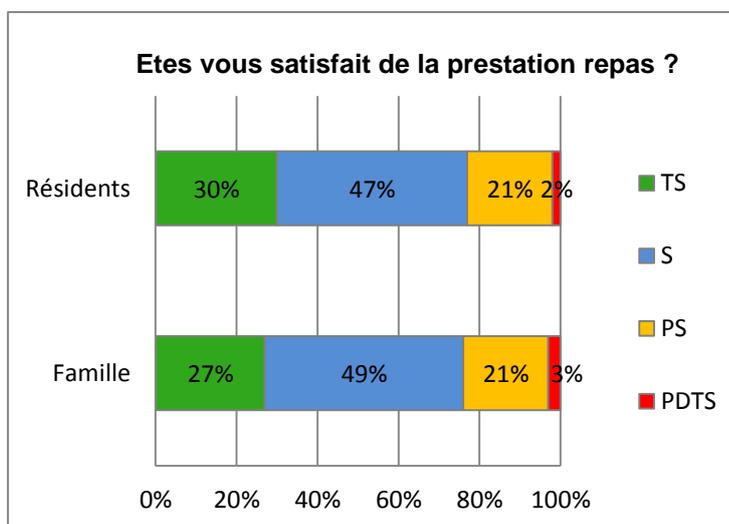
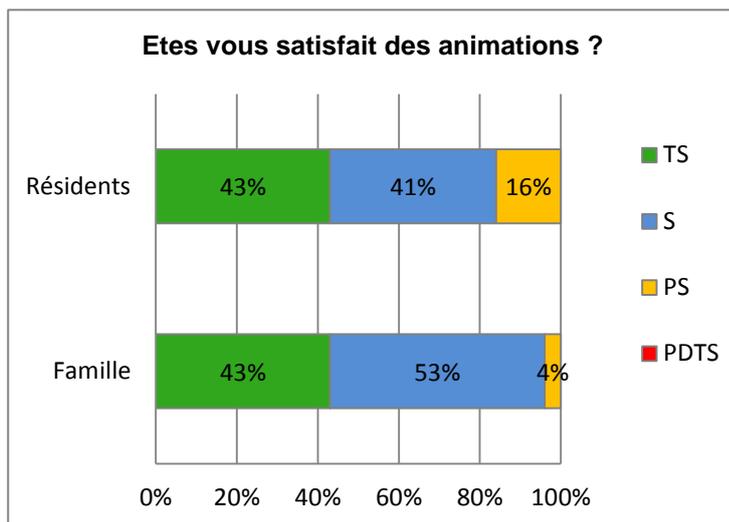
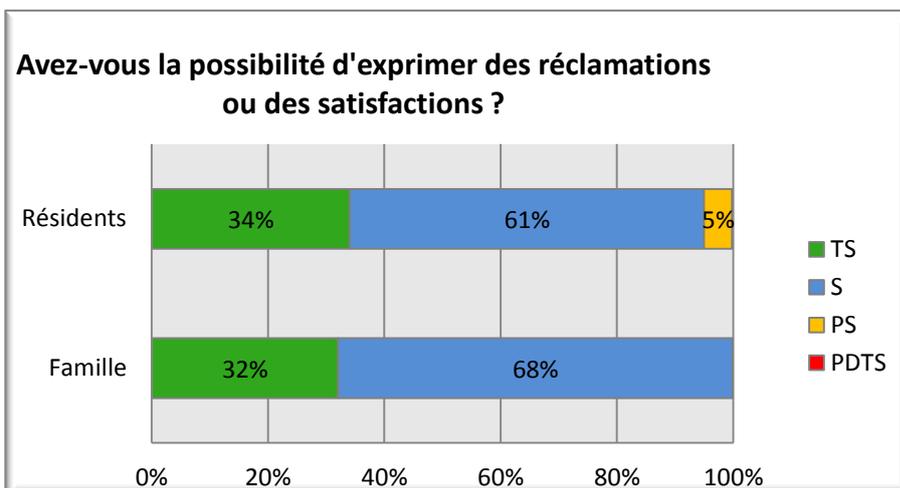
⇒ **Prestations hôtelières :**

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.

Même si une famille pense que la qualité des repas a baissé, 76% des familles apprécient la prestation repas.

24% d'entre elles, pensent que les repas sont à améliorer.

Les résidents sont satisfaits à 77% de la **prestation repas**. 21% des résidents sont peu satisfaits et 2% ne le sont pas du tout.



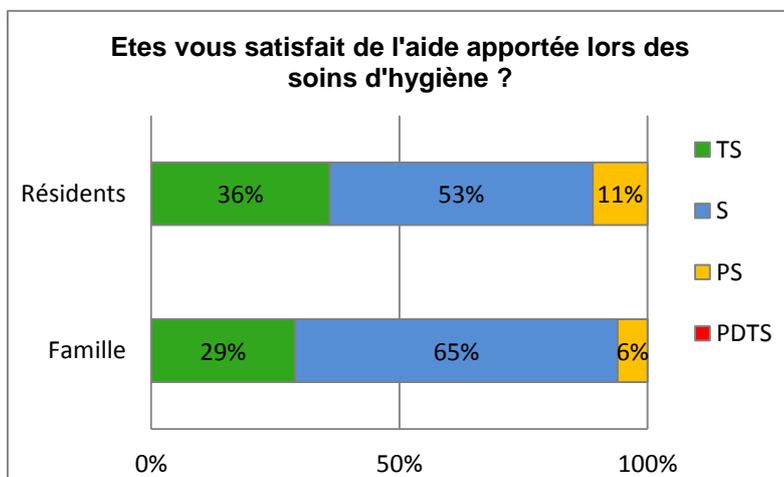
⇒ **Les soins**

20% des résidents et des familles considèrent la prise en **charge médicale insatisfaisante**. Les résidents (81%) et les familles(94%) sont satisfaits de la **prise en charge faite par les soignants**.

L'aide apportée dans le cadre des **soins d'hygiène** semblent satisfaire 94% des familles et 89% des résidents.

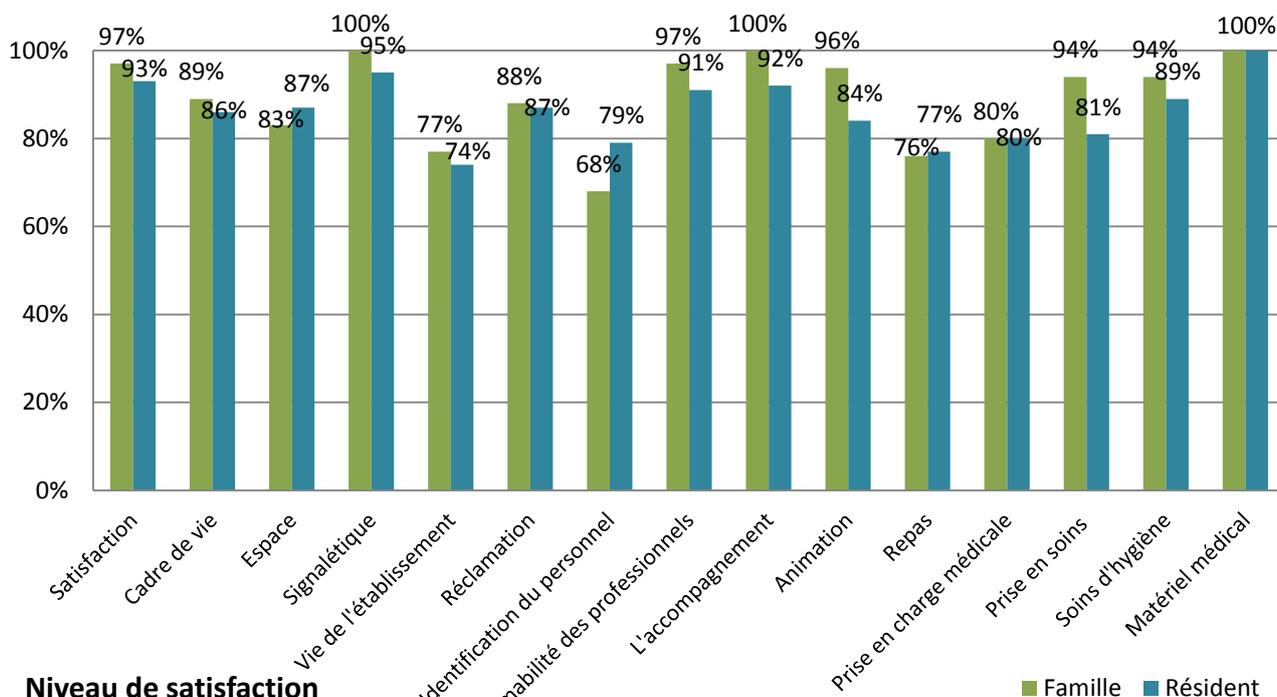
Une famille dit avoir des difficultés pour obtenir des informations sur la fréquence des soins...

Le **matériel médical** (lit, fauteuil,...). mis à disposition semble convenir à tous (100% des familles et des résidents sont satisfaits).



Parmi les résidents ayant répondu 22% estiment que leur **douleur** n'est pas toujours prise en compte par le personnel soignant. Ils sont à 23% d'insatisfaits quant aux **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 les familles sont globalement satisfaits des prestations proposées même si sur certains points les résultats sont à améliorer.



Niveau de satisfaction
Comparaison des avis résidents/familles

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

26% des résidents et 23% des familles ne se sentent pas assez informés sur la vie de l'établissement.

↳ **L'identification du personnel.**

79% des résidents parviennent à identifier les différents soignants de leur unité. En revanche, 32% des familles semblent avoir des difficultés pour différencier les soignants.(AS,ASH, IDE....).

↳ **Repas**

Les résidents sont satisfaits à 77% de la prestation repas. Cependant, 21% des résidents sont peu satisfaits et 2% ne le sont pas du tout. Les familles sont à 27% très satisfaites et à 49% satisfaites des prestations repas. 24% d'entre elles, pensent que les repas sont à améliorer.

↳ **Prise en charge médicale**

20% des résidents et des familles estiment ne pas être pris en charge correctement par les médecins.

*Malgré ces remarques, 86% des résidents et 97% 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, au regard des écarts constatés lors de la phase évaluative, nous avons priorisé les projets ci-après.

Chaque projet donne les perspectives en terme d'objectif 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

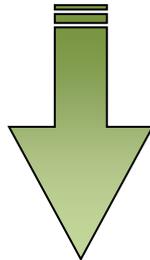
⇒ **AXE 5 : ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE**

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

 Axe1 : La garantie des droits individuels et collectifs							
Constat : Référentiel d'évaluation interne et enquêtes auprès des résidents	Planification					Pilotes	Direction/Cellule Qualité
	2013	2014	2015	2016	2017		
THEME 1 : garantie des droits individuels							
↳ Objectif : Respecter le droit à l'intimité, au respect de la vie privée, à la dignité, à la participation du résident à son projet						Acteurs	
Réaliser les travaux d'aménagement des locaux à St Brice						Direction/Service technique	
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	
↳ Objectif : Optimiser l'accueil et l'information des résidents						Acteurs	
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	
↳ Objectif : Promouvoir la bienveillance						Acteurs	
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	
THEME 2 : Garantie des droits collectifs							
↳ Objectif : Développer la participation des résidents à la vie de l'établissement						Acteurs	
Impliquer les résidents dans le Conseil de vie Sociale						CVS /Direction/Cellule Qualité/ Cadres de santé	
↳ Objectif Prévenir et lutter contre la maltraitance						Acteurs	
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

Constat : Référentiel d'évaluation interne et enquêtes auprès des résidents

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



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

Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents	Planification					Pilotes	Cadre supérieur de santé/ Médecin coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
THEME 1 : La prévention et la prise en charge de la douleur							
↳ Objectif : Assurer une formation spécifique auprès du personnel relative au dépistage et à la prise en charge de la douleur						Acteurs	
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	
↳ Objectif : Dépister, évaluer, traiter et réévaluer						Acteurs	
Systematiser l'évaluation par échelles et la traçabilité						Cadres/ Equipe soignante	
Mettre en œuvre une évaluation systématique dans le cadre de la douleur chronique						Cadres/ Equipe soignante	
THEME 2 : La prévention et la prise en charge des chutes							
↳ Objectif : Assurer une formation spécifique auprès du personnel relative à la prévention des chutes						Acteurs	
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	
↳ Objectif : Impliquer les résidents dans la prévention des chutes						Acteurs	
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 chutes						Cadres/ Equipe soignante/ Médecins	
↳ Objectif : Analyser et traiter les causes de chutes						Acteurs	
Appliquer les méthodes de résolution de problème						Cellule Qualité/ cadres/ médecins	
Améliorer l'outil de recueil (Osiris)						Informaticien/cadres/Médecins/ Cellule Qualité/ Direction	



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

Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents	Planification					Pilotes	Cadre supérieur de santé/ Médecin coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
THEME 3 : Prévention et prise en charge des escarres							
↳ Objectif : Assurer une formation de prévention et prise en charge des escarres						Acteurs	
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	
↳ Objectif : Repérer les résidents à risques d'escarres						Acteurs	
Définir les modalités d'évaluation du risque et les formaliser						Cadres de santé/ CSIRMT/ Cellule Qualité	
↳ Objectif : Prendre en charge les résidents porteurs d'escarres						Acteurs	
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	
THEME 4 : Prévention et prise en charge de la dénutrition							
↳ Objectif : S'assurer de la mise en œuvre des dispositions nécessaires pour faire face à la dénutrition						Acteurs	
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	



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

Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents	Planification					Pilotes	Cadre supérieur de santé/ Médecin coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
THEME 5 : Dépistage et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement							
↳ Objectif : Développer l'évaluation des troubles du comportement						Acteurs	
Mettre en place l'évaluation NPI en parallèle du GIR						Médecin coordonnateur/ cadres de santé	
↳ Objectif : Assurer des formations spécifiques auprès du personnel						Acteurs	
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	
↳ Objectif : Optimiser le traitement						Acteurs	
Diminuer les neuroleptiques et benzodiazépines						Médecins/ Pharmacien/ Cadres de santé	
Privilégier l'approche non-médicamenteuse						Médecins/ Cadres de santé/ Psychologue	
THEME 6 : Analyse et maîtrise du risque infectieux							
↳ Objectif : Former et sensibiliser les professionnels à l'hygiène						Acteurs	
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	
↳ Objectif : Mettre en œuvre les actions correctives issues du DARI						Acteurs	
Optimiser la vaccination des professionnels						Médecin coordonnateur/ Médecine du travail	
Formaliser les procédures manquantes						Cellule Qualité/ CLIN/IDE hygiène/ Equipe opérationnelle hygiène/	

 Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents							
Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents	Planification					Pilotes	Cadre supérieur de santé/ Médecin coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
THEME 7 : La prise en charge médicamenteuse							
↳ Objectif : Sécuriser le circuit du médicament						Acteurs	
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	
↳ Objectif : Sensibiliser et former à la prise en charge médicamenteuse						Acteurs	
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	
THEME 8 : La continuité des soins							
↳ Objectif : Assurer et optimiser la continuité des soins						Acteurs	
Poursuivre la formalisation de conventions						Direction/Cadres de santé	
Favoriser la professionnalisation des ASH vers les postes d'AS et d'AMP et d'AS 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 rendus 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

 Axe 3 : Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance							
Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents	Planification					Pilotes	Cadres supérieur de santé/ Médecin Coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
THEME 1 : Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes non valides							
↳ Objectif : Maintenir les capacités des résidents pour les actes de la vie quotidienne						Acteurs	
Réaliser une évaluation gériatrique standardisée						Médecins coordonnateurs	
Améliorer le recueil des informations concernant l'autonomie des résidents						Cadres de santé/ Référente Osiris	
↳ Objectif : Améliorer les conditions de déplacement						Acteurs	
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	
THEME 2 : Maintien des capacités à la toilette et l'accompagnement des personnes ayant un besoin d'aide totale							
↳ Objectif : Poursuivre l'engagement dans la démarche Humanitude						Acteurs	
Poursuivre les ateliers par les référents						Référents Humanitude/ cadres de santé	
Poursuivre les formations et les sensibilisations						Référents Humanitude/ cadres de santé/ DRH	
↳ Objectif : Adapter les moyens humains et matériels pour la toilette des résidents						Acteurs	
Etudier la pertinence de l'évaluation des capacités au travers de la toilette, en synthèse pluridisciplinaire						Cadres de santé/ Equipe soignante/Médecin coordonnateur	
Programmer la 1 ^{ère} toilette avec 2 soignants pour les nouveaux résidents ayant un besoin d'aide totale						Cadres de santé/ Equipe soignante	



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

Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents

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

 Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement							
Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne	Planification					Pilotes	Cadres supérieur de santé/ Médecin Coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
THEME 1 : Le projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement)							
↳ Objectif : Prendre en compte les besoins et les attentes						Acteurs	
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	
↳ Objectif : Associer le résident à son projet						Acteurs	
Uniformiser les pratiques liées à l'utilisation du Projet d'accompagnement individualisé						Cadres de santé/ Médecin coordonnateur/ Equipe soignante	
Informers les résidents sur la synthèse et les objectifs de leur Projet d'accompagnement individualisé						Cadres de santé/ Médecin coordonnateur/ Equipe soignante	
THEME 2 : La personnalisation des activités individuelles et collectives.../							
↳ Objectif : Permettre aux résidents de participer à l'élaboration des projets liés aux activités						Acteurs	
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	
↳ Objectif : S'assurer régulièrement de la satisfaction des résidents sur les activités proposées						Acteurs	
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	

 Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement							
Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents	Planification					Pilotes	Cadres supérieur de santé/ Médecin Coordonnateur
	2013	2014	2015	2016	2017		
.../ THEME 2 : La personnalisation des activités individuelles et collectives							
↳ Objectif : Optimiser le déploiement des activités						Acteurs	
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	
THEME 3 : la possibilité du maintien des liens sociaux							
↳ Objectif : Maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs des résidents avec son environnement social						Acteurs	
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	
↳ Objectif : Favoriser les liens sociaux grâce à l'ouverture vers l'extérieur						Acteurs	
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

 Axe 5 : Accompagnement à la fin de vie		Planification					Pilotes	Cadres supérieur de santé/ Médecin Coordonnateur
		2013	2014	2015	2016	2017		
Constat : Cf. référentiel d'évaluation interne et enquête satisfaction résidents								
THEME 1 : L'accompagnement de la fin de vie des résidents								
↳ Objectif : Respecter la volonté de la personne							Acteurs	
Développer les formations personnes de confiance et directives anticipées							Equipe de soins palliatifs / Cadres de santé / Psychologue	
Sensibiliser les équipes à la traçabilité sur le dossier informatisé des informations liées aux souhaits de la personne et de ses proches							Cadres de santé / Psychologue / référent Osiris	
↳ Objectif : Prendre en charge les douleurs physiques et psychologiques							Acteurs	
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	
THEME 2 : L'accompagnement de leurs entourages (proches et professionnels) à ce moment-là								
↳ Objectif : Former et sensibiliser les professionnels							Acteurs	
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	
↳ Objectif : déployer les moyens adéquats pour soutenir l'entourage des résidents en fin de vie							Acteurs	
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 **71**

Annexe 4

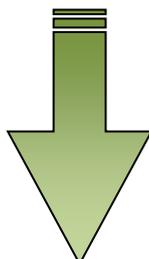
RAPPORT D'AUTOEVALUATION - REFERENTIEL

Page **81**

Annexe 5

RESULTATS DES ENQUETES DE SATISFACTION RESIDENTS ET FAMILLES

Page **199**



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

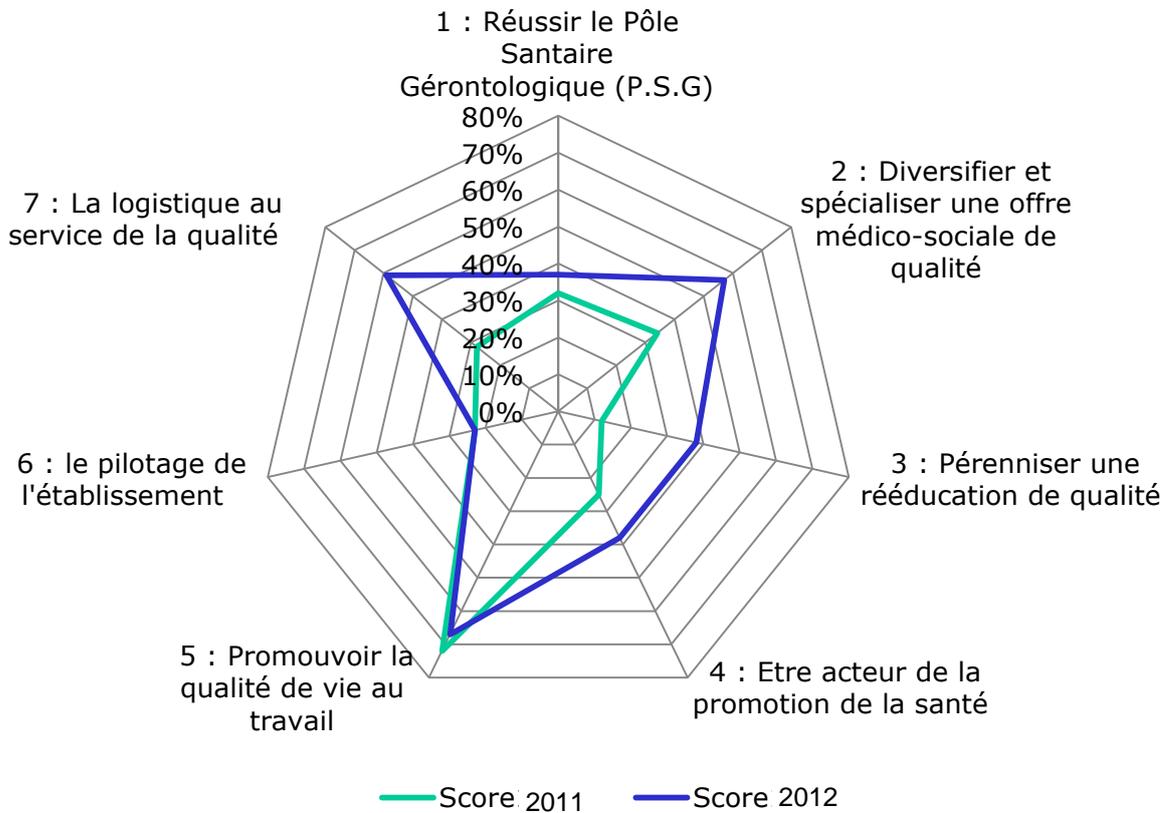
Nous vous présentons dans les pages suivantes les résultats obtenus par l'établissement, d'après la présentation de la société Adysta du 14 janvier 2013, consultant prestataire du CHMB.

Tableau de suivi des actions du Projet d'Établissement

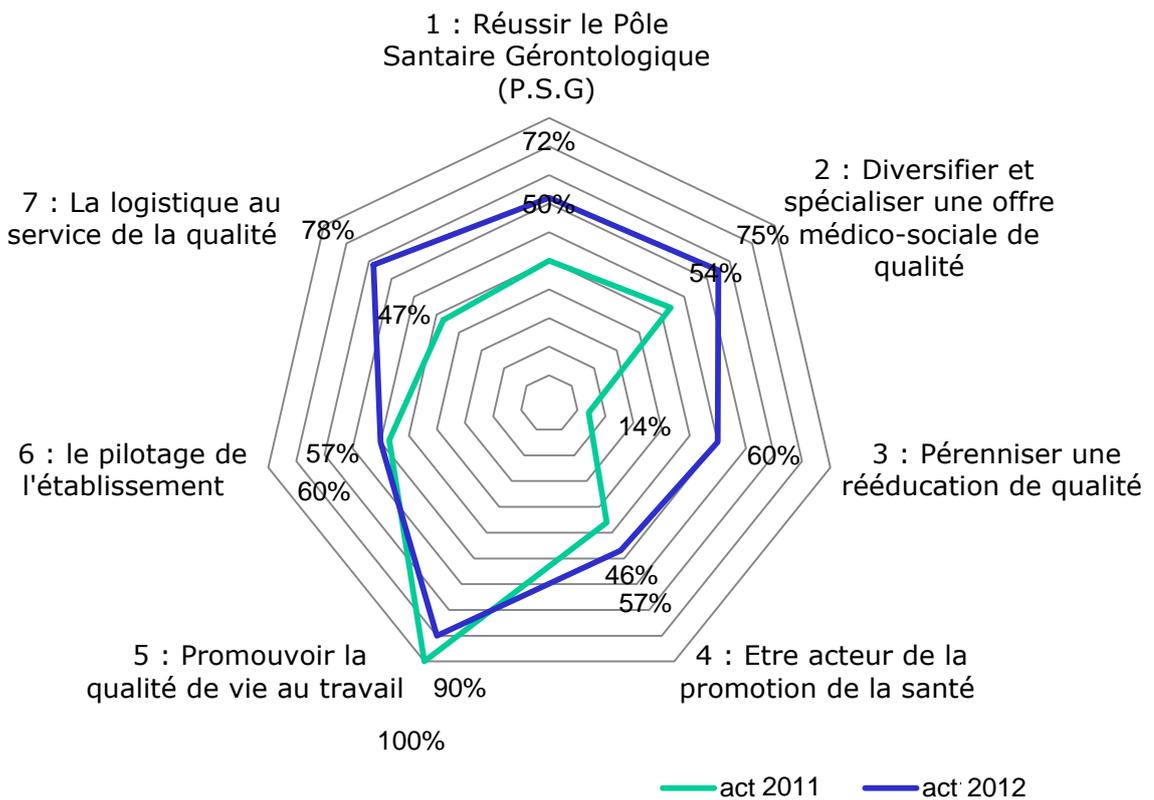
	Nombre d'objectifs	Nombre d'actions	% actions commencées	Score de l'axe
1 : Réussir le Pôle Sanitaire Gériatrique (P.S.G)	6	36	72%	37%
2 : Diversifier et spécialiser une offre médico-sociale de qualité	13	50	75%	57%
3 : Pérenniser une rééducation de qualité	6	30	60%	38%
4 : Être acteur de la promotion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

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%	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	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%
ENSEMBLE	50	12	4	25	9	57%	34%

Actions	Libellés actions réalisées à 100%
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 de la phase 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

Les Hameaux du Coglais, à Saint-Brice, accueillent fin 2012 :

- 124 résidents répartis sur 94 chambres regroupées sur 5 hameaux dont 12 résidents en accueil temporaire
- Une unité d'hébergement pour Résidents atteints de la maladie d'Alzheimer de 18 places en chambres individuelles dont 2 en accueil temporaire et 1 en accueil de nuit.

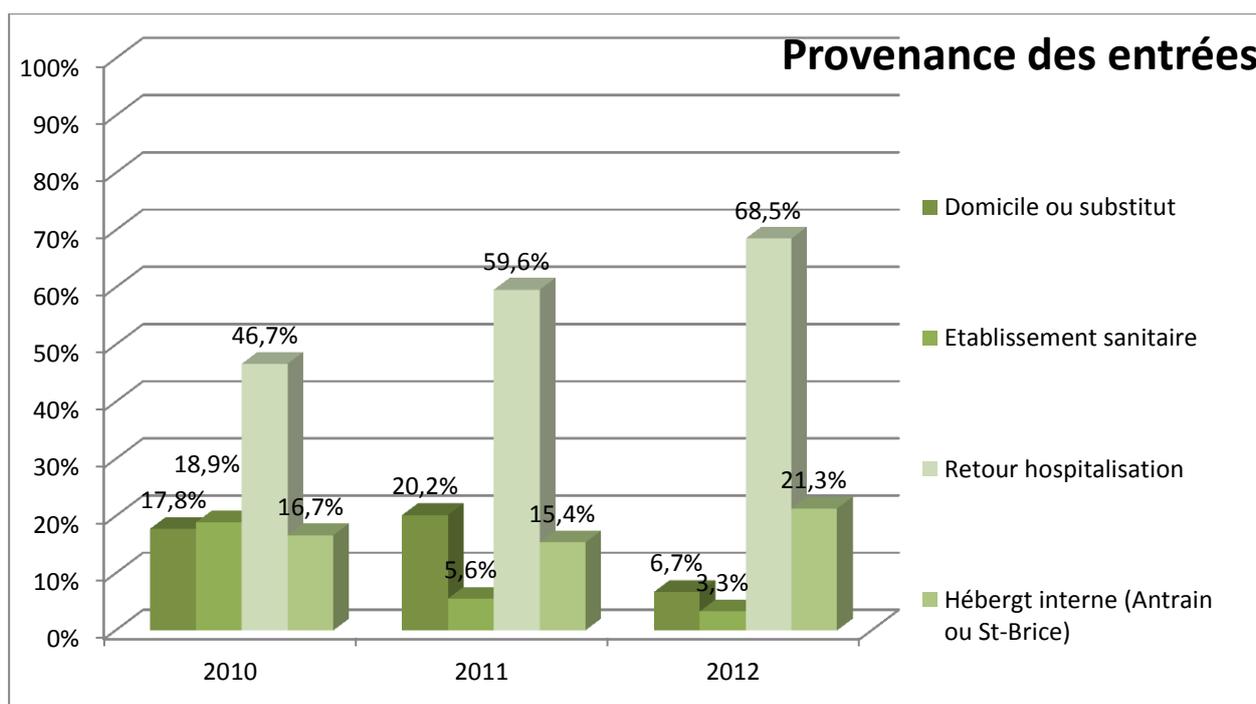
Ci-après sont présentées les principales données sur la population accueillie.

2.1. Description des entrées et sorties de l'établissement

2.1.1. Provenance des résidents

		2010	2011	2012
Provenance des entrées	Domicile ou substitut	16	21	6
	Etablissement sanitaire	59	67	64
	<i>(dont retour hospitalisation)</i>	42	62	61
	Hébergé interne (Antrain ou St-Brice)	15	16	19
TOTAL		90	104	89

Nombre Entrées	48	42	28
-----------------------	-----------	-----------	-----------



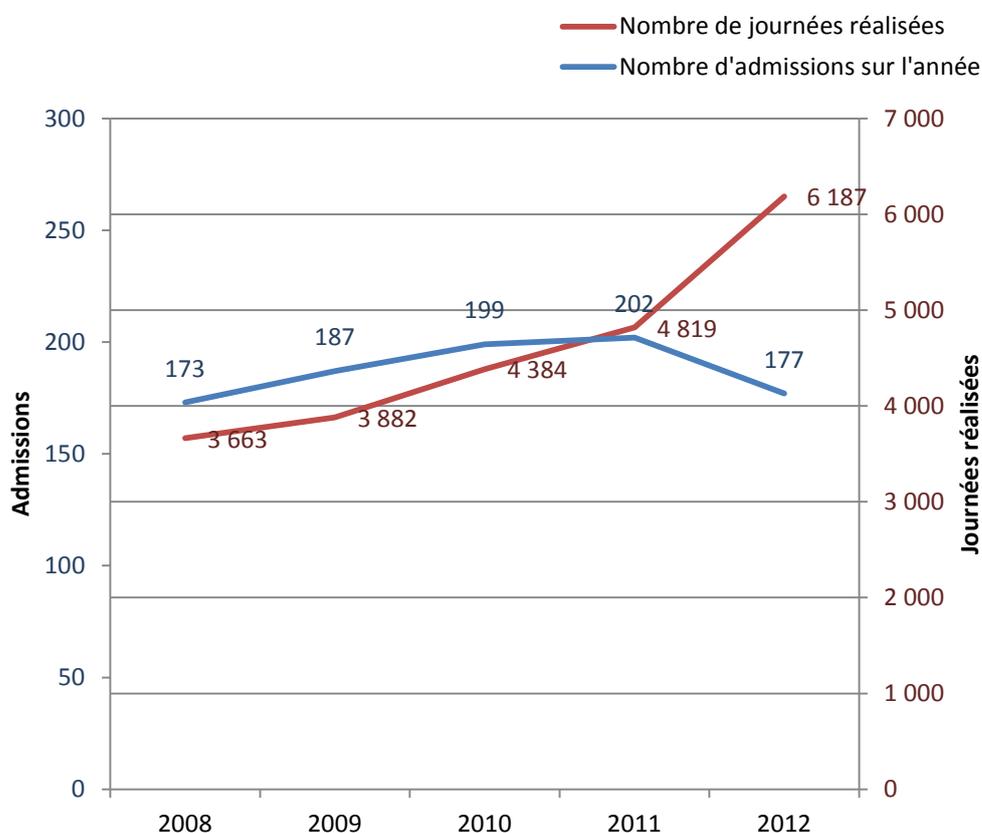
En 2012, le pourcentage des entrées provenant du domicile est en baisse de 13,8% par rapport à 2011.

Le pourcentage des entrées provenant d'établissements sanitaires est en nette hausse (21,8% sur 3 ans).

2.1.2. A l'accueil temporaire

	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre d'admissions sur l'année	173	187	199	202	177
Sorties de l'année	168	187	199	197	178
Nombre de journées réalisées	3 663	3 882	4 384	4 819	6 187
dont en réservation de chambre	19	45	43	81	104

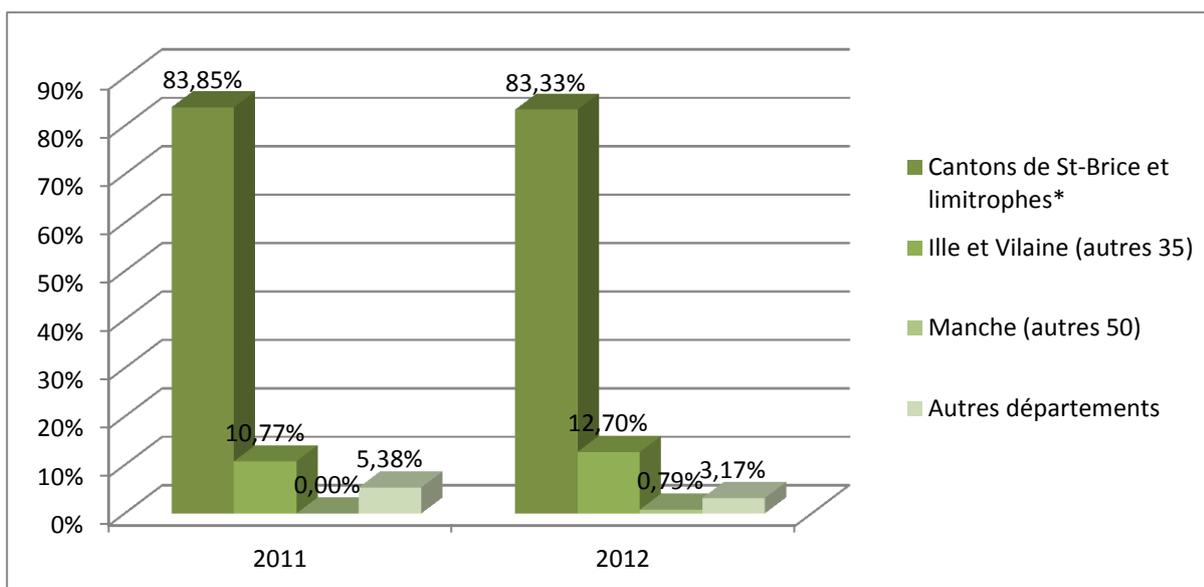
Occupation à l'accueil temporaire



En accueil temporaire, le nombre d'admissions a baissé (-25 admissions entre 2011 et 2012) alors que le nombre de journées d'accueil a augmenté (+1368 journées entre 2011 et 2012).

2.1.3. Origine géographique des résidents

Population au 31 décembre de l'année	2011	2012
Cantons de St-Brice et limitrophes*	109	105
Ille et Vilaine (autres 35)	14	16
Manche (autres 50)	-	1
Autres départements	7	4
TOTAL	130	126



Plus de 80% des résidents proviennent du canton de Saint-Brice et ses cantons limitrophes.

2.1.4. Durée moyenne de séjour

En hébergement permanent :

	2010	2011	2012
DMS	3 ans et 233 jours	2 ans et 161 jours	4 ans et 189 jours

La DMS a augmenté de 2 ans entre 2011 et 2012.

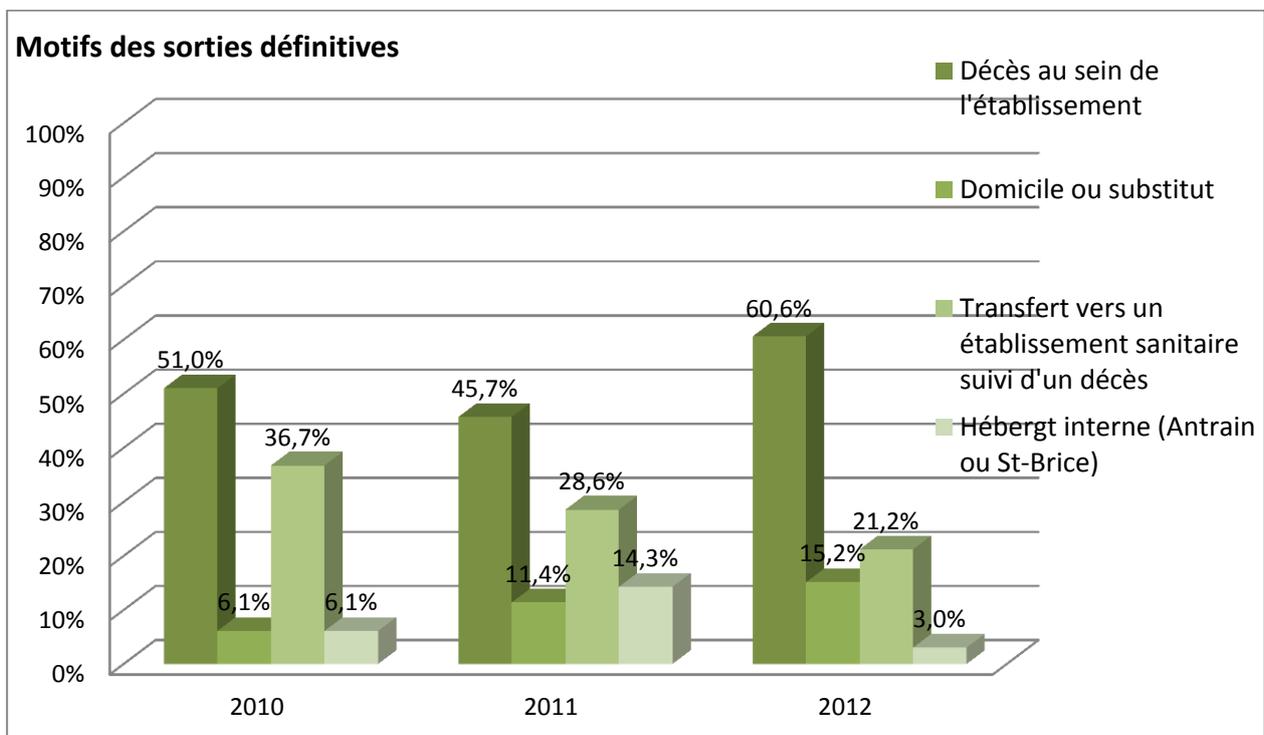
En accueil temporaire :

	2010	2011	2012
DMS	22 jours	23 jours	35 jours

La durée moyenne de séjour a augmenté de 12 jours entre 2011 et 2012 à l'accueil temporaire.

2.1.5. Mode de sortie définitive

		2010	2011	2012
Motifs des sorties définitives	Décès au sein de l'établissement	25	16	20
	Domicile ou substitut	3	4	5
	Transfert vers un établissement sanitaire suivi d'un décès	18	10	7
	Hébergement interne (Antrain ou St-Brice)	3	5	1
TOTAL Nb de sorties définitives		49	35	33



Le pourcentage de décès au sein des Hameaux est en hausse (+14,9% entre 2011 et 2012) ainsi que le pourcentage de décès en hospitalisation (+9,1% sur 3 ans) au détriment des retours au domicile ou autres hébergements.

	2010	2011	2012
Sortie pour hospitalisation en court séjour	42	62	61
	57,53%	71,26%	70,11%

En 2012, les sorties pour hospitalisation de court séjour représentent environ 70% des sorties (définitives ou non).

2.2. Caractéristiques générales

2.2.1. Age des résidents

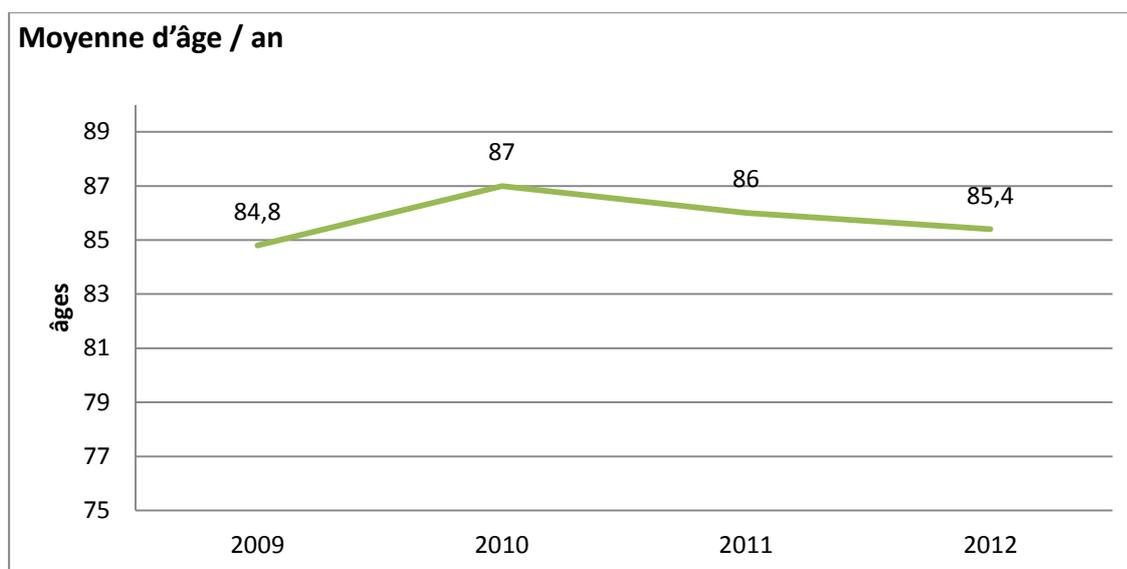
▮ En hébergement permanent

1) Age à l'entrée

En 2012, la moyenne d'âge à l'entrée est de 82 ans et 220 jours. (Données extraites du service de gestion)

2) Age moyen annuel

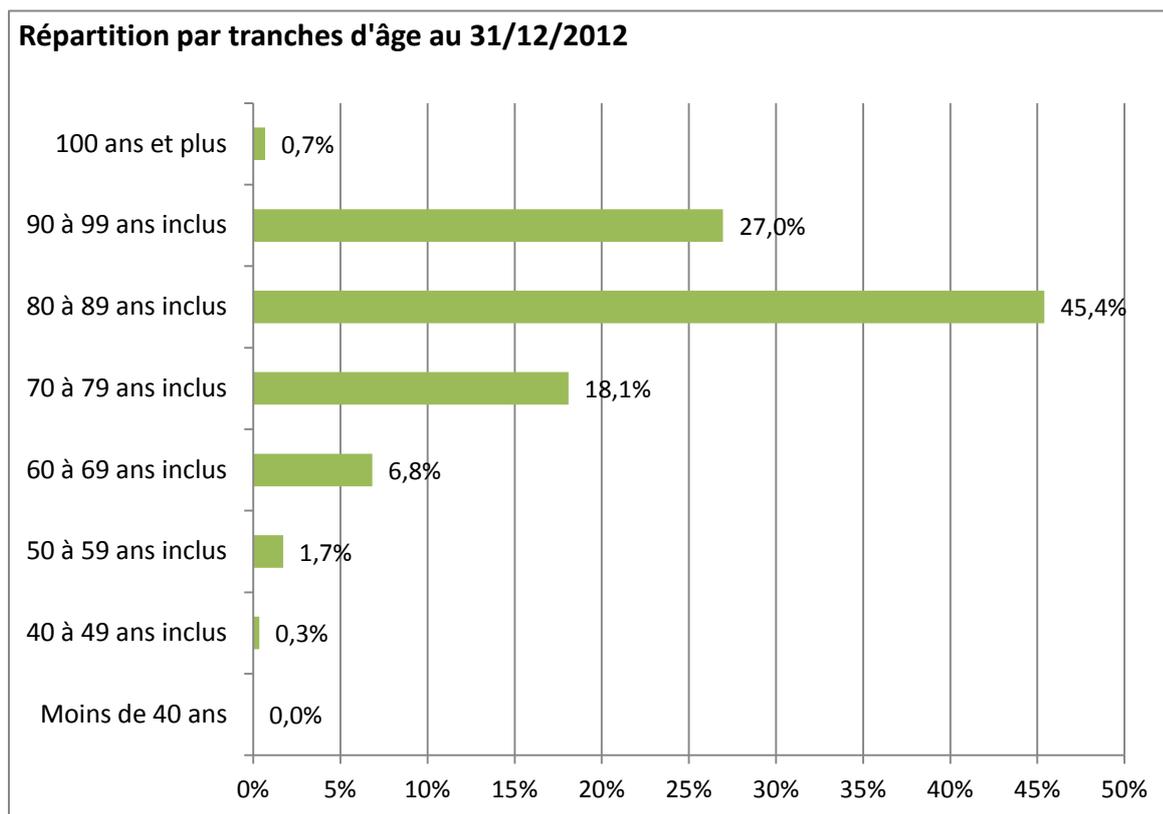
	2009	2010	2011	2012
Moyenne d'âge annuelle	84 ans et 292 jours	87 ans	86 ans	85 ans et 145 jours



En 2012, la moyenne d'âge des résidents est de 85 ans et 145 jours.

3) Répartition par tranches d'âge

La tranche d'âge 80-89 ans prédomine et regroupe 45,4% des résidents. 0,7% des résidents sont centenaires (soit 2 résidents au 31/12/2012).



► En accueil temporaire :

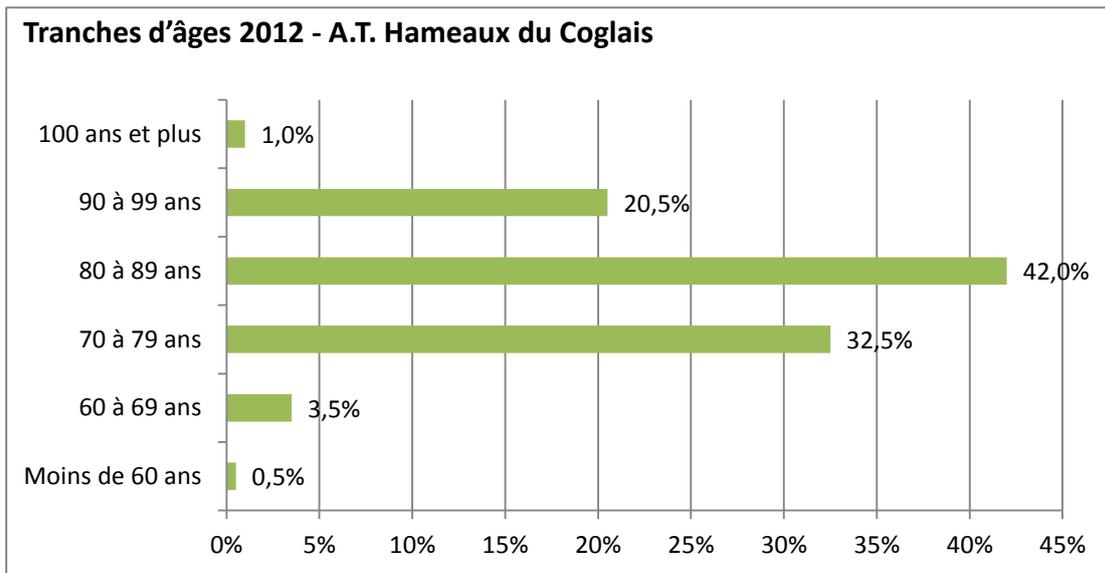
1) Age à l'entrée

En 2012, la moyenne d'âge à l'entrée, des résidents accueillis en accueil temporaire, est de **82 ans et 172 jours**. (Données extraites du service de gestion)

2) Répartition par tranches d'âge

Les âges des résidents accueillis se répartissent de la façon suivante :

En 2012	Nbre de résidents accueillis en accueil temporaire / tranches d'âge
Moins de 60 ans	1
60 à 69 ans	7
70 à 79 ans	65
80 à 89 ans	84
90 à 99 ans	41
100 ans et plus	2

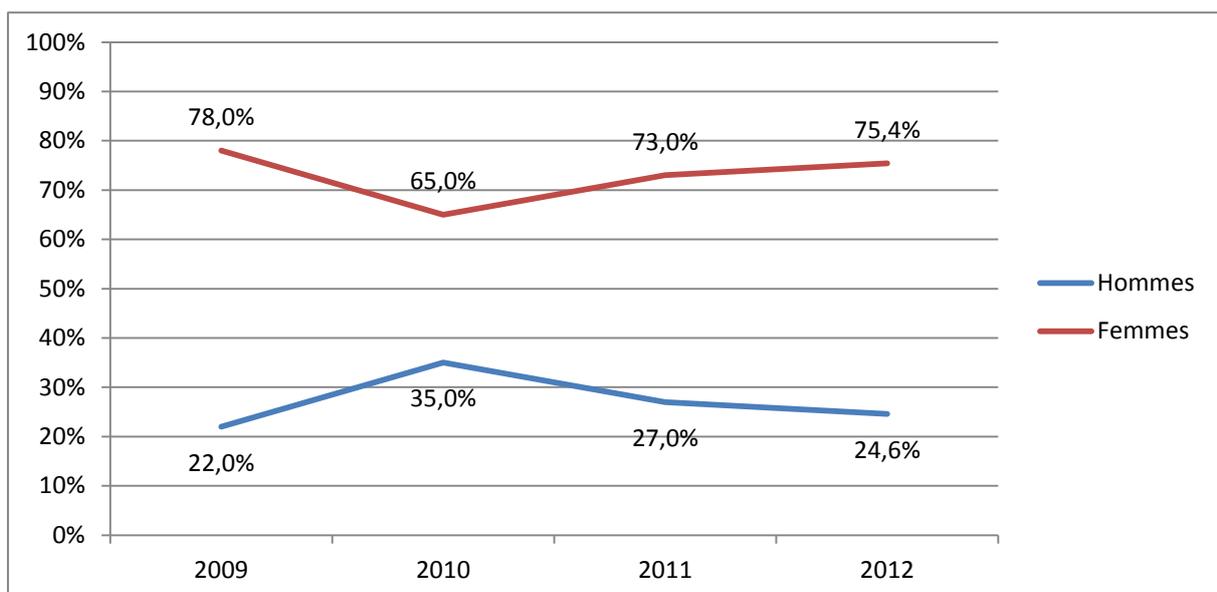


La tranche d'âge 80-89 ans regroupe 42% des résidents accueillis, suivie par la tranche d'âge 70-79 ans (32,5%).

La tranche d'âge 90-99 ans rassemble 20,5% des résidents accueillis en 2012.

2.2.2. Répartition des résidents par sexe

Répartition H/F	2009	2010	2011	2012
Hommes	22,0%	35,0%	27,0%	24,6%
Femmes	78,0%	65,0%	73,0%	75,4%



La proportion de femmes reste importante. En 2012, 75,4% des résidents sont des femmes et 24,6% sont des hommes.

2.3. Situation familiale et protection des résidents

2.3.1. Description de la protection juridique des résidents en 2012

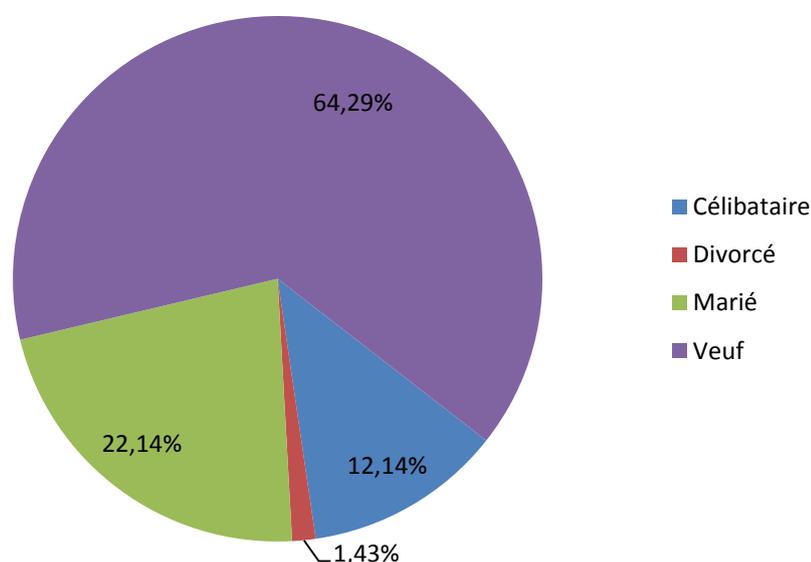
(au 31 décembre 2012)

Résidents sous protection juridique	Nombre de résidents	% de résidents
Résidents sous tutelle	15	13,76%
Total des présents en hébergement permanent au 31.12.2012	109	

Sur 109 résidents en hébergement permanent au 31/12/2012, 13,76% sont sous protection juridique.

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

	Nombre de résidents	%
Célibataire	17	12,14%
Divorcé	2	1,43%
Marié	31	22,14%
Veuf	90	64,29%
Nb total de résidents accueillis sur l'année	140	100%



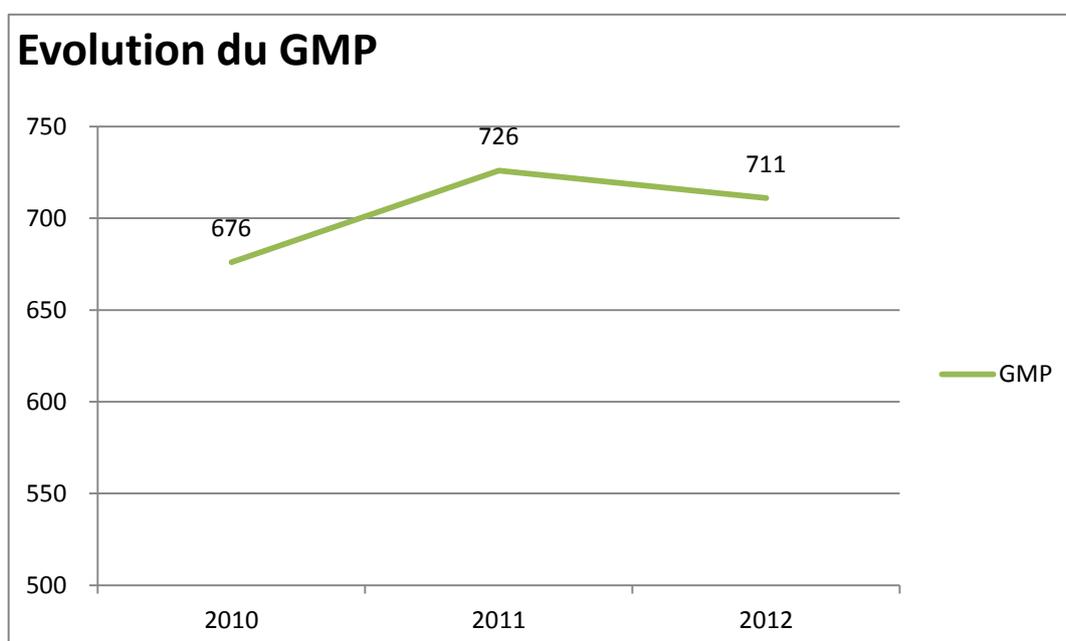
64,29% des résidents sont veufs et 22,14% sont mariés.

2.4. Caractéristiques soignantes

2.4.1. Niveau de dépendance des résidents

% de résidents par GIR	2010	2011	2012
GIR 1-2	41,46%	61,29%	53,17%
GIR 3-4	31,71%	15,32%	30,16%
GIR 5-6	26,83%	23,39%	16,67%
GMP	676	726	711

Le nombre de résidents en GIR 5-6 a baissé de plus de 10% en 3 ans.



Le GMP est passé de 676 en 2010 à 726 en 2011. Cette augmentation s'explique notamment par la hausse du nombre de résidents en GIR 1-2 sur cette période.

2.4.2. Niveau de prise en soins

Le PMP (Pathos Moyen Pondéré) est un indicateur global unique de charge en soins médicaux et techniques pour une population. Aux Hameaux du Coglais, le PMP est de 168. Cette valeur n'a pas été révisée depuis 2009.

PMP

168

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

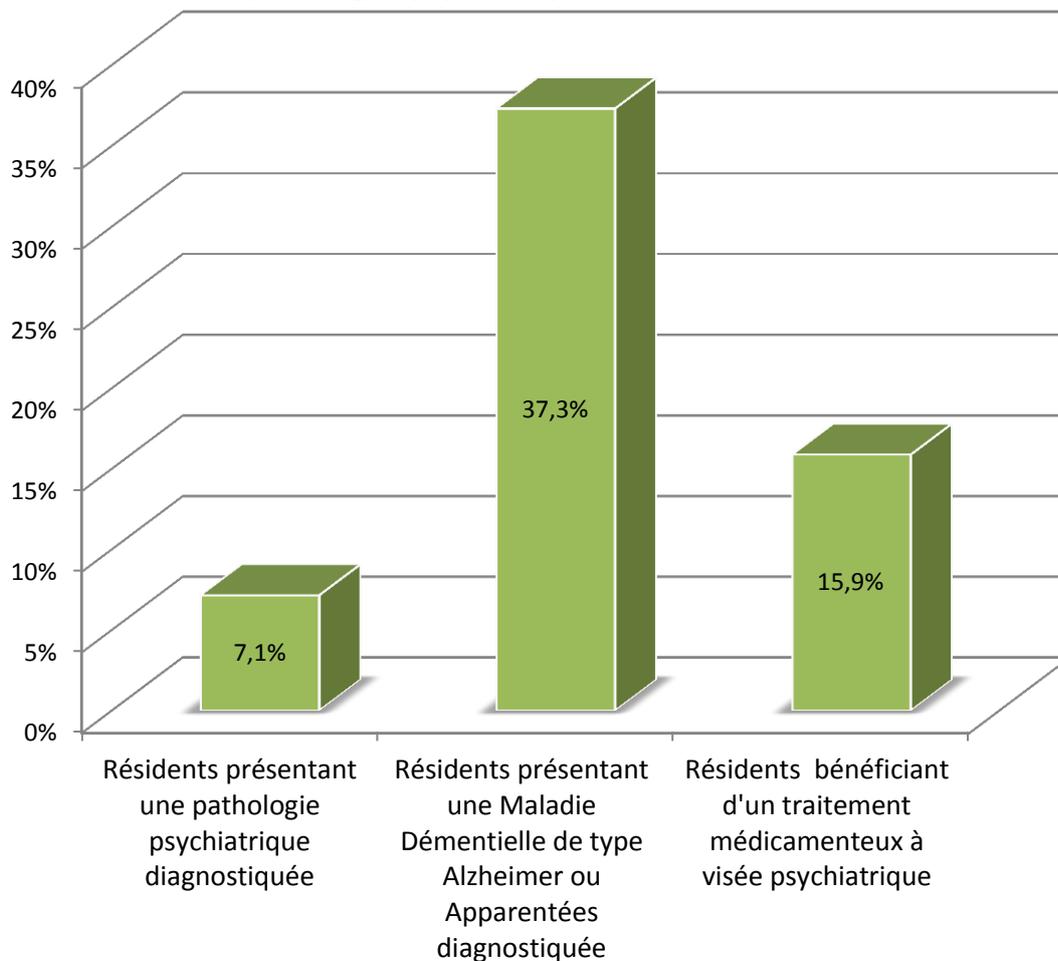
2.4.3. Etat des démences et pathologies psychiatriques

Au 22 novembre 2013, 56 résidents (44,44%) sur 126 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.

Résidents :	Nombres
présentant une pathologie psychiatrique diagnostiquée	9
présentant une Maladie Démentielle de type Alzheimer ou apparentées diagnostiquée	47
ayant un traitement médicamenteux à visée psychiatrique	20

% de résidents diagnostiqués déments et/ou à pathologies psychiatriques



2.5. Vie des résidents au sein de l'établissement

2.5.1. Descriptif de la vie sociale des résidents (au 7/11/2013)

Résidents ayant des visites	105	95,45%
Résidents isolés	5	4,55%

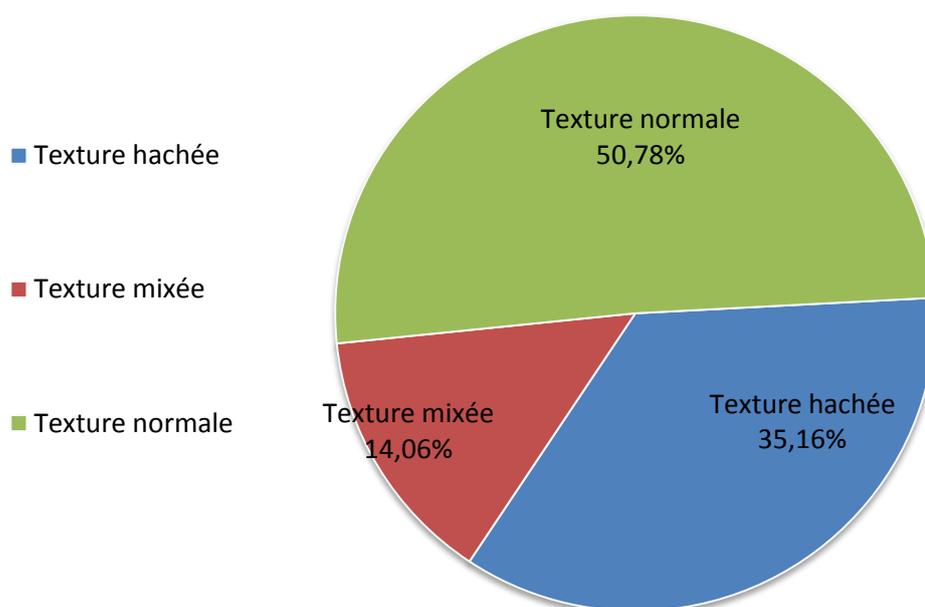
Seulement, 4,55% des résidents n'ont plus du tout de contact avec des proches.

2.5.2. Textures de l'alimentation proposée 2012

	Nb de résidents	%	
<i>Texture hachée</i>	45	35,16%	} 49,22% des résidents ont une alimentation adaptée
<i>Texture mixée</i>	18	14,06%	
<i>Texture normale</i>	65	50,78%	
Total des résidents présents au 31.12.12	128		

La moitié des résidents ont une alimentation normale.

Texture de l'alimentation proposée aux résidents



2.5.3. Autres données sur les dépendances

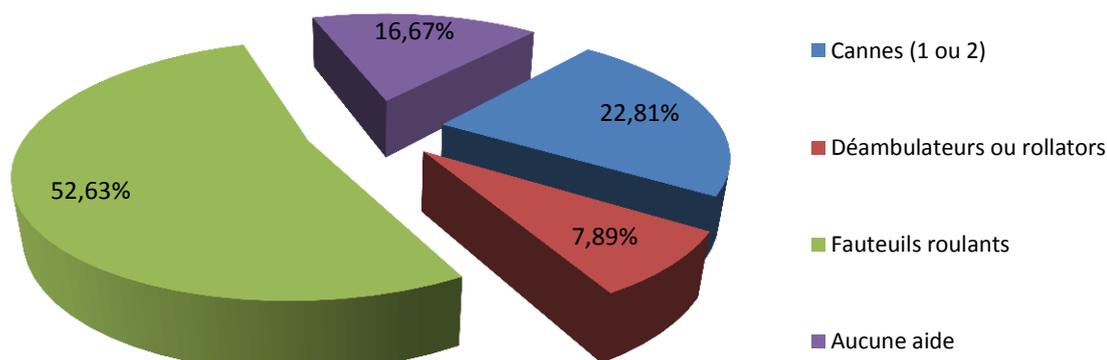
▀ Les aides techniques

Au 19/11/2013	Nb de résidents
Cannes (1 ou 2)	26
Déambulateurs ou rollators	9
Fauteuils roulants	60
Aucune aide	19
TOTAL	114

Sur 114 résidents, plus de la moitié dispose de fauteuils roulants (52,63%). 83,33% des résidents disposent d'une aide technique.

au 19/11/2013

Résident nécessitant :



16,67% des résidents n'ont pas besoin d'aide technique pour leur déplacement.

▀ Les aides nécessaires de la vie quotidienne

Nombre de personnes nécessitant :		%
une aide aux repas :	83	65,9%
une aide à la toilette :	118	93,7%
d'être accompagnées dans la gestion de leur continence :	95	75,4%
une aide dans leurs transferts :	88	69,8%
une aide dans leurs déplacements intérieurs :	87	69,0%

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

Plus de 60% des résidents nécessitent des aides dans les gestes de la vie quotidienne.

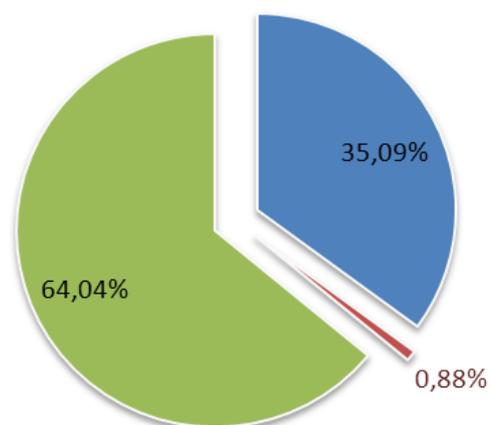
3. Données sur la mobilité

	<i>Au 19/11/2013</i>	Nb résidents	%
Résidents confinés fauteuils		40	35,09%
Résidents confinés lits		1	0,88%
Résidents non confinés		73	64,04%

% de résidents confinés lits fauteuils

35,09% des résidents sont confinés au fauteuil et moins de 1% est confiné au lit.

64,04% des résidents ne sont pas confinés.



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

Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

Thème 1

Les Hameaux du Coglais

Douleur

Le **CLUD** 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.

Des formations pluriprofessionnelles sont proposées (participation du personnel du sanitaire, de l'EHPAD et du SSIAD).

Les formations sont assurées par un médecin, une IDE, une psychologue.

Thème 2

Chutes

Le personnel trace les chutes dans le DPI et utilise l'EBM (Ecran Bilan Mesure) chutes à cette fin.

Thème 3

Escarres

Une formation « plaies et cicatrisations » est dispensée de manière annuelle.

Un **ergothérapeute** et un **diététicien** sont très impliqués dans l'organisation quotidienne.

Il existe des **groupes nutrition** avec un référent par unité, pilotés par le **CLAN**.

Il y a une **politique volontaire et réactive d'achat^{et}/ou de location de matériel.**

Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

Thème 4

Les Hameaux du Coglais

Dénutrition

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.

Des temps de rencontre spécifiques **orthophoniste/ diététicien** sont organisés chaque semaine.

Une orthophoniste libérale intervient sur les troubles de la déglutition.

Le staff hebdomadaire permet la **liaison diététicien / médecin / équipe**.

Une réflexion est engagée entre la nutrition et **le concept d'Humanitude** afin de **réduire le jeûne nocturne**.

Il y a un **poste hôtelier** spécifique 7/7 pour le service du restaurant.

En lien avec le PAI, le repas peut être servi au restaurant ou dans l'unité du résident.

Des ateliers sont proposés : ateliers « culino » mensuels avec participation des AMP.

Ateliers pâtisserie réguliers (résident/ équipe animation /soignant détaché du staff pour évaluation de l'autonomie).

Il existe **un repas thérapeutique** à l'Ancre de Marigny (unité Alzheimer). Le moment du repas est partagé entre les résidents et les soignants.

Un audit restauration a été réalisé pour encourager les **pratiques « Humanitude » liées au service des repas en 2010**.

Le repas est servi dans une salle de restaurant par **l'équipe hôtelière et un poste de responsable hôtelier/service** est en place.

Les soignants sont centrés sur l'aide au repas.

Il existe une **enquête annuelle « satisfaction des repas »**.

Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

Les Hameaux du Coglais

Thème 5

Troubles du comportement

Des formations sont organisées régulièrement : formations Humanitude, formations sur la maladie d'Alzheimer.

Les agents ont été sensibilisés aux difficultés d'accompagnement liée à la maladie de Parkinson.

Un **psychologue** est en poste sur les services EHPAD.

Le **staff PAI** permet le dépistage des troubles et la définition des prises en charge d'accompagnement individualisé.

Un **espace Snoezelen** est disponible.

Thème 6

Risque infectieux

L'EHPAD est représenté au **CLIN**, des protocoles d'hygiène sont utilisés

Un médecin hygiéniste intervient selon les besoins

Le travail de l'équipe opérationnelle hygiène, composée d'un praticien hygiéniste, d'une IDE et d'une secrétaire en hygiène, favorise la prévention et la maîtrise du risque infectieux.

Des référents hygiène sont présents dans chaque unité. 4 journées d'hygiène sont organisées de manière annuelle.

Le DARI est utilisé.

Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents**Les Hameaux du Coglais****Thème 7****PEC médicament**

Le dossier patient est informatisé.

La pharmacie à usage intérieur fonctionne pour le sanitaire et l'EHPAD.

L'EHPAD est représenté en **COMEDIMS** (cadre supérieure de santé, IDE Accueil temporaire St-Brice)

Il existe une **dotation pour le fonctionnement du weekend.**

Un **livret thérapeutique** réactualisé par le pharmacien est en place.

Les évènements indésirables liés au médicament sont déclarés via **les fiches de signalement.**

Des **méthodes d'analyses d'erreur** liées au médicament sont utilisées

Des professionnels ont participé à des **formations sur la sécurisation du circuit du médicament.**

Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents**Les Hameaux du Coglais****Thème 8
Continuité des soins**

Une convention lie l'établissement et **un laboratoire d'analyse de biologie médicale.**

L'établissement dispose également d'une convention avec un **cabinet de radiologie.**

La CMAOT (**Commission Médicale d'Accueil et d'Orientation de Territoire**) organise à l'échelle du territoire les admissions en EHPAD.

Les EHPAD bénéficient de l'intervention de kinésithérapeutes et d'orthophonistes salariés ou libéraux.

L'offre de prise en soins et d'hébergement au sein du CHMB est diversifiée:

- Activités secteur sanitaire
- SSIAD
- Accueil temporaire

Un **accueil de jour** est proposé ainsi qu'un **accueil de nuit pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer**

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.

Professionalisation des ASH/AMP vers des postes d'**AS** et **AS/AMP** vers des postes d'**IDE.**

Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance

Les Hameaux du Coglais	
<p>Thème 1</p> <p>Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes non valides</p>	<p>Le projet d'établissement intègre la formation du personnel aux concepts Humanitude et à la manutention pour le maintien de l'autonomie physique et psychique.</p> <p>Des professionnels spécifiques travaillent auprès des résidents pour maintenir leur autonomie dans les déplacements et gestes de la vie quotidienne (kinésithérapeute, ergothérapeute, aide médico psychologique, animateur pour le maintien de l'autonomie de la personne)</p> <p>L'établissement met à disposition des équipements pour favoriser le maintien des capacités motrices des résidents (parcours de marche, salle de gymnastique, salle d'animation)</p> <p>La conception identique de tous les quartiers favorise la prise de repères.</p> <p>L'association de bénévoles « Au fil du temps » est très impliquée dans la vie de l'institution.</p> <hr/> <p>L'établissement dispose d'un véhicule aménagé pour le transport des personnes non valides et le prêt de ce véhicule pour l'entourage des résidents est possible.</p>
<p>Thème 2</p> <p>Maintien des capacités à la toilette et accompagnement si besoin d'aide totale</p>	<p>Il existe des pratiques communes selon la démarche Humanitude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recueil des données avant admission • Respect des rythmes de vie des résidents • Matériel adapté disponible • Report de soins

Axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement

Les Hameaux du Coglais

Thème 1

Projet personnalisé

Le dossier patient est informatisé et favorise **le recueil des habitudes de vie et des attentes propres à chaque résident.**

La traçabilité de ce recueil permet le **partage d'informations** afin de **personnaliser la prise en soins.**

1 groupe de travail spécifique « projet de vie individualisé » est en place sur la dimension institutionnelle du fonctionnement des projets de vie.

Chaque résident dispose **de soignants référents tout au long de l'hébergement.**

2 entretiens post accueil sont programmés, entre l'admission et les 15 premiers jours puis l'autre entretien à 2-3 mois.

Thème 2

Personnalisation des activités individuelles et collectives

Il y a une **diversité des partenariats et activités proposés.**

Les résidents **participent aux choix dans les activités et le conseil de vie social** informe sur les souhaits des résidents.

Un véhicule est mis à disposition gratuitement pour les familles.

Le projet d'architecture des Hameaux Du Coglais favorise la **convivialité et les rencontres.**

L'animation a une **place centrale dans la vie des résidents (beaucoup d'évènements sont organisés et les bénévoles sont très impliqués)**

Thème 3

Possibilité du maintien des liens sociaux

Des repas accompagnants sont possibles sur réservation.

Pour **certains évènements organisés l'entourage est invité à participer.**

Un multi-accueil est intégré dans les locaux avec un partenariat intergénérationnel.

Les locaux sont mis gratuitement à disposition pour des **associations culturelles.**

Les **résidents isolés sont accompagnés par les bénévoles.**

Des **séjours vacances** sont organisés tous les ans.

Les résidents peuvent bénéficier de **prestations favorisant l'image de soi** (coiffeur, esthétique...), dans le cadre de leur PAI.

Des projets intergénérationnels sont régulièrement mis en place.

Les familles sont impliquées dans les projets notamment par le biais d'une **réunion annuelle** avec les résidents, les équipes pluriprofessionnelles et la direction.

A l'Ancre de Marigny, (unité Alzheimer), en plus de cette réunion annuelle des familles, **une rencontre associant la famille et l'équipe pluriprofessionnelle** dans les projets du résident est organisée une fois par an (bilan annuel avec la date d'entrée comme indicateur).

Axe 5 : Accompagnement à la fin de vie**Les Hameaux du Coglais****Thème 1****Accompagnement de la fin de vie des résidents**

Des formations « **sensibilisation aux différentes étapes de la vie** » **sont organisées.**

L'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Fougères intervient sur demande.

Un **aumônier** salarié est disponible pour répondre aux demandes éventuelles et des représentants des cultes peuvent rendre visite aux résidents à leur demande.

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.

Thème 2**Accompagnement de leur entourage**

L'équipe pluridisciplinaire comprenant un psychologue, en partenariat avec le médecin traitant accompagne l'entourage en cas de besoin.

Annexe 4

4. RAPPORT D'AUTOÉVALUATION

Hameaux
du Coglais



REFERENTIEL
D'ÉVALUATION INTERNE

LES HAMEAUX DU COGLAIS

Table des matières

Axe 1 : La garantie des droits individuels

AXE 1, THEME 1 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 1 – INDICATEUR 1)	87
AXE 1, THEME 1 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 1 – INDICATEUR 2)	88
AXE 1, THEME 1 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 1 – INDICATEUR 5)	89
AXE 1, THEME 1 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 2 – INDICATEUR 3)	90
QUESTIONNAIRE AXE 1, THEME 1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS	91
SOUS THEME : GARANTIR LE DROIT AU RESPECT DE L'INTIMITE ET DE LA VIE PRIVEE	91
QUESTIONNAIRE AXE 1, THEME 1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS	92
SOUS THEME : GARANTIR LE LIBRE CHOIX ENTRE LES PRESTATIONS PROPOSEES ET LE RESPECT DU CONSENTEMENT ECLAIRE DE LA PERSONNE OU SON REPRESENTANT LEGAL.	92
QUESTIONNAIRE AXE 1, THEME 1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS	93
SOUS THEME : GARANTIR LES DROITS A LA PARTICIPATION DE LA PERSONNE A LA CONCEPTION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET QUI LE CONCERNE.	93
SOUS THEME : DROITS CIVIQUES	93
SYNTHESE DU THEME 1 – 1	94
INDICATEUR DE SUIVI	95
AXE 1, THEME 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 1 – INDICATEUR 3)	96
AXE 1, THEME 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 2 – INDICATEUR 4)	97
AXE 1, THEME 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 4 – INDICATEUR 6)	98
QUESTIONNAIRE AXE 1, THEME 2 : LA GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS	99
SOUS THEME : GARANTIR LE DROIT A LA SECURITE	99
QUESTIONNAIRE AXE 1, THEME 2 : LA GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS	100
SOUS THEME : GARANTIR LE DROIT A LA SECURITE	100
QUESTIONNAIRE AXE 1, THEME 2 : LA GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS	101
SOUS THEME : GARANTIR LES DROITS A L'INFORMATION	101
QUESTIONNAIRE AXE 1, THEME 2 : LA GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS	102
SOUS THEME : GARANTIR LES DROITS A L'INFORMATION	102
QUESTIONNAIRE AXE 1, THEME 2 : LA GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS	103
SOUS THEME : ASSOCIER LES RESIDENTS AU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT	103
QUESTIONNAIRE AXE 1, THEME 2 : LA GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS	104
QUESTIONNAIRE AXE 1, THEME 2 : LA GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS	104
SOUS THEME : LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE	104
SYNTHESE DU THEME 1 – 2	105
INDICATEUR DE SUIVI	106

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

AXE 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 9)	108
AXE 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 4 – INDICATEUR 1)	109
AXE 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 4 – INDICATEUR 2)	110
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 1 : LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	111
SYNTHESE DU THEME 2 – 1	113
INDICATEUR DE SUIVI	114
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 2 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES	115
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 2 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES	116
SYNTHESE DU THEME 2 – 2	117
INDICATEUR DE SUIVI	118
AXE 2, THEME 3 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 4 – INDICATEUR 7)	119
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 3 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES ESCARRES	120
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 3 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES ESCARRES	121
SYNTHESE DU THEME 2 – 3	122
INDICATEUR DE SUIVI	123
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 4 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION	124
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 4 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION	125
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 4 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION	126
SYNTHESE DU THEME 2 – 4	127
INDICATEUR DE SUIVI	128
AXE 2, THEME 5 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 5)	129
AXE 2, THEME 5 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 7)	130
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 5 : LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT	131
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 5 : LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT	132
SYNTHESE DU THEME 2 – 5	133
INDICATEUR DE SUIVI	134
AXE 2, THEME 6 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 2 – INDICATEUR 5)	135
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 6 : L'ANALYSE ET LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX.....	136
AXE 2, THEME 7 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 2 – INDICATEUR 9)	137
AXE 2, THEME 7 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 4 – INDICATEUR 3)	138

AXE 2, THEME 7 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 4 – INDICATEUR 4)	139
AXE 2, THEME 7 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 4 – INDICATEUR 9)	140
AXE 2, THEME 7 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 4 – INDICATEUR 10)	141
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 7 : LA CONTINUITE DES SOINS	142
SYNTHESE DU THEME 2 – 7	143
INDICATEUR DE SUIVI	144
AXE 2, THEME 8 (MEDICAMENT) ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 4 – INDICATEUR 5)	145
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 8 : LE MEDICAMENT	146
QUESTIONNAIRE AXE 2, THEME 8 : LE MEDICAMENT	147
SYNTHESE DU THEME 2 – 8	148

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

AXE 3, THEME 1 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 2 – INDICATEUR 1)	150
QUESTIONNAIRE AXE 3, THEME 1 : LE MAINTIEN DES CAPACITES DE DEPLACEMENT ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES NON-VALIDES	151
QUESTIONNAIRE AXE 3, THEME 1 : LE MAINTIEN DES CAPACITES DE DEPLACEMENT ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES NON-VALIDES	152
QUESTIONNAIRE AXE 3, THEME 1 : LE MAINTIEN DES CAPACITES DE DEPLACEMENT ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES NON-VALIDES	153
SYNTHESE DU THEME 3 – 1	154
INDICATEUR DE SUIVI	155
AXE 3, THEME 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 8)	156
AXE 3, THEME 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 15)	157
QUESTIONNAIRE AXE 3, THEME 2 : LE MAINTIEN DES CAPACITES A LA TOILETTE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AYANT BESOIN D'UNE AIDE TOTALE	158
SYNTHESE DU THEME 3 – 2	159
INDICATEUR DE SUIVI	160

Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement

AXE 4, THEME 1 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 1)	162
AXE 4, THEME 1 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 2)	163
AXE 4, THEME 1 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 3)	164
AXE 4, THEME 1 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 4)	165
AXE 4, THEME 1 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 6)	166
AXE 4, THEME 1 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 10)	167
QUESTIONNAIRE AXE 4, THEME 1 : LE PROJET PERSONNALISE (LE PROJET D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT)	168
QUESTIONNAIRE AXE 4, THEME 1 : LE PROJET PERSONNALISE (LE PROJET D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT)	169

QUESTIONNAIRE AXE 4, THEME 1 : LE PROJET PERSONNALISE (LE PROJET D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT)	169
SYNTHESE DU THEME 4 – 1	170
INDICATEUR DE SUIVI	171
AXE 4, THEME 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 1 – INDICATEUR 6)	172
AXE 4, THEME 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 2 – INDICATEUR 7)	173
AXE 4, THEME 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 12)	174
AXE 4, THEME 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 13)	175
AXE 4, THEME 2 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 3 – INDICATEUR 14)	176
QUESTIONNAIRE AXE 4, THEME 2 : LA PERSONNALISATION DES ACTIVITES SOCIALES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES	177
QUESTIONNAIRE AXE 4, THEME 2 : LA PERSONNALISATION DES ACTIVITES SOCIALES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES	178
QUESTIONNAIRE AXE 4, THEME 2 : LA PERSONNALISATION DES ACTIVITES SOCIALES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES	179
QUESTIONNAIRE AXE 4, THEME 2 : LA PERSONNALISATION DES ACTIVITES SOCIALES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES	180
SYNTHESE DU THEME 4 – 2	181
INDICATEUR DE SUIVI	182
AXE 4, THEME 3 ET AQUALIE (REFERENCE AQUALIE THEME 1 – INDICATEUR 4)	183
QUESTIONNAIRE AXE 4, THEME 3 : LA POSSIBILITE DU MAINTIEN DES LIENS SOCIAUX	184
QUESTIONNAIRE AXE 4, THEME 3 : LA POSSIBILITE DU MAINTIEN DES LIENS SOCIAUX	185
SYNTHESE DU THEME 4 – 3	186
INDICATEUR DE SUIVI	187

AXE 5 : Accompagnement à la fin de vie

AQUALIE 35 POUR L'AXE 5	189
QUESTIONNAIRE AXE 5, THEME 1 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE DES RESIDENTS	191
EVALUATION :	194
SYNTHESE DU THEME 5 – 1	195
QUESTIONNAIRE AXE 5, THEME 2 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LEURS ENTOURAGES (PROCHES ET PROFESSIONNELS) A CE MOMENT-LA	196
SYNTHESE DU THEME 5 – 2	197
INDICATEUR DE SUIVI :	198

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	
Au moins une fois par an	A	X
Une fois tous les 2 ans	B	
Entre 1 fois tous les 2 ans et au renouvellement de la convention	C	
Jamais ou il n'y a pas de projet d'établissement	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**La totalité de ces actions**

A

10 actions

B

8 ou 9

C

X

Moins de 8

D

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

Gestion de l'intimité à revoir (rideaux sur couloirs, chambres doubles)

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

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

Cotation

8	A	X
----------	---	---

6 ou 7	B	
---------------	---	--

4 ou 5	C	
---------------	---	--

Moins de 4	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	Non
Les chambres individuelles font une surface d'au moins 21m ² (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	Non
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	Oui

	Cotation
10 et 11	A
8 et 9	B X
7	C
Moins de 7	D

Remarques de l'établissement :

Certains résidents préfèrent rester en chambre double : l'établissement conservera donc au terme de son plan directeur, un certain nombre de chambres doubles.

Axes d'amélioration possibles :

Dédoubler un maximum de chambres doubles dans le cadre de la construction d'une nouvelle unité.
Installer 2 lignes téléphoniques dans les chambres doubles.

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 ?	Oui
Si oui, et en cas de troubles psychiques, y-a-t-il une concertation en équipe ? et avec la famille ?	Oui
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 :

Axes d'amélioration possibles :

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:

	Questions	Scores	Commentaires
1	Le résident a-t-il donné son consentement à l'admission ?	30/30	Recueil de l'information : dossier d'inscription
2	Combien de résidents accueillis bénéficient d'un entretien de pré accueil ?	30/30	Recueil de l'information : imprimé de pré accueil du conseil général sauf pour le service de l'Ancre Il existe un entretien d'accueil, Pour l'Ancre, il est formalisé sur OSIRIS
3	Lors de ce pré accueil, le livret d'accueil est-il commenté ?	30/30	-
4	Lors de ce pré accueil, le lieu de vie futur est-il visité ?	30/30	3 dossiers manquants donc pas de trace
5	La famille est-elle associée à la procédure de pré accueil ?	28/30	2 personnes autonomes
6	Le résident bénéficie-t-il d'un bilan post accueil ?	29/30	IDE dédiée/référente au pré-accueil et bilan post accueil
7	Entre J0 et J15 (bilan bref fait par la soignante référente). Est-il tracé ?	29/30	Bilan rapide par l'IDE référente
8	Dans les 2 mois (bilan plus complet en équipe) est-il tracé ? est-il réajusté ?	30/31	réalisé entre 2 et 4 mois systématiquement, famille présente au bilan post accueil EBM « Recueil des habitudes de vie » + transmission entretien post accueil (EBM existant)
10	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) ?	4/30	4 résidents autonomes psychiquement 7 par les familles (non-respect légal stricto sensu)

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.

Question	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 ?
Réponse	Les projets d'accompagnement personnalisés sont mis en place, réactualisés tous les 2 mois lors des staffs. Restitution est faite aux résidents pour les services EHPAD et aux familles pour l'Ancre de Marigny et tracée dans OSIRIS.

Sous thème : Droits civiques

Question	L'établissement met-il les moyens à disposition pour rendre effectif les droits civiques, les pratiques religieuses (dont les repas) ?
Réponse	<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 adapte les menus.</p>

Synthèse du thème 1 – 1

Synthèse du thème	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
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	<p>La démarche Humanitude découlant d'un projet d'établissement fort</p> <p>Les locaux qui permettent un accueil dans de bonnes conditions, adaptés à la dépendance.</p> <p>Le respect des libertés pour les résidents et les familles</p> <p>Des groupes de travail ont été constitués avec réflexions éthiques : bientraitance en 2013, sexualité des personnes âgées en 2011 et 2012 avec l'intervention d'une personne ressource extérieure fin 2012.</p> <p>Les compétences mutualisées diverses, liées à l'existence des services sanitaires</p> <p>Les réflexions sur les accompagnements individuels en staffs</p> <p>Les projets personnalisés</p>
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	<p>La gestion de l'intimité à revoir (rideaux sur couloirs)</p> <p>Rénover le livret d'accueil de l'agent et du stagiaire afin d'améliorer la procédure d'accueil et les dépliants Humanitude, le livret hygiène, les dépliants sur la prévention risques professionnels et la manutention.</p> <p>Mettre en place la fiche de signalement à disposition des résidents, familles et autres intervenant</p> <p>Rédiger la procédure signalement interne</p> <p>Dédoubler un maximum de chambres doubles dans le cadre de la construction d'une nouvelle unité (Echéance : au terme du plan directeur)</p> <p>Installer 2 lignes téléphoniques dans les chambres doubles</p> <p>Harmoniser et formaliser les pratiques du pré accueil au bilan post accueil et sa traçabilité sur OSIRIS</p> <p>Constituer un groupe Ethique</p>

Indicateur de suivi

Indicateur de suivi

Une fois par an.

*Enquête un jour
donnée 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 passive²³

_____ 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.

²³ Définition de la contention physique passive: utilisation de tout moyen, méthode, matériel ou vêtement qui empêche ou limite les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement dangereux ou mal adapté. 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	
8 ou plus	A	
Entre 3 et 7	B	X
1 ou 2	C	
Aucune	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
Aucune action	-

Cotation

7	A	X
5 ou 6	B	
3 ou 4	C	
Moins de 3	D	

Remarques de l'établissement :

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

A noter : un espace Snoezelen, une bibliothèque, une crèche intégrée, intégration des 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 concerné : pas de contention y compris barrières de lits	-

Cotation

Les 10	A	
8 ou 9	B	
6 ou 7	C	C
Moins de 6	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

Question	Les personnels sont-ils formés à la sécurité incendie ? à quel rythme ? des exercices incendie sont-ils régulièrement effectués ?
Réponse	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.
Question	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?
Réponse	Les lieux sont fermés à partir de 20H30 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 Alzheimer si besoin. L'unité Alzheimer est équipée d'une porte sécurisée avec code.

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

Question	Le personnel est-il formé aux urgences vitales (DSA, chariot d'urgence, procédures...)?
Réponse	L'ensemble du personnel est actuellement formé aux urgences vitales. Il existe une conduite à tenir en cas d'urgence vitale.
Question	Le personnel est-il formé aux actions de bientraitance? (Humanitude, groupe de travail sur bientraitance...) ?
Réponse	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**

Question	Les résidents ont-ils accès à leur dossier médical lorsqu'ils le demandent ?
Réponse	Il existe une procédure d'accès au dossier médical et un suivi des demandes en application de la réglementation.
Question	les résidents sont-ils informés des prestations d'animation ? de repas ?
Réponse	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

Question	Y-a-il des lieux et des moyens d'information pour les résidents et leurs familles?
Réponse	<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 à l'Ancre: La Gazette</p>
Question	Les résidents y participent-ils ? Y- a-t-il des plans d'actions et une évaluation de ces plans avec suivi ?
Réponse	<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 à la gazette de l'Ancre</p> <p>Un retour sur préparation CVS est fait par l'animateur</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

Question	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?
Réponse	Il existe : Une réunion des familles une fois par an Des CVS 4 fois par an, ouvert largement aux familles qui le souhaitent Des commissions de restauration Des réunions préparatoires animation, participation à la réunion des bénévoles Un groupe bientraitance auquel participent des membres des familles et usagers
Question	Les résidents et leurs familles y participent-ils ? Mesure-t-on régulièrement la satisfaction des résidents ? Des familles ?
Réponse	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 de la 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

Question	La charte des droits de la personne âgée dépendante est-elle affichée dans l'EHPAD ? Combien de personnels sont formés à la bientraitance ? Combien de remplaçants y sont formés ?
Réponse	La charte des droits de la personne âgée dépendante est affichée dans l'EHPAD 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.
Question	Les plaintes font-elles l'objet d'une traçabilité, d'un suivi ?
Réponse	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

Question	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?
Réponse	Un plan d'actions est à mettre en place suite à l'audit de prévention de la maltraitance

Synthèse du thème 1 - 2

Synthèse du thème	<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</p>
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	<p>La dynamique bienveillance</p> <p>La gestion sécurité incendie et sécurité des personnes</p>
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	<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'action 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
6 à 8	A
4 ou 5	B X
3	C
Moins de 3	D

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

Améliorer la vérification de l'état bucco-dentaire.

Organiser de 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 ?

Relatifs à la santé publique et l'hygiène : 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

Relatifs à la protection et au respect : 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

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)

Protocoles d'ordre médical : 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

Cotation

Entre 16 et 23	A	
Entre 11 et 15	B	X
Entre 5 et 10	C	
Moins de 5	D	

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	Non
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**12 à 14**

A

10 et 11

B

X

7 à 9

C

Moins de 7

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

Question	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)?
Réponse	<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>Proposer la formation sur les troubles du comportement à tout le personnel.</p>

Axes d'amélioration possibles :

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

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

Question	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 ?
Réponse	<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>
Question	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 ?
Réponse	<p>Une formation sur la douleur a eu lieu en 2012, un des médecins coordonnateurs dispose d'un DU de soins palliatifs. 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 établie.</p>

Synthèse du thème 2 – 1

Synthèse du thème	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 » ?
	Cotation B
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	L'existence d'un CLUD L'intégration de la dimension douleur dans les projets d'accompagnements individualisés
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	<p>Informer / former les nouveaux professionnels</p> <p>Poursuivre les formations douleur ainsi que 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

Question	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) ?
Réponse	<p>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 risques de l'établissement, cependant cette instance ne traite pas aujourd'hui des chutes.</p> <p>Il n'y a pas eu d'analyse globale des chutes de l'année 2012.</p> <p>Une étude en 2011 par le médecin coordonnateur a été réalisée et s'est traduit par l'achat de barrières intermédiaires pour les lits.</p>
Question	Existe-t-il un outil de déclaration de chute ? Cet outil est-il connu et utilisé ?
Réponse	<p>Il existe un outil de déclaration connu et utilisé par les soignants : « constat de chute » (Ecran Bilan Mesure)</p> <p>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 lors des staffs).</p> <p>Un AMAP, animateur au maintien de l'autonomie de la personne, est présent lors des staffs et fait le lien avec le kinésithérapeute (libéral).</p>

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

Question	Les recommandations de bonnes pratiques sont-elles connues ? Le personnel est-il formé à la prévention des chutes ?
Réponse	Une conduite à tenir en cas de chute est disponible sur l'intranet et dans les classeurs Qualité.
Question	Comment les résidents ont eu une prise en charge spécifique à la suite de chutes répétées ?
Réponse	Comme précisé plus haut, les PAI sont le lieu d'échanges notamment sur les résidents ayant des chutes répétées, chaque staff PAI fait l'objet d'une préparation en amont sur les chutes. Une ergothérapeute et un kinésithérapeute interviennent suite à une chute, sur prescription. L'équipe met en place des actions immédiates suite à une chute

Axes d'amélioration possibles :

Le dispositif doit être complété par une formation à la prévention des chutes. L'inscrire dans le projet de formation.

Synthèse du thème 2 – 2

Synthèse du thème	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 » ?
	Cotation : C
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	Il existe un outil de déclaration des chutes depuis juin 2012, connu, utilisé et analysé à l'instant t (EBM) et intégré au PAI
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	Etude globale des chutes (intégration de cette étude dans le rapport annuel du médecin coordonnateur) Mise en place d'un atelier de prévention Formation de tout le personnel à la prévention des chutes

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 :	130
Nombre de résidents ayant développé une escarre dans l'établissement :	3
Pourcentage des résidents ayant développé une escarre dans l'établissement :	2,3%

	Cotation	
Moins de 2%	A	
Entre > ou égal à 2% et < 5%	B	X
Entre > ou égal à 5% et < à 8%	C	
8% et plus	D	

Remarques de l'établissement :

Axes d'amélioration possibles :

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

Question	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 ?
Réponse	<p>Des protocoles curatifs sur les plaies et escarres existent. Des formations plaies et cicatrisation sont dispensées chaque année.</p> <p>Un groupe nutrition/dénutrition et escarres est en place avec des protocoles spécifiques.</p> <p>L'établissement a une politique forte sur le matériel, location et/ou achat de matériel adapté de prévention.</p> <p>Intégration dans le plan de soins d'une vérification quotidienne de bon fonctionnement des matelas ou des dispositifs médicaux</p>
Question	<p>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 par le diététicien ?</p> <p>Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour prévenir le risque d'escarre ? Soins – Matériel – positionnement</p>
Réponse	<p>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. Une toilette évaluative, sous un mois, analyse également l'autonomie. En fonction de l'évaluation initiale et continue, une consultation d'ergothérapeute et/ou de diététicien en lien avec le médecin traitant est mise en place pour des actions préventives et/ou correctives. Actions mises en place :</p> <p>La prévention de l'incontinence est revue lors de chaque staff PAI. Un suivi et des conseils sur l'utilisation des protections est assurée par les fournisseurs, 2 fois par an avec un bilan de consommations / utilisation annuelle à destination du référent par unité.</p> <p>Mise en place des préventions d'escarre par les changements de position, effleurage des points d'appui</p>

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

Question	Combien de résident entre avec une escarre constituée ? Combien en constitue pendant leur séjour ? Quel est le pourcentage d'escarres qui guérissent ?
Réponse	Question : nombre de résident ayant constitué une escarre de stade 2 en externe et guéri au sein de l'EHPAD ? 3 escarres constituées au moins de stade 2 dont une a guéri. Utilisation d'une cible standardisée de suivi de plaie

Synthèse du thème 2 – 3

Synthèse du thème	<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</p>
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	<p>Bilan d'entrée comprenant échelle de Norton et évaluation de l'état cutané (traçabilité et mise en place des actions correctives)</p> <p>Equipe pluridisciplinaire dont ergothérapeute et diététicien sont associés à la prévention et prise en charge des escarres</p> <p>Groupe nutrition/CLAN avec un référent par unité</p> <p>Politique volontaire d'achat et/ou location de matériel</p> <p>Gestion de la continence/incontinence</p>
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	<p>Formalisation d'une procédure de prévention des escarres</p> <p>Mise en place d'une fiche de suivi de plaies</p> <p>Traçabilité du suivi des escarres constituées</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

Question	Existe-t-il un CLAN ? est-il effectif (nb de réunions) ? Combien de personnels soignants participent au groupe suivi nutrition, GSN, et au CLAN ?
Réponse	<p>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).</p> <p>Le CLAN fait partie du réseau ROLAND.</p> <p>Il existe un groupe nutrition composé d'un référent et d'un suppléant par unité</p>
Question	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 ?
Réponse	<p>Un classeur nutrition est disponible dans chaque unité et est révisé à chaque réunion du groupe suivi nutrition (GSN). Chaque référent reçoit un compte rendu du groupe nutrition sur OSIRIS</p> <p>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.</p> <p>Une orthophoniste libérale intervient après analyse et sur prescription médicale sur les troubles de la déglutition.</p> <p>Des temps de rencontre spécifiques orthophoniste / diététicien sont organisés hebdomadairement, le diététicien reprend les consignes de l'orthophoniste pendant le staff PAI.</p>

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

Question	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, Indice de Masse Corporelle– albuminémie)? Quelle est la périodicité de réévaluation des régimes et des textures modifiées ?
Réponse	<p>Comme indiqué dans la thématique escarres, 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, avec le roulement, 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>
Question	Y'a-t-il une traçabilité des différents besoins des résidents (aide humaine – état bucco-dentaire, aides techniques – jeûne nocturne – goût et habitude alimentaire (culturels et cultuels) ? Comment sont prises en compte les pathologies et/ou les états cliniques pour définir un régime adapté ? (consultation des données du dossier résident)
Réponse	<p>Un bilan d'entrée complet est réalisé, les besoins de textures modifiées sont pris en compte et réévalués.</p> <p>Un EBM « goûts et habitudes alimentaires » 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'Humanité afin de réduire le jeûne nocturne.</p>

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

Question	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 ?
Réponse	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. Une enquête de satisfaction a été réalisée en début d'année 2013 et une enquête diététicien sur le pourcentage de résidents dénutris. En lien avec le PAI, le repas peut être servi au restaurant ou dans le quartier. Pour le déjeuner servi au restaurant, les soignants sont centrés sur l'aide au repas (le service étant réalisé par l'équipe hôtelière). Il existe un repas thérapeutique à l'Ancre de Marigny (unité Alzheimer) – repas des résidents avec les soignants

Synthèse du thème 2 – 4

Synthèse du thème	<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 de la dénutrition » ?</p> <p>Cotation : A</p>
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	<p>L'organisation institutionnelle : CLAN, groupes suivi nutrition, référent par unité, diététicien à demeure, collaboration ergothérapeute / diététicien / orthophoniste</p> <p>La présence d'un ergothérapeute</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>La démarche Humanitude : respect du rythme du résident</p> <p>Les ateliers repas conviviaux, redonner envie aux personnes dénutries</p> <p>L'architecture et restauration à l'assiette, liaison responsable hôtelier/service</p> <p>Les ateliers culinaires à l'Ancre de Marigny</p>
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	<p>Vérifier de l'état buccodentaire</p> <p>Porter une attention sur le jeûne nocturne</p> <p>Améliorer la circulation au restaurant (encombrement)</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 est 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)	Oui
Il existe des espaces extérieurs adaptés (sécurisés et permettant la déambulation)	Oui
Il existe des espaces de restauration réservés à l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psycho-comportementaux	Oui
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

10	A	
7 à 9	B	X
4 à 6	C	
Moins de 6	D	

Remarques de l'établissement :**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 :	47
Nombre de ces personnes bénéficiant d'un projet personnalisé formalisé :	47
Soit en Pourcentage :	100%

	Cotation	
Entre 60% et 100%	A	X
Entre 40% et 59,99%	B	
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

Question	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 ?
Réponse	<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 visite mensuelle est effectuée par l'IDE psychiatrique de secteur.</p>
Question	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 ?
Réponse	<p>Tous les ans, des formations sont organisées en lien avec ces troubles. Par exemple, une formation « Alzheimer » de 6 à 15 personnes par an. Les formations « Humanitude », avec 99% du personnel formé, abordent également ces thématiques.</p> <p>Projet de coupler à partir de septembre 2013 l'évaluation du GIR et du NPI</p> <p>Formation « Troubles du comportement chez le résident parkinsonien » réalisée 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

Question	Combien de résidents sont identifiés comme dépressifs ? Sur ces résidents quels sont les thérapies engagées (traitement médicamenteux, consultation du psychologue, du psychiatre) ?
Réponse	Plusieurs types de thérapies sont engagés auprès de ces résidents, traitement médicamenteux et non-médicamenteux, consultation de psychologue, évaluation pluridisciplinaire et accompagnement individualisé... 23 résidents sont sous traitement avec suivi psychologue et/ou IDE psychiatrique de secteur, psychiatre
Question	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) ?
Réponse	Problème de définition de « troubles du comportement » 30 résidents sont identifiés comme ayant des troubles du comportement 100 % sont suivis par un spécialiste (psychiatre, IDE psychiatrique de secteur, psychologue)

Synthèse du thème 2 – 5

Synthèse du thème	<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</p>
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	<p>Formation Humanitude, formation sur les troubles du comportement chez les personnes démentes</p> <p>Équipe pluriprofessionnelle dont psychologue</p> <p>Staff formalisé (PAI) permet le dépistage des troubles</p> <p>Les temps de transmissions hebdomadaires par quartier</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 la maladie de Parkinson</p>
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	<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 les formations de chacun des sites (troubles du comportement et maladie de Parkinson)</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	
C- l'évacuation est réalisée 1 fois par jour	X
D- moins d'1 fois par jour	

Cotation

Les 2 A	A	
1 A et 1 B	B	
Les 2B ou 1A+1C/1D ou 1B+1C/1D	C	X
Aucun A et aucun 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 mettre en place (extracteur à oxygène, 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/quartier

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**14 et 15**

A

10 à 13

B

X

5 à 9

C

Moins de 5

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	Oui
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	Non
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) ?

Soins	Elaborer le projet de soins	
	Suivi des plans de soins et des projets personnalisés	
Coordination	Rencontre des nouveaux résidents	
	Rencontre avec les familles	
	Gestion du matériel	
	Réunions de coordination	
	Lien avec les professionnels extérieurs : médecins, kinésithérapeutes	
Encadrement	Gestion des plannings :	25 heures par semaine
	Participation et animation de réunions avec les professionnels	
	Entretiens d'évaluation	
	Gestion des conflits	
	Recrutement	
	Gestion des stages - lien avec les écoles	
	Tutorat	
Temps moyen hebdomadaire global constaté :		57,5 heures
Temps moyen hebdomadaire global constaté :		7 ETP

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

Remarques de l'établissement :

0,1 ETP/semaine détaché Humanitude, 0,4 ETP IDE référente pour coordination projet de vie (pré accueil, accueil et post accueil)

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 : 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)	64
dont nombre d'hospitalisations programmées	11

Les soins aigus : T rès efficaces – E fficaces – A améliorer – I nefficaces	A
La psychiatrie : T rès efficaces – E fficaces – A améliorer – I nefficaces	E
Les soins palliatifs : T rès efficaces – E fficaces – A améliorer – I nefficaces	E
Les urgences : T rès efficaces – E fficaces – A améliorer – I nefficaces	A

	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 :

Passage mensuel de l'IDE du secteur psychiatrique

Axes d'amélioration possibles : Améliorer la fiche de liaison

Questionnaire axe 2, thème 7 : La continuité des soins

Question	L'établissement a-t-il organisé la continuité des soins ? En interne (permanence des soins – 24h/24, qualité des transmissions...)
Réponse	L'établissement est organisé pour la continuité des soins, présence professionnelle 24/24 IDE, AS 24/24, Médecins libéraux joignables jusqu'à 19h, puis relais « 15 » après. Les outils de continuité des soins sont : dossier patient informatisé, transmissions quotidiennes et hebdomadaires, staff pluri professionnel hebdomadaire. Les médecins libéraux ont accès de leur cabinet au dossier informatisé. Une liaison informatique permet le transfert des résultats de biologie médicale dans le dossier de soins. Des astreintes techniques et administratives complètent le dispositif.
Question	En externe (convention, filière de soins, qualité des informations transférées/reçues...)
Réponse	Le Projet d'Etablissement insiste largement sur l'ancrage sur le territoire. Le plan directeur vient confirmer cette volonté par un projet de création de maisons 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 à l'échelle du territoire les admissions en EHPAD. Une orthophoniste et un kinésithérapeute libéraux interviennent aux Hameaux du Coglais.

Synthèse du thème 2 – 7

Synthèse du thème	<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</p>
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	<p>Présence 24h/24 d'une IDE sur le site. Du fait des 11 lits de SSR, une IDE est présente la nuit et intervient sur l'ensemble du 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>Les HDC disposent d'un médecin coordonnateur à 0,50 ETP. Les résidents de l'EHPAD et de l'accueil temporaire du secteur peuvent être suivis par leur médecin traitant ou le médecin coordonnateur.</p> <p>A l'Ancre (Unité Alzheimer), le médecin coordonnateur est le médecin prescripteur.</p>
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	<p>Favoriser la professionnalisation ASH/AS</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

$$\frac{\text{Numérateur}}{\text{Dénominateur}} \times 100$$

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 :

	Nbre de résidents
Les neuroleptiques :	40
Les antidépresseurs :	47
Les somnifères :	49
Les anxiolytiques :	47

Remarques de l'établissement :

Axes d'amélioration possibles :

Questionnaire axe 2, thème 8 : Le médicament

Question	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 ?
Réponse	<p>Une Ide de l'accueil temporaire participe au COMEDIMS.</p> <p>Tous les médecins libéraux disposent d'OSIRIS (DPI) depuis leur cabinet et peuvent valider et réajuster les prescriptions à distance.</p> <p>Si le résident souhaite être autonome pour la prise de ses médicaments, le médecin a obligation de le tracer dans le dossier.</p> <p>Actuellement, il n'existe pas de formalisation du circuit du médicament, ni de la préparation des semainiers.</p> <p>Les IDE ont été sensibilisées en CSIRMT afin de préparer les semainiers dans un local dédié en s'isolant, cependant les interruptions de tâches restent fréquentes.</p> <p>Les médicaments ne sont déblistérés qu'au moment de l'aide à la prise par l'IDE, l'AS ou l'ASH.</p> <p>Il n'existe pas de validation de la prise ni de vérification, néanmoins le personnel est vigilant à signaler les médicaments non pris.</p>
Question	L'organisation des dotations des armoires du weekend satisfait-elle les professionnelles (organisation – quantité et qualité des médicaments) ?
Réponse	<p>Il existe une dotation pour le fonctionnement du weekend.</p> <p>Les IDE peuvent être amenées à utiliser les médicaments apportés par les personnes entrant le weekend en accueil temporaire.</p>

Questionnaire axe 2, thème 8 : Le médicament

Question	De quelles informations disposent les professionnels sur les modes d'administration (écrasement...) ? Les professionnels, disposent-ils d'un outil de déclaration des erreurs médicamenteuses ?
Réponse	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 sur lesquelles ils peuvent déclarer tout problème notamment sur le circuit du médicament. Ces fiches feront l'objet d'une analyse par la cellule qualité.
Question	Les traitements médicamenteux ou non-médicamenteux ont-ils été réévalués ?
Réponse	Lors des staffs pluridisciplinaires, le médecin coordonnateur est amené à faire des propositions de réajustement de traitements

Axes d'amélioration possibles :

Informier l'ensemble des IDE de l'existence et de l'accès à la gestion documentaire.

Synthèse du thème 2 – 8

Synthèse du thème	<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 : C</p>
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	<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>
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	<p>Programmer un audit avec l'outil ANAP</p> <p>Formaliser les pratiques / description des circuits</p> <p>Formaliser la distribution et l'administration des toxiques</p> <p>Sensibiliser les équipes au circuit du médicament</p> <p>La gestion des obus à oxygène est à formaliser</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 ?

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

Remarques de l'établissement :

Axes d'amélioration possibles :

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

Question	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 ?
Réponse	<p>Le projet des Hameaux du Coglais n'est pas terminé et est en attente de la construction d'un 7^{ème} quartier.</p> <p>De ce fait, certaines chambres sont doublées et les salles à manger prévues pour 20 personnes en accueillent 30 personnes, ce qui représente une limite aux déplacements et à l'autonomie.</p> <p>Un axe fort du projet d'établissement porte sur la formation aux concepts « Humanitude ». 99% du personnel est formé. 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. Un jour de détachement de référents Humanitude est prévu par semaine pour l'accompagnement des professionnels.</p> <p>Une formation sur la manutention est également proposée, elle est coanimée par des IDE formées à la manutention et une référente Humanitude. Un ergothérapeute (20%) et un AMAP ainsi qu'un kinésithérapeute (3 demi-journées, libéral) et un orthophoniste libéral interviennent également pour le maintien de l'autonomie.</p> <p>L'ensemble du site est accessible y compris aux personnes à mobilité réduite.</p>

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

Question	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 ?
Réponse	<p>L'équipe soignante (IDE, AS, ASH, AMP) réalise une évaluation des capacités à travers la toilette (mise en place depuis la formation Humanitude) tracée dans le DPI – Mesures – Toilette évaluative.</p> <p>Les capacités du résident accueilli sont évaluées par une équipe pluridisciplinaire : bilan ergo, bilan kiné, systématiquement validé par le médecin traitant, en fonction des observations cliniques (chutes, déplacements).</p> <p>Sur les 20 dernières entrées en EHPAD, 16 résidents ont bénéficié d'une évaluation complète, au travers de la toilette. Pour les 4 autres résidents (une hospitalisation, un refus, un résident autonome et un levé très tôt), les conditions n'étaient pas réunies. L'IDE référente en assure le suivi.</p> <p>Le besoin d'une réévaluation des capacités est évoqué en PAI.</p> <p>L'Ancre (Unité Alzheimer) utilise un outil différent, le pictogramme pour évaluer les capacités.</p>

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

Question	L'EHPAD offre-t-elle les moyens humains, techniques et matériels adaptés au maintien de la mobilisation (transferts, déplacements internes et externes) du résident?
Réponse	<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, pas d'organisation de maintenance spécifique). 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 (convention assurance), un autre véhicule est disponible spécifiquement pour l'Ancre (unité Alzheimer).</p> <p>Gym douce : un groupe spécifique sur l'unité Alzheimer une fois par mois animé par le personnel présent. Ergothérapeute et AMAP, une fois par semaine sur l'EHPAD</p>
Question	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 ?
Réponse	<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>Les besoins de mise sous protection juridique des résidents sont pris en compte sur demande du résident, du médecin traitant ou de l'entourage. Pendant le staff ou les transmissions, les professionnels peuvent ouvrir une cible « devenir » ou « psycho social ».</p> <p>Le médecin coordonnateur est agréé auprès du tribunal d'instance pour les expertises en vue de la mise en place d'une mesure de protection juridique.</p>

Synthèse du thème 3 – 1

<p>Synthèse du thème</p>	<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</p>
<p>Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?</p>	<p>▶ Le projet d'établissement intègre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ① L'évaluation des capacités La formation du personnel aux concepts Humanitude et à la manutention pour le maintien de l'autonomie physique et psychique ② Le projet architectural avec la conception identique de tous les quartiers favorise la prise de repères. La rue centrale favorise les déplacements et le lien social. ③ La volonté de maintenir le lien social. <ul style="list-style-type: none"> - L'accompagnement des résidents est organisé - L'association de bénévoles « Au fil du temps » est très impliquée dans la vie de l'institution sous la responsabilité de l'animateur. - Un véhicule adapté est prêté gracieusement aux familles. <p>▶ Le médecin coordonnateur est agréé auprès du tribunal d'instance pour les expertises en vue de la mise en place d'une mesure de protection juridique.</p>
<p>Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?</p>	<p>La construction du 7^{ème} hameau. La diminution du nombre de chambres doubles. L'amélioration de la signalétique. L'harmonisation des pratiques sur Osiris : tracer les mêmes éléments aux mêmes endroits. La réflexion sur l'EGS, Evaluation Gériatrique Standardisée, entre médecins coordonnateurs, sur la transmission aux équipes.</p>

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

$$\frac{\text{Nombre de résidents dont l'item déplacement à l'intérieur s'est aggravé}}{\text{Nombre de résidents inclus dans l'enquête}} \times 100$$

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 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	13
Nb de personnes ayant une toilette complète quotidienne	7
% de personnes ayant une toilette complète quotidienne parmi celles qui le souhaitent	54%

	Cotation
Entre 95-100 %	A
Entre 85-94,99%	B
Entre 75-84,99%	C
Moins de 75%	D X

Remarques de l'établissement :

Très peu de résidents souhaitent une toilette complète quotidienne.

A l'entrée, un recueil des habitudes de vies en matière d'hygiène corporelle. Les souhaits et le maintien de l'autonomie sont pris en compte dans le PAI.

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, (Blanchisserie Inter Hospitalière, 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

Question	Comment l'établissement est organisé pour les résidents nécessitant une aide totale ?
Réponse	<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^{ère} 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.</p> <p>Une réflexion est menée sur l'environnement de la personne au moment du repas.</p>

Synthèse du thème 3 – 2

Synthèse du thème	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
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	Le recueil des données avant l'admission Le respect des rythmes de vie des résidents Le matériel adapté disponible Le report de soins
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	Programmation de la 1 ^{ère} toilette à 2 soignants pour les nouveaux résidents nécessitant un besoin d'aide totale Formalisation de la gestion du matériel

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...) ?

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

Remarques de l'établissement :

En dehors des heures de présence du personnel administratif, l'accueil est assuré par le personnel de l'accueil temporaire.

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 : 39

Nombre d'entrées dont les caractéristiques répondent aux conditions de l'indicateur : 39

Soit en pourcentage 100%

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

Remarques de l'établissement :**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 : 39

Nombre d'entrées dont les caractéristiques répondent aux conditions de l'indicateur : 38

Soit en pourcentage 97%

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

Remarques de l'établissement :

Une IDE référente assure la programmation et le suivi des entretiens post-accueil.

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 ?

Nombre de résidents présents	130
Nombre de projets existants répondant à l'indicateur	130
Soit en pourcentage	100%

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

Remarques de l'établissement :

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	45
--	-----------

Nombre de personnes bénéficiant régulièrement d'un accompagnement par un professionnel compétent (y compris IDE de secteur = externe)	45
---	-----------

% de personnes bénéficiant régulièrement d'un accompagnement psychologique parmi celles qui le nécessitent	100%
--	-------------

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

Remarques de l'établissement :

3 résidents sont suivis par psychiatre et/ou 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)	97	97
Parmi ces personnes, nombre de personnes prêtes à 10h30 (semaine - weekend)	97	97

	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 :

Axes d'amélioration possibles :

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

Question	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?
Réponse	<p>Le projet d'accompagnement individualisé existe et est en place. 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 PAI est en place depuis 2010 et depuis janvier 2013 sous sa forme actuelle (commune avec Antrain).</p>
Question	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 ?
Réponse	<p>Tous les professionnels et les résidents sont acteurs du PAI. Le PAI = premier remplissage complet de l'EBM. 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^{er} PAI complet.</p> <p>Le cadre ou l'IDE référente réalise le pré accueil. L'IDE présente et l'AS référente réalisent l'accueil. L'organisation des entretiens post accueil est réalisée par l'IDE référente ainsi que le « entretien post accueil » à J15.</p>

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

Question	Quelles sont les modalités particulières pour les personnes non ou mal communicantes ?
Réponse	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 gestion des prothèses (auditives/lunettes...) est à améliorer. Une vacation d'orthophoniste est effective.
Question	Quelle est la fréquence de réévaluation prévue ? Quelle est la périodicité effective des réunions d'équipe sur les projets des résidents ?
Réponse	Le staff EHPAD est hebdomadaire, consacré au PAI ; Le temps théorique de rotation pour que le PAI d'un même résident soit revu (hors situation aiguë) est de 2 mois Le PAI est revu lors de situation aiguë qui nécessite des réajustements immédiats du projet.

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

Question	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 ?
Réponse	Les informations recueillies quotidiennement par les professionnels vont abonder le PAI. Les insatisfactions relevées entraînent une recherche de solution. Aujourd'hui, il n'y a pas de formalisation de la transmission au résident et/ou à sa famille de la synthèse et des objectifs du PAI.

Synthèse du thème 4 – 1

Synthèse du thème	<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</p>
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	<p>Un outil (EBM) spécifique sur le projet d'accompagnement individualisé dans le DPI</p> <p>Les staffs sont pluridisciplinaires</p> <p>Un groupe de travail spécifique « projet de vie individualisé » se réunit 2 fois par an sur la dimension institutionnelle du fonctionnement des projets de vie</p> <p>Chaque résident dispose de soignants référents (4) tout au long de l'hébergement</p> <p>Deux entretiens post accueil sont programmés : Le 1^{er} à J15 l'autre vers 2 à 3 mois</p>
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	<p>Les modalités d'organisation du projet d'accompagnement individualisé sont à formaliser et harmoniser entre les 2 sites.</p> <p>L'association et la communication au résident et à son entourage, s'il le souhaite, quand le PAI est élaboré une première fois ainsi qu'au médecin traitant.</p> <p>Les modalités de gestion des prothèses (lunettes/prothèse auditive...) sont à définir.</p> <p>Mettre en place un questionnaire de satisfaction résident et des familles de façon périodique</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

+ de 7	A	X
5 à 7	B	
2 à 4	C	
Moins de 2	D	

Remarques de l'établissement :

Le multi-accueil est dans les locaux et favorise les rencontres intergénérationnelles

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 ?

	Cotation
Un document de type charte du bénévolat est signée avec tous les bénévoles	A
Les valeurs et l'organisation de l'établissement ont été explicitées aux bénévoles par écrit et oral	B X
Le projet d'établissement rappelant les valeurs et l'organisation de l'établissement a été remis à chaque bénévole	C
Aucune démarche auprès des bénévoles n'a été entreprise	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 : 117

* hors HT, AJ, AN

Soit en pourcentage 90%

	Cotation
100%	A
Entre 80 et 99,99%	B X
Entre 60 et 79,99%	C
Moins de 60%	D

Remarques de l'établissement :

Les résidents ont des activités spécifiques proposées. Ils y participent ou y assistent selon leurs souhaits.

Axes d'amélioration possibles :

Réévaluer et améliorer la traçabilité de la participation des résidents aux activités.

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 :	47
Nombre de ces personnes bénéficiant d'activités spécifiques chaque jour en semaine :	29
Nombre de ces personnes bénéficiant d'activités spécifiques chaque jour en semaine + 1 jour dans le week-end :	29
Nombre et pourcentage de personnes bénéficiant d'activités spécifiques 7 jours sur 7 :	11/23 %

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

Remarques de l'établissement :

Les personnes présentant des troubles psycho-comportementaux participent aux activités selon leurs souhaits.

Axes d'amélioration possibles :

La spécificité et la périodicité des activités restent à améliorer.

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

La question posée était la suivante : « Sur ce qui concerne globalement les animations, diriez-vous que vous êtes : »

	Nb de résidents	% de résidents	taux de réponse
Nombre de résidents ayant répondu "très satisfait"	21	43%	84%
Nombre de résidents ayant répondu "satisfait"	20	41%	
Nombre de résidents ayant répondu "moyennement satisfait"	8	16%	16%
Nombre de résidents ayant répondu "insatisfait ou mécontent"	0	0%	
Nombre total de résidents ayant répondu au questionnaire	49	Taux de participation :	38,9%

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

Sur les 57 résidents qui ont répondu au questionnaire, 8 ne se sont pas prononcés sur cette question.

- 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

Question	Le projet d'établissement intègre-t-il la notion de projet d'accompagnement personnalisé dans sa dimension sociale et individuelle ?
Réponse	Un des objectifs du projet d'établissement repose sur la démarche de bientraitance Humanitude. (Voir P126, 127 du projet d'établissement)
Question	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 ?
Réponse	<p>Un entretien de pré accueil est organisé avec le résident et sa famille.</p> <p>Le pré accueil est formalisé à l'aide d'un imprimé du CG35 par une IDE référente et éventuellement le cadre. Un horaire spécifique (AS/ASH) est dédié soit à l'accueil soit à une activité 7j/7.</p> <p>Des transmissions orales et écrites (sur OSIRIS) quotidiennes permettent le recueil des attentes et des besoins tout au long de leur séjour et sont évoqués au cours du staff PAI hebdomadaire.</p> <p>Les activités sont planifiées avec possibilité de rajouts du jour au lendemain en fonction des souhaits ou de l'état de santé des résidents.</p> <p>La commission d'animation et de restauration sont des lieux d'expression pour les résidents.</p> <p>La commission d'animation est mensuelle et réunit animateur, AMP, bénévoles et représentants des résidents</p>

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

Question	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 ?
Réponse	<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 quartier.</p> <p>Le programme hebdomadaire des animations est remis aux résidents de manière individuelle s'il le souhaite. L'animateur rappelle aux résidents les activités du jour pendant le déjeuner au restaurant.</p>
Question	Quel est le nombre d'animateur ? d'AMP ? Quelle est la fréquence des réunions pluridisciplinaires auxquelles participent les professionnels de l'animation ?
Réponse	<p>Un animateur exerce à temps complet.</p> <p>Deux personnes à mi-temps font partie de l'animation l'après-midi. Deux AMP participent aux soins le matin et à l'animation l'après-midi avec une attention particulière pour les résidents en difficulté.</p> <p>L'animateur participe au staff hebdomadaire, aux CVS, aux commissions de restauration, aux réunions d'encadrement (tous les cadres et la direction du CH). Il anime 1 fois par mois une réunion de coordination à laquelle participent l'équipe animation, les bénévoles et les résidents. Selon les projets, l'animateur rencontre les partenaires extérieurs.</p> <p>La commission animation mensuelle rassemble les bénévoles et les résidents volontaires. 2 réunions par an sont organisées sur les projets de vie et l'organisation institutionnelle.</p>

Axes d'amélioration possibles :

Prévoir la diffusion, la communication du projet annuel aux résidents et à leur entourage.

Recenser les résidents ayant besoin d'un programme hebdomadaire d'animation

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

Question	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 ?
Réponse	<p>Des partenariats existent : centre de loisirs, bibliothèque, écoles, piscine, cinéma, musiciens, convention avec une troupe de théâtre locale, chorale une fois par mois, comité des fêtes, multi accueil dans les locaux, permanence ludothèque... Un projet est en cours avec l'orchestre symphonique de Rennes.</p> <p>Les Hameaux sont identifiés comme résidence d'artistes en partenariat avec le centre culturel. Des locaux sont mis à disposition pour le CDAS qui organise des rencontres et échanges avec des mères en difficulté.</p> <p>Les animateurs organisent des temps forts inter établissements (loto, thé dansant...)</p> <p>Beaucoup de bénévoles interviennent au travers notamment de l'association locale « Au fil du temps », (environ 10 jours par mois) La messe est ouverte aux personnes extérieures en partenariat avec l'aumônerie : plus de 100 personnes chaque dimanche.</p>
Question	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 ?
Réponse	<p>Bilan 2012 : 1276 temps d'animation, 852 animations collectives dont 383 de plus de 15 personnes.</p> <p>Les temps forts en 2012 sont : deux représentations théâtrales, loto, concert de musique, pique-nique des familles, arbre de Noël, thé dansant inter établissement.</p> <p>Dans chaque quartier, l'organisation permet un détachement d'un personnel (horaire spécifique) sur un temps d'animation dédié au PAI 7j/7.</p>

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

Question	Combien de fois par semaine les résidents participent-ils à des activités d'animation?
Réponse	Il est difficile de chiffrer dans l'absolu car de nombreuses activités sont réalisées sans être tracées. Les statistiques de participation aux activités sont erronées du fait d'un manque de rigueur et de traçabilité. 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.
Question	Y a-t-il un questionnaire mesurant la satisfaction des résidents par rapport aux activités proposées ?
Réponse	Un questionnaire global de satisfaction de la prise en charge à l'EHPAD a été réalisé et une cinquantaine de résidents audités par un binôme de professionnel (juin 2013). Une question était dédiée à l'animation, les résultats sont ceux présentés à l' <u>Axe 4, thème 2</u> et Aqualie (référence Aqualie thème 3 - indicateur 14). Avant chaque CVS, les résidents sont associés à la préparation de ce dernier. Ils sont sollicités sur leurs souhaits d'activité et leurs appréciations sont prises en compte.

Synthèse du thème 4 – 2

Synthèse du thème	<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 : A</p>
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	<p>La personnalisation des activités sociales individuelles et collectives est une volonté institutionnelle inscrite dans le projet d'établissement.</p> <p>Le projet des Hameaux du Coglais repose sur l'aspect convivial et l'ouverture vers l'extérieur grâce aux partenariats et aux associations locales.</p> <p>La prise en compte des habitudes de vie recueillies en amont de l'admission est revue dans le PAI.</p> <p>Divers partenariats existent et de multiples activités sont proposées.</p> <p>Des résidents vont tous les 15 jours dans une bibliothèque du réseau cantonal</p> <p>Un horaire spécifique dédié à l'animation existe, quel que soit le jour de la semaine.</p> <p>Un véhicule adapté est mis à disposition gratuitement pour les familles.</p>
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	<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	Non
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

6 à 7 A X

4 à 5 B

2 à 3 C

Moins de 2 D

Remarques de l'établissement :

Les chambres doubles sont un frein à l'aménagement des locaux pour la réception des proches, cependant des salons privés sont à disposition.

Axes d'amélioration possibles :

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

Question	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 ?
Réponse	<p>L'architecture des hameaux du Coglais est organisée autour d'une rue centrale qui est un lieu de rencontres. Les aménagements extérieurs comprennent un parc animalier et un jardin.</p> <p>Pour préserver les liens avec les proches un accès internet en Wi-Fi est possible ainsi que le prêt d'un minibus.</p> <p>Deux 2 grandes manifestations sont organisées dans l'année, le pique-nique des familles et le gouter de Noël.</p> <p>Une réunion annuelle entre les familles, le personnel et la direction 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>
Question	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 ?
Réponse	<p>Les animateurs participent au staff hebdomadaire et se chargent de la coordination avec les bénévoles.</p> <p>De très nombreux bénévoles participent à la vie de l'EHPAD, une réunion mensuelle bénévoles/animateur est organisée.</p>

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

Question	Existe-t-il des actions favorisant le lien intergénérationnel ?
Réponse	<p>Comme préciser plus haut, il existe sur chacun des sites des partenariats.</p> <p>Des lotos intergénérationnels sont organisés notamment avec les enfants des professionnels et les centres de loisirs.</p> <p>Un multi accueil est installé dans les Hameaux :</p> <p>Deux projets avec le multi accueil en unité Alzheimer (l'Ancre) :</p> <ul style="list-style-type: none">-Une rencontre dans le quartier de l'Ancre, hebdomadaire autour de la pâtisserie-Un autre temps d'échange plus ludique (lecture, jeux, chants) dans l'espace multi accueil. <p>Pour les résidents de l'EHPAD, la rencontre hebdomadaire a lieu autour du jardin.</p>

Synthèse du thème 4 – 3

Synthèse du thème	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 » ?
	Cotation : A
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	<p>L'architecture et l'aménagement favorisent le maintien des liens sociaux</p> <p>De nombreux partenariats y contribuent</p> <p>Les sorties en groupe ou en individuel sont facilités grâce aux organisations et moyens mis à dispositions (flotte mobile)</p> <p>Les familles sont associées à la vie de l'établissement</p> <p>Un projet d'accès à la culture (bibliothèque, lecture, poésie...) a été récompensé par l'ARS fin 2012</p>
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	Pérenniser la dynamique avec les associations du territoire

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 : 20/112

	Oui/Non
Le projet d'établissement contient un volet "soins palliatifs" (décret n° 2006-122 du 6 février 2006)	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

12 à 14

A X

9 à 11

B

6 à 8

C

Moins de 6

D

Remarques de l'établissement :

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

L'arrivée de l'antenne HAD de Rennes secteur nord dans les locaux du site de St Brice en octobre / novembre 2013 favorisera les interventions.

Les directives anticipées sont incluses dans le livret d'accueil depuis 2013. La formation de l'ensemble du personnel à la loi Léonetti est envisagée.

Depuis plusieurs années, le plan de formation inclut systématiquement une formation « sensibilisation aux différentes étapes de la vie » à laquelle le personnel de l'EHPAD participe.

Le CHMB favorise le maintien des résidents en fin de vie dans leur lieu de vie.

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

Question	<p>Comment l'établissement est-il organisé pour le recueil des directives anticipées ?</p> <p>Comment, quand, par qui est effectué le recueil des souhaits de la personne ?</p>
Réponse	<p>En 2012, il n'y avait pas d'organisation du recueil des directives anticipées. En 2013 :</p> <p>Une fiche est présente dans le livret d'accueil, la question se pose sur une conduite à tenir pour le professionnel afin de recueillir les directives anticipées et où l'information doit être renseignée. (harmonisation des pratiques sur OSIRIS – « habitudes de vie » ou « entourage »)</p> <p>L'IDE référente et/ou les cadres sont chargés du recueil.</p> <p>Ces informations sont vues ou revues en post accueil avec le résident (il existe un guide du post accueil mais apparemment peu utilisé)</p>
Question	<p>Comment organise-t-on le recueil des souhaits pour les personnes n'ayant pas la capacité psychique et/ou sensorielle pour le faire ?</p>
Réponse	<p>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.</p> <p>L'organisation du recueil des souhaits n'est pas formalisée.</p> <p>Une harmonisation des pratiques est nécessaire afin de retrouver les informations (histoire/événement à venir, habitudes de vie ou cible particulière)</p>

Question	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 ?
Réponse	<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 pluridisciplinaire peuvent échanger leurs points de vue sur les situations complexes.</p> <p>L'équipe mobile de soins palliatifs du CHF est régulièrement sollicitée y compris pour des questions de supervision/débriefing.</p>
Question	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)
Réponse	<p>Les temps de rencontres pluridisciplinaires sont fréquents, transmissions et staffs hebdomadaires et autres si besoin.</p> <p>L'espace Snoezelen est à disposition des résidents.</p> <p>L'aumônerie est aussi présente sur le site à la demande du résident de sa famille et des professionnels.</p> <p>Des professionnels de l'EHPAD font partie du CLUD.</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 référents Humanitude).</p>

Question	Comment l'établissement est-il organisé pour le recours à l'équipe mobile de soins palliatifs de secteur ? ou équipe interne ?
Réponse	<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>
Question	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 ?
Réponse	<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).</p> <p>Un recueil des souhaits des professionnels en 2010 et 2011 sur les questions de formation en soins palliatifs et fin de vie a été réalisé.</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 :	Score	Commentaires
Retrouve-t-on les derniers souhaits exprimés ?	11/30	Une personne a donné son souhait (histoire et événement, 10 par la famille
Qui les a recueillis ?	-	IDE et 1 psychologue
Ont-ils été respectés ?	-	Difficile d'évaluer. Tous les souhaits ne sont pas forcément de notre ressort Prévenir la famille, l'habillement et les principaux souhaits
Si non, pourquoi ?		
A-t-on fait appel à l'équipe de soins palliatifs ?	2/30	2 fois
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 ?	17/30	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

Synthèse du thème	<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</p>
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	<p>Formation « sensibilisation aux différentes étapes de la vie »</p> <p>Formation Humanitude (99% du personnel)</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>
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	<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

Question	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 ?
Réponse	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 et des proches. L'équipe d'animation organise des visites au funérarium pour les résidents qui le souhaitent (amitiés liées pendant le séjour). Une des missions de l'IDE référente est de faire le lien avec la famille pour les situations spécifiques.
Question	Que met-on à disposition des proches pour accompagner leur résident 24h/24 ?
Réponse	Les horaires d'ouverture sont facilités, à la demande L'établissement met à disposition des lits d'appoint Des espaces conviviaux sont disponibles.

Question	Existe-t-il des possibilités de soutien psychologique (en interne ou en externe) à destination des soignants ?
Réponse	Un psychologue est présent à 50 % à l'EHPAD et 25% de temps psychologue est alloué à l'Ancre de Marigny (unité Alzheimer). Il est possible de recourir à un psychologue libéral. A noter la facilité avec laquelle les équipes peuvent contacter les psychologues.
Question	Existe-t-il un temps d'échange entre soignants (équipe élargie) autour des décès ? Si oui comment sont-ils organisés ?
Réponse	Il y a la possibilité d'avoir des temps d'échange 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

Synthèse du thème	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 : A
Quels sont d'après vous les points forts de l'établissement sur ce thème ?	Circulation de l'information : il existe une fluidité des échanges (en lien avec l'architecture en petites unités) entre professionnels et avec l'entourage
Quelles sont les actions d'amélioration à apporter à ce thème ?	Maintenir les liens créés entre résidents y compris dans l'accompagnement en fin de vie

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. RÉSULTATS 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, 57 résidents et 35 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**

		Effectifs				
		Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Total
1-	Etes-vous arrivé depuis moins d'un an ?	<i>Oui</i> 24		<i>Non</i> 33		57
2-	Si oui, comment avez-vous jugé l'accueil lors de votre admission dans votre lieu de vie ?	14	9		1	24
3-	La qualité des renseignements donnés (explications orales et documents fournis) était :	7	11	3	1	22
4-	Etes-vous satisfait de votre séjour au sein de la résidence ?	24	29	3	1	57
5-	Recommanderiez-vous la résidence à un proche ?	<i>Oui</i> 48		<i>Non</i> 8		56
6-	Vous sentez-vous en sécurité au sein de l'établissement ?	<i>Oui</i> 53		<i>Non</i> 3		56
7-	Etes-vous satisfait du cadre de vie (odeur, hygiène...) ?	16	33	8		57
8-	L'aménagement des espaces est-il adapté à vos besoins ?	14	35	7		56
9-	Les locaux sont-ils bien signalés ?	17	35	3		55
10-	Etes-vous satisfait de la chambre qui vous est attribuée et de son confort ?	22	22	11	1	56
11-	Etes-vous satisfait de la propreté de votre chambre ?	32	22	2		56
12-	Etes-vous satisfait de la tranquillité de votre chambre ?	27	23	6		56
13-	Etes-vous suffisamment informé de la vie de l'établissement (fonctionnement établissement, Conseil de Vie Sociale...) ?	15	26	13	1	55
14-	Pouvez-vous bien identifier le personnel ?	12	27	18		57
15-	Avez-vous la possibilité d'exprimer des réclamations ou des satisfactions ?	13	36	7		56
16-	Etes-vous satisfait de la politesse et de l'amabilité du personnel ?	32	20	5		57
17-	Etes-vous satisfait de la disponibilité du personnel ?	15	34	8		57
18-	Etes-vous satisfait de l'accompagnement réalisé par le personnel administratif ?	10	32	3	1	46
19-	Etes-vous satisfait de la prise en charge par le personnel soignant ?	18	28	11		57
20-	Etes-vous satisfait de la prise en soin par le personnel de nuit (soin, respect du sommeil...) ?	25	29	3		57
21-	Le traitement du linge vous convient-il ?	3	27	12	1	43
22-	Etes-vous satisfait de la prestation repas ?	17	27	12	1	57
23-	Etes-vous satisfait de votre prise en charge médicale ?	13	31	8	3	55
24-	Etes-vous satisfait de l'aide apportée lors des soins d'hygiène ?	20	29	6		55
25-	Etes-vous satisfait du matériel médical à votre disposition ?	19	35			54
26-	Vos habitudes de vie sont-elles respectées ?	21	27	7		55
27-	Vos soins et traitements vous sont-ils expliqués ?	11	29	12		52

28-	Etes-vous satisfait de la prise en charge de la douleur ?	11	31	12		54
29-	Sur ce qui concerne globalement les animations, diriez-vous que vous êtes :	21	20	8		49
30-	Etes-vous satisfait de l'accès donné à l'exercice du culte ?	19	26	2		47
31-	Pouvez-vous exercer vos droits civiques ?	8	27			35
32-	Etes-vous satisfait de la liberté d'aller et venir au sein et en dehors de l'établissement ?	20	29	5	1	55
33-	Avez-vous des suggestions		<i>Oui</i> 25		<i>Non</i> 32	57
34-	Si oui, lesquelles :		Nb Commentaires		26	

▀ Récapitulatif des commentaires des résidents à St-Brice

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 :

- Problème de chambres doubles X14
- Le ménage dans les chambres.
- Animations plus variées (+ sorties extérieures ou autres) X5
- Bruit dans le couloir X2
- Traitement du linge X3
- Repas (pas assez salés x2, de fruits, trop vite débarrassé x2, le soir n'est pas très changeant) X7
- Le personnel de nuit X2
- ...

Tableau récapitulatif des enquêtes concernant les familles

	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 ?	10	23	2		35
2- La qualité des renseignements donnés (explications orales et documents fournis) était :	8	25	2		35
3- Etes-vous satisfait du séjour de votre parent/proche au sein de la résidence ?	14	19	1		34
4- Recommanderiez-vous la résidence à un quelqu'un de votre entourage ?	9	19	1		29
5- Etes-vous satisfait du cadre de vie ?	9	22	4		35
6- Etes-vous satisfait de l'aménagement des espaces ?	9	22	3	1	35
7- Les locaux sont-ils bien signalés ?	8	26			34
8- Etes-vous suffisamment informé de la vie de l'établissement (fonctionnement établissement, Conseil de Vie Sociale...) ?	4	22	8		34
9- Pouvez-vous bien identifier le personnel ?	6	19	6	1	32
10- Avez-vous la possibilité d'exprimer des réclamations ou des satisfactions ?	9	20	4		33
11- Etes-vous satisfait de la politesse et de l'amabilité du personnel ?	18	15	1		34
12- Etes-vous satisfait de la prise en charge par le personnel soignant ?	13	19	2		34
13- Etes-vous satisfait de l'accompagnement réalisé par le personnel administratif ?	8	25			33
14- Etes-vous satisfait de la prestation repas ?	9	16	7	1	33
15- Sur ce qui concerne globalement les animations, diriez-vous que vous êtes :	13	16	1		30
16- Etes-vous satisfait de la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement ? (horaires de visite, ...)	18	16			34
17- Etes-vous satisfait de la prise en charge médicale ?	7	20	7		34
18- Etes-vous satisfait de l'aide apportée lors des soins d'hygiène ?	10	22	2		34
19- Etes-vous satisfait du matériel médical à disposition ?	7	22			29
20- Avez-vous des suggestions ?		<i>Oui</i>	<i>Non</i>		
		19	15		34
21- Si oui, lesquelles :		Nb Commentaires	22		22

Récapitulatif des commentaires des familles

- Chambre seule x8
- Prix x5
- Odeurs
- Présence sporadique du médecin
- Traitement du linge x4

- Repas (moins bon, pas toujours adapté...)
- Disponibilité du planning des animations
- Plus d'activités collectives
- Identifier le personnel son nom sa fonction
- Difficulté à obtenir des infos sur la fréquence des soins
- ...

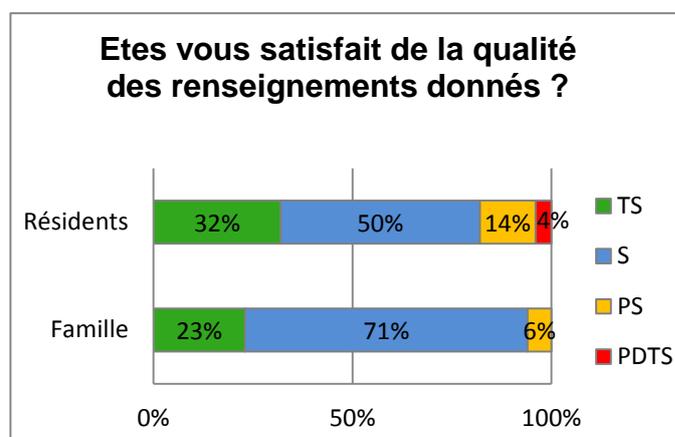
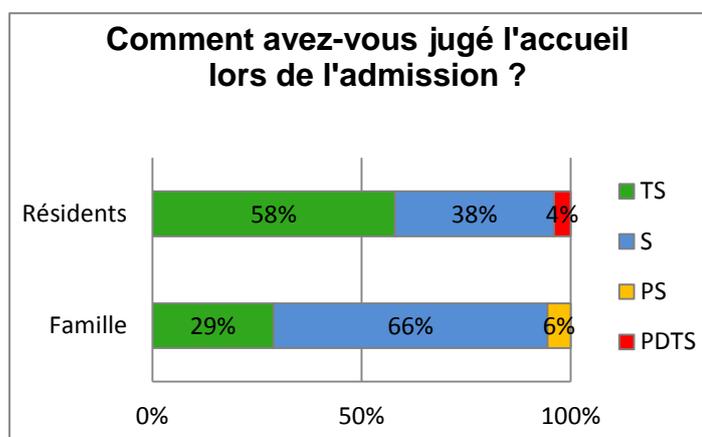
Cependant les familles font également remarquer le cadre de vie agréable, les bâtiments neufs, un bonne structure et du personnel soignant agréable.

▮ Les résultats croisés des deux enquêtes de satisfaction menées

(résidents/famille)

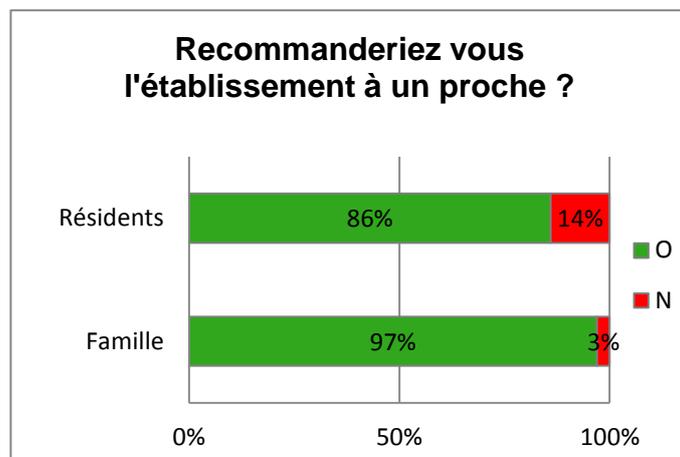
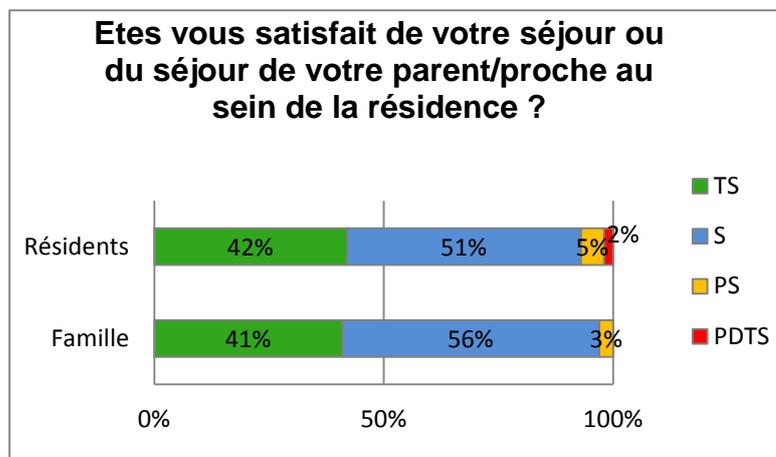
Les résultats présentés ci-dessous, ne prennent en compte les résidents qui ne se sont pas prononcés sur le sujet.

⇒ Accueil et admission :



Les résidents et les familles sont satisfaits à plus de 90% de l'accueil lors de l'admission. Quant à la qualité des renseignements donnés, 82% des résidents sont satisfaits, et 18% ne sont pas satisfaits des renseignements donnés.

⇒ **Vision globale de l'établissement :**

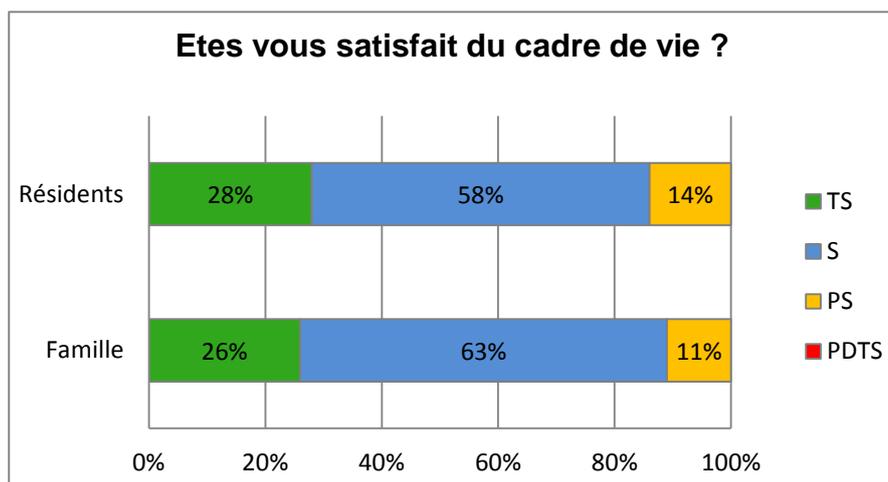


Les résidents apprécient à plus de 90% leur séjour au sein de l'EHPAD.

Les familles sont satisfaites voire très satisfaites à 97% du séjour de leur parent ou proche.

Plus de 85% des résidents et des familles recommanderaient l'établissement à un proche.

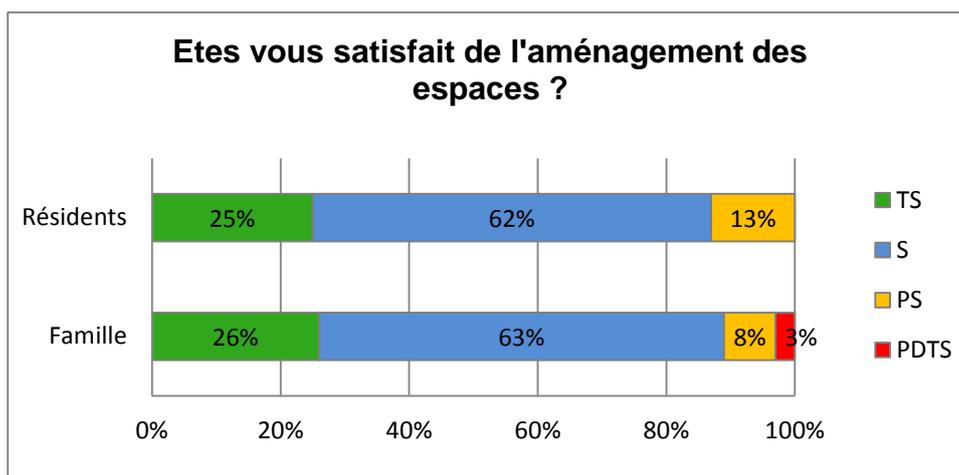
⇒ **Qualité et sécurité des espaces :**



Les résidents et les familles apprécient à plus de 80% le cadre de vie.

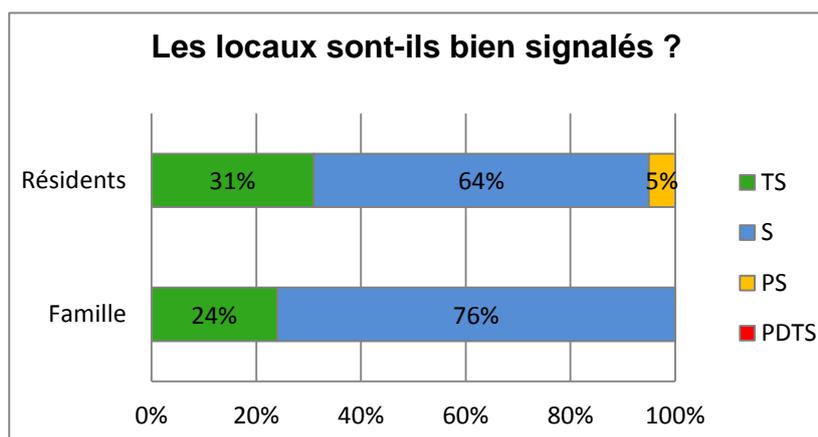
Plusieurs familles pensent que le cadre de vie est très agréable (bâtiments neufs, locaux adaptés).

14% des résidents et 11% des familles sont peu satisfaits.



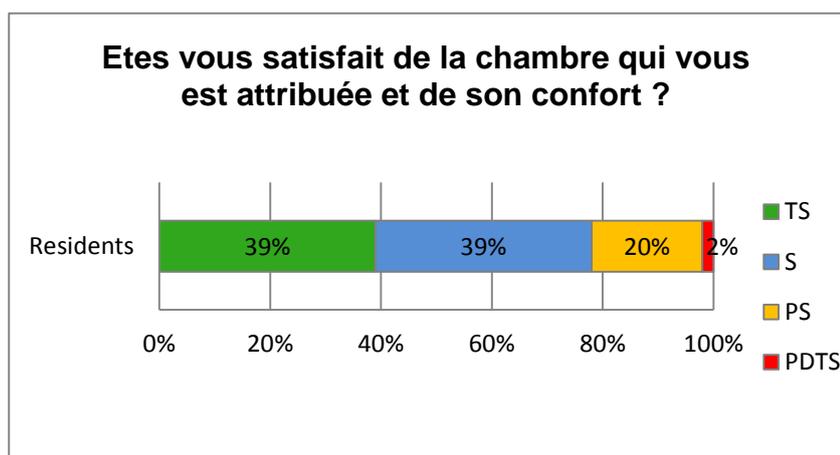
87% des résidents trouvent l'aménagement des espaces adapté.

Les familles jugent à 89% que l'aménagement des espaces est plaisant.



Les résidents et les familles sont satisfaits à plus de 90% de la signalétique de l'établissement.

Pour les 4 prochaines questions suivantes, seuls les résidents ont été interrogés :

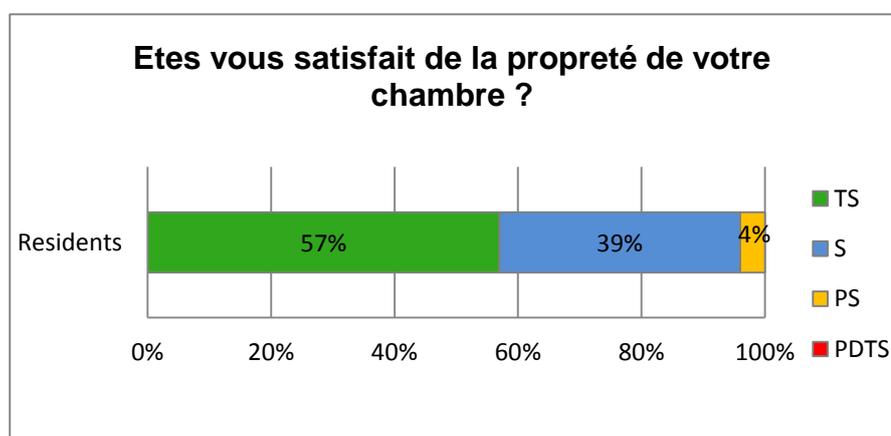


Les résidents sont satisfaits à 78% du confort de leur chambre.

22% sont peu ou pas du tout satisfaits. Plusieurs résidents se plaignent du confort de leur chambre car depuis les nouveaux locaux, beaucoup d'entre eux sont pour le moment en chambre double.

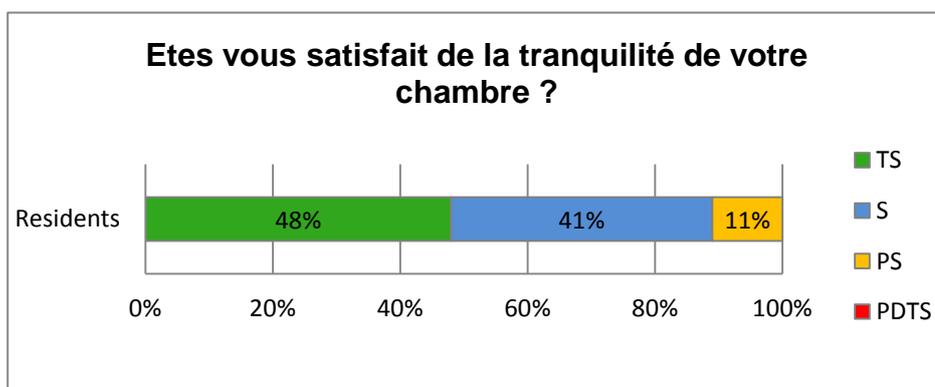
Une résidente trouve sa chambre étroite et a des difficultés à circuler avec son fauteuil roulant, d'autres trouvent que les chambres sont trop petites.

Même si les familles n'ont pas été interrogées sur le sujet, à la fin du questionnaire, certains ont aussi mis en avant le manque de chambres seules et le tarif des chambres qui leur semblent élevé.



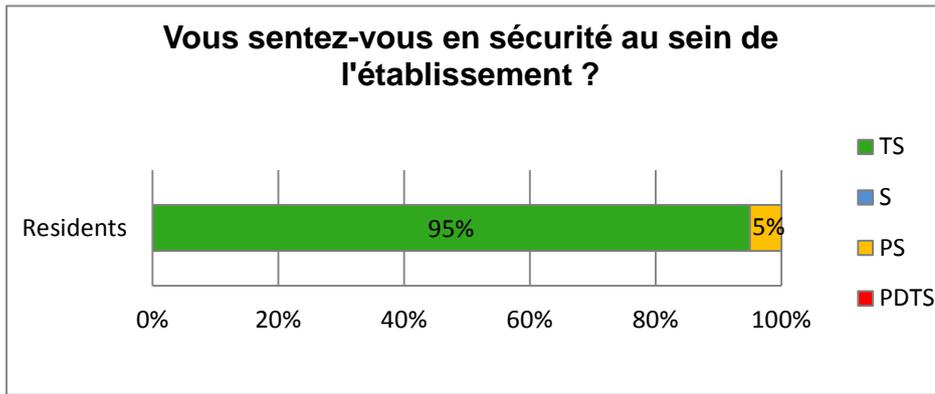
96% des résidents sont satisfaits de la propreté de leur chambre.

Cependant un résident estime que le ménage devrait être fait plus souvent.



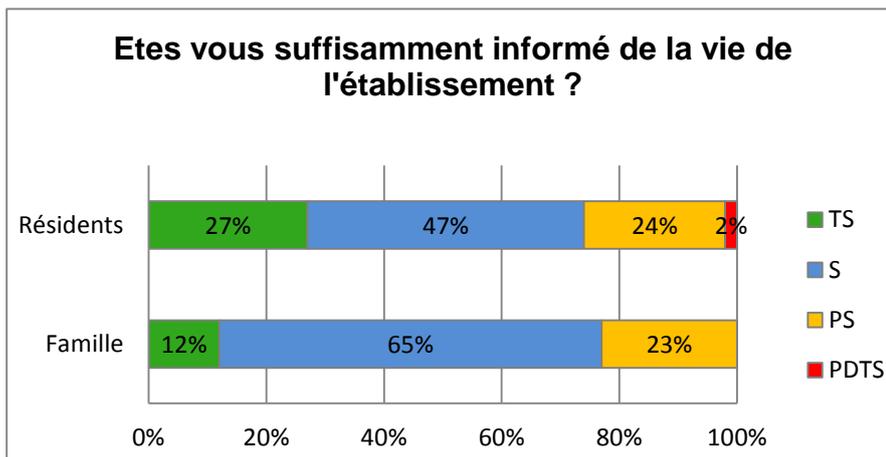
89% des résidents sont satisfaits de la tranquillité de leur chambre, 11% sont peu satisfaits.

Ces 11% s'expliquent par le problème des chambres doubles, beaucoup de résidents aimeraient être seul dans leur chambre.

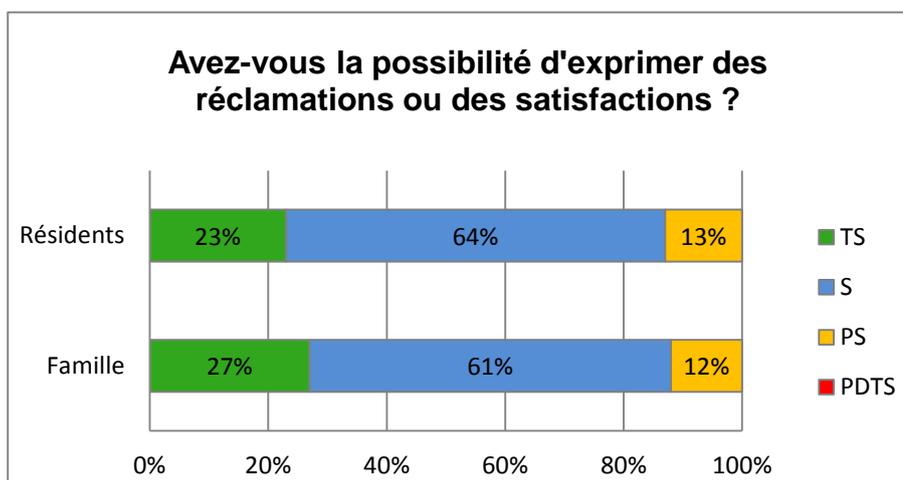


95% des résidents se sentent en sécurité au sein de l'établissement.

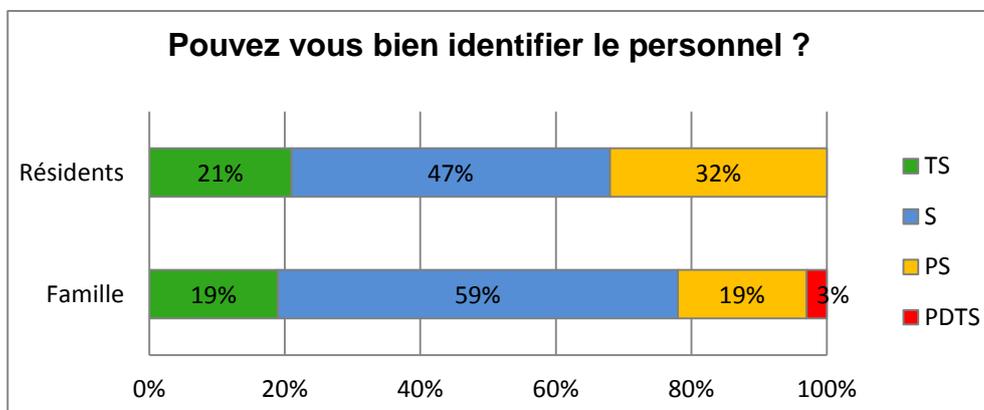
⇒ **Communication et information :**



26% des résidents et 23% des familles ne se sentent pas assez informés sur la vie de l'établissement.

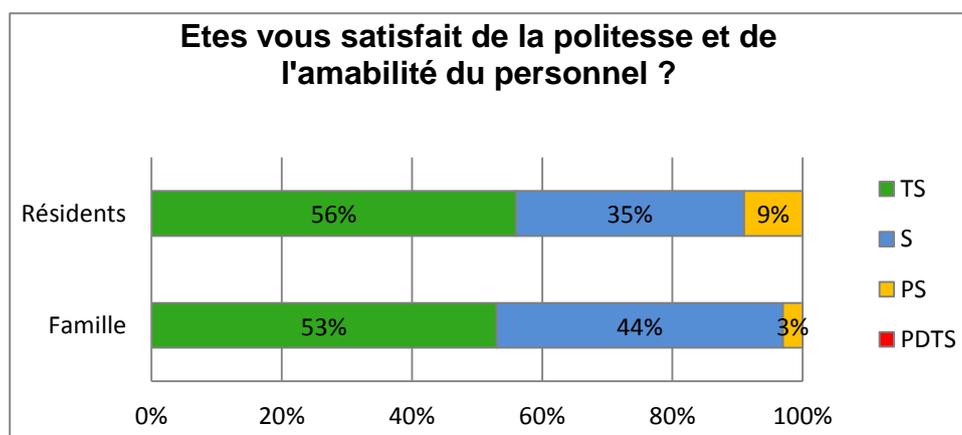


87% des résidents estiment pouvoir facilement exprimer leur réclamation ou leur satisfaction. Quant aux familles 88% sont satisfaites des moyens mis à leur disposition pour exprimer leur avis.



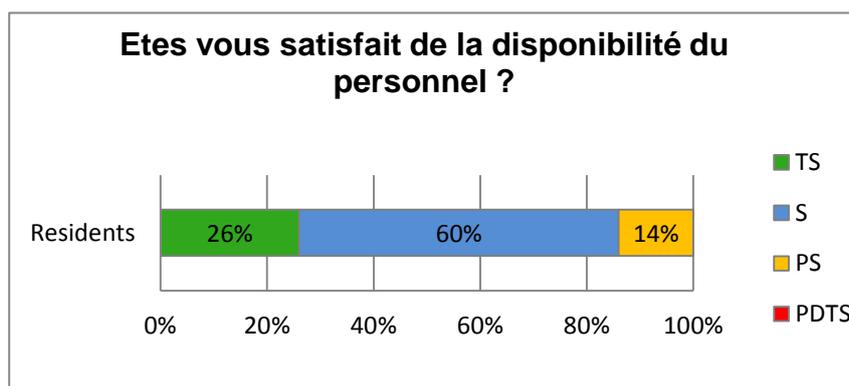
68% des résidents et 78% des familles estiment pouvoir bien identifier le personnel, 32% des résidents et 22% des familles rencontrent des difficultés pour différencier les soignants (IDE, AS, ASH...)

Une famille voudrait identifier le personnel par leur nom et leur fonction.



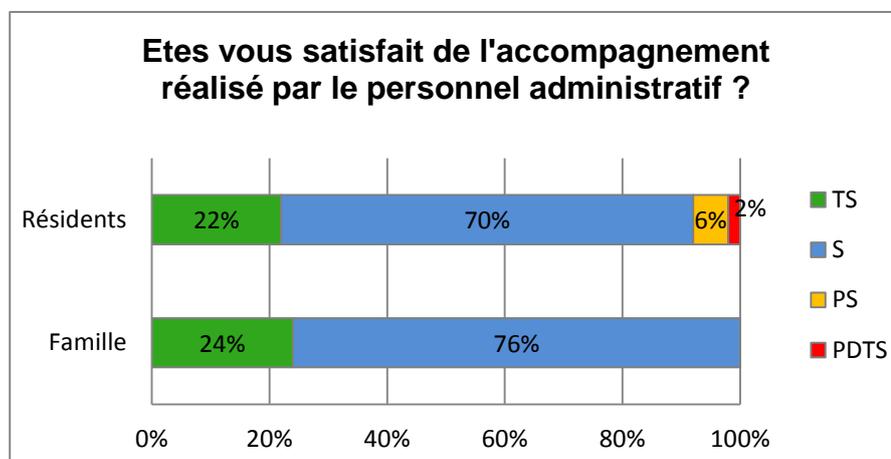
91% des résidents et 97% des familles estiment le personnel poli et aimable.

9% des résidents sont peu satisfaits.



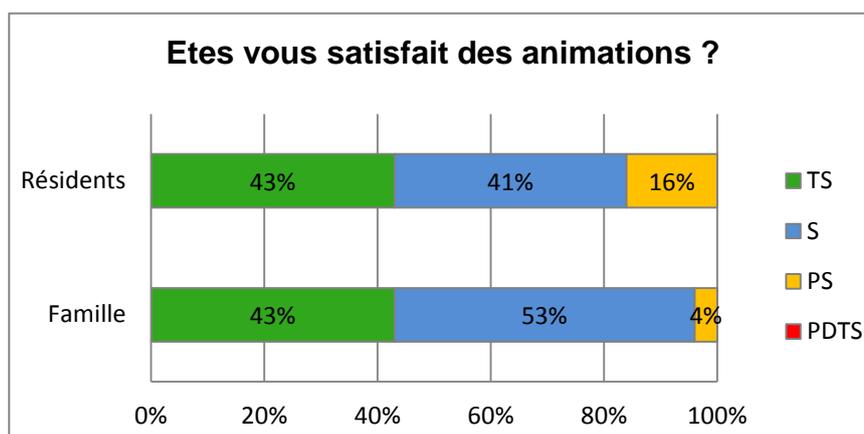
86% des résidents trouvent que le personnel est disponible à leur égard.

Un résident pense qu'il n'y a pas assez de personnel.



Les résidents et les familles apprécient à plus de 90% l'accompagnement fait par le personnel administratif. 8% des résidents semblent peu satisfaits.

⇒ **Vie sociale :**



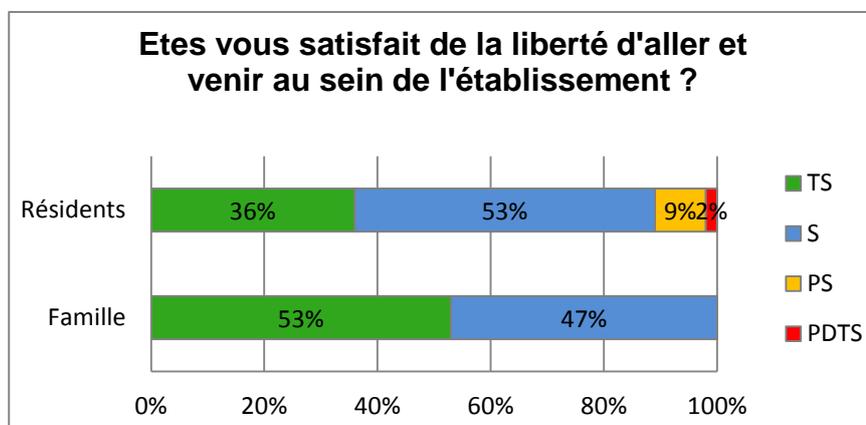
43% des résidents sont très satisfaits des animations proposées, 41% sont satisfaits, néanmoins 16% sont peu satisfaits.

Un résident aimerait que les animations soient plus variées (plus de sorties à l'extérieur) et a l'impression que l'on ne propose pas les animations à tous les résidents.

Un autre pense qu'il n'y a pas assez d'animations.

Les animations proposées conviennent à 96% des familles.

Une famille pense qu'il y a un manque de communication sur les animations et une autre famille aimerait qu'il y ait plus d'activités collectives.

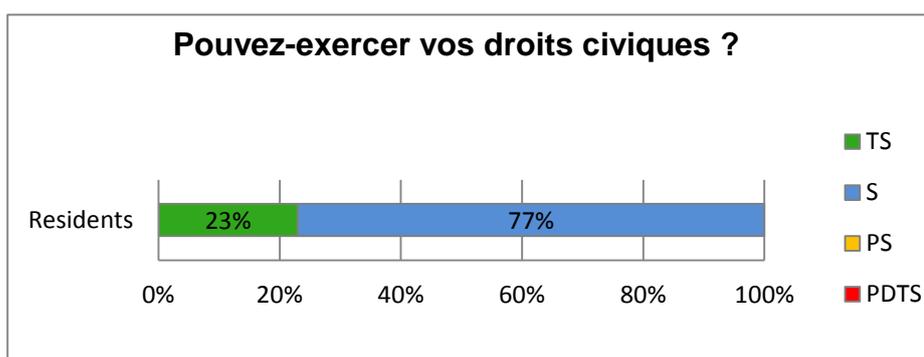


89% des résidents et 100% des familles sont très satisfaits/satisfaits de la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement.

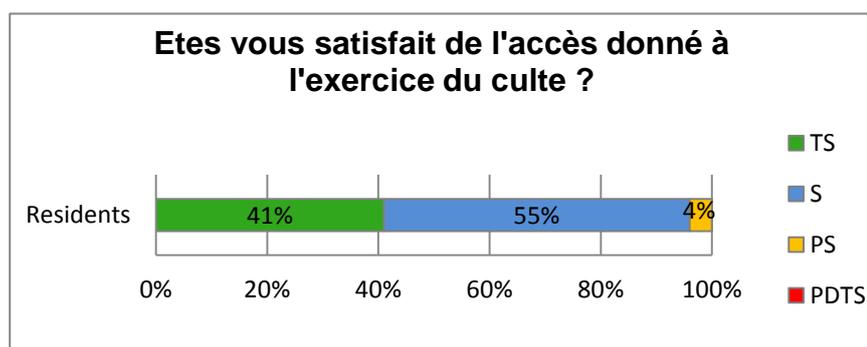
11% des résidents ne sont pas satisfaits.

Une résidente ne pouvant se déplacer seule, aimerait être plus souvent accompagnée dans ses déplacements à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

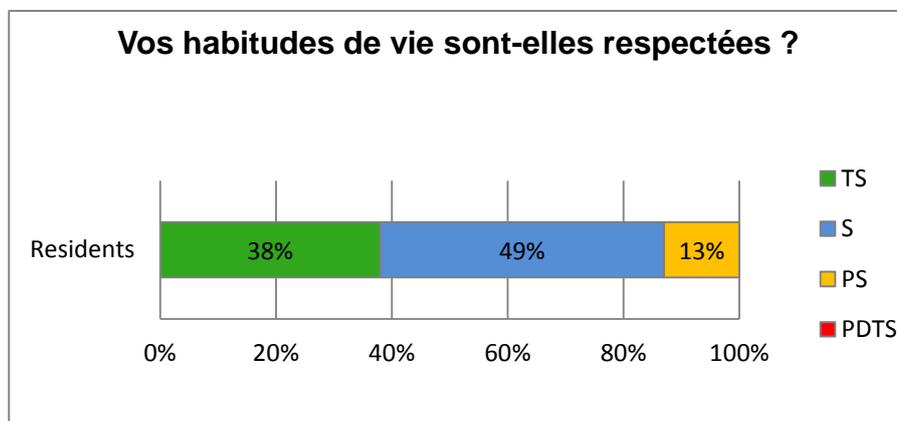
Les 3 prochaines questions ont été posées uniquement aux résidents :



100% des résidents estiment pouvoir exercer leurs droits civiques.



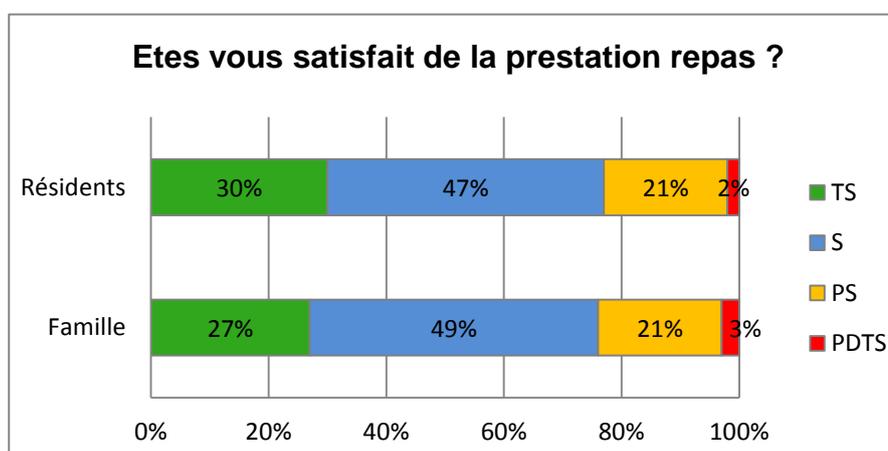
96% des résidents considèrent les moyens mis à disposition pour l'exercice du culte satisfaisants.



87% des résidents estiment que leurs habitudes de vie sont respectées par le personnel.

13% des résidents pensent que leurs habitudes de vie ne sont pas respectées.

⇒ **Prestations hôtelières :**



Les résidents sont satisfaits à 77% de la prestation repas.

Cependant, 21% des résidents sont peu satisfaits et 2% ne sont pas du tout satisfaits.

Deux résidents se plaignent de ne pas avoir assez de temps pour prendre leurs repas.

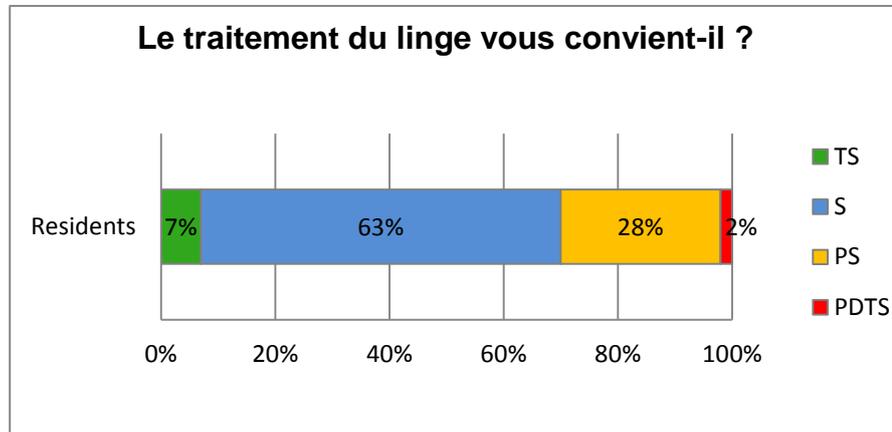
Deux autres résidents trouvent que les repas du soir ne sont pas assez variés.

Un résident aimerait manger plus de fruits.

Les familles sont à 27% très satisfaites et à 49% satisfaites des prestations repas.

24% d'entre elles, pensent que les repas sont à améliorer.

Une famille pense que les repas ne sont pas toujours adaptés à la personne, une autre famille estime que les repas sont de moins bonne qualité qu'auparavant.

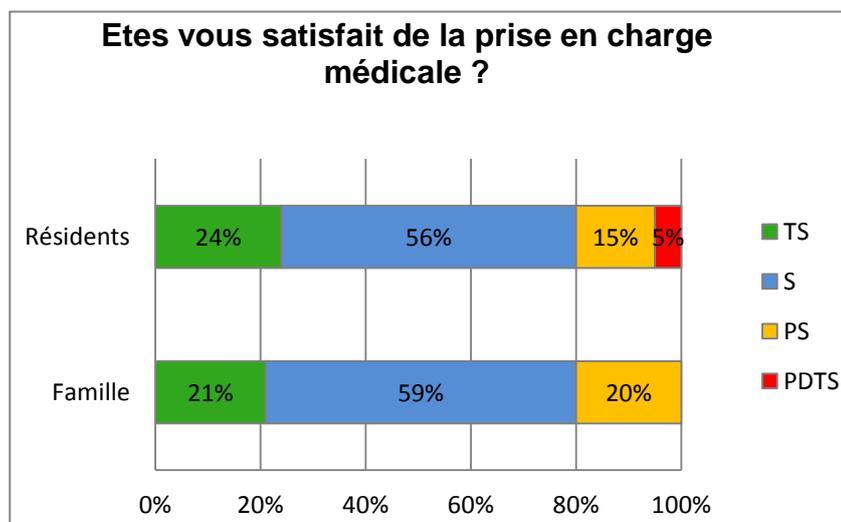


Cette question a été posée uniquement aux résidents, 28% d'entre eux sont peu satisfaits et 2% pas du tout satisfaits du traitement du linge.

Les mécontentements concernent surtout le retour du linge qui leur semble trop long.

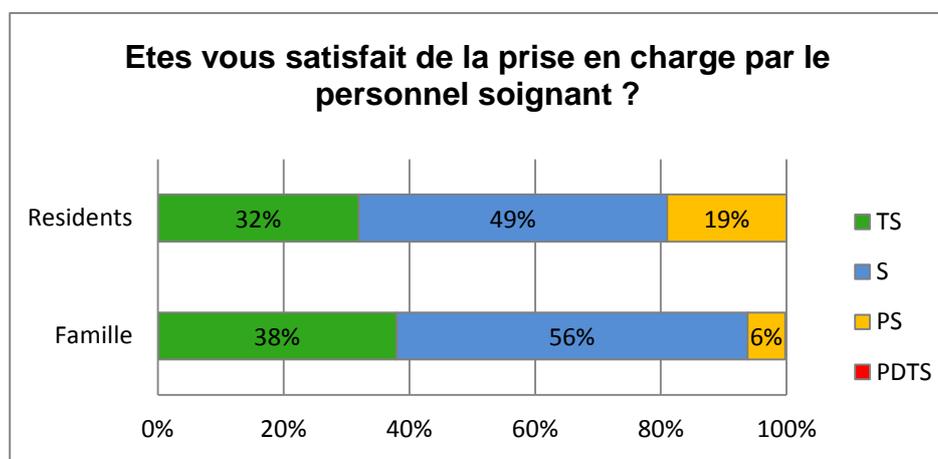
Une famille n'est pas satisfaite du traitement du linge.

⇒ **Prise en soins :**



80% des résidents et des familles considèrent que la prise en charge médicale est satisfaisante.

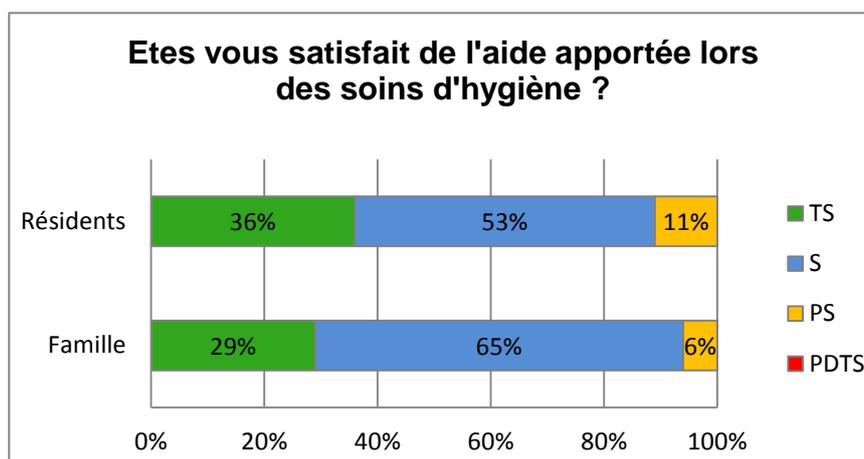
Deux résidents et une famille aimeraient que les médecins passent plus souvent à la résidence.



Les résidents et les familles sont satisfaits à plus de 80 % de la prise en charge faite par les soignants.

Un résident estime que le personnel ne prend pas toujours en compte ses demandes.

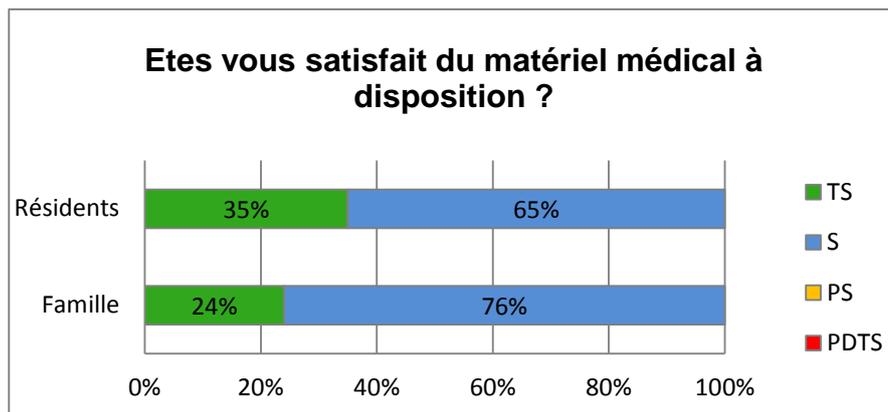
Une famille dit avoir des difficultés pour obtenir des informations sur la fréquence des soins.



L'aide apportée dans le cadre des soins d'hygiène semblent satisfaire les résidents à 89%.

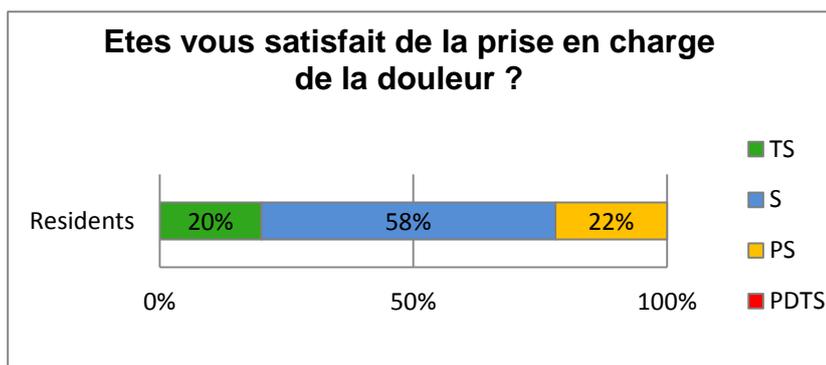
11% des résidents sont cependant peu satisfaits.

94% des familles sont satisfaites de l'aide apportée à leurs proches.



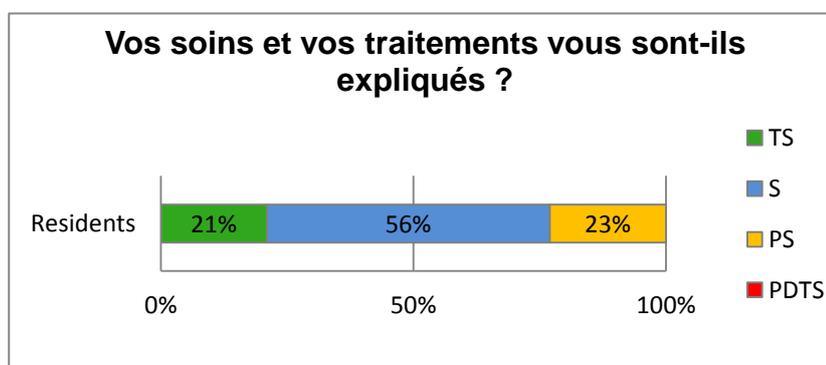
Le matériel médical mis à disposition convient à 100% des résidents et des familles.

Les questions suivantes ont été posées uniquement aux résidents :



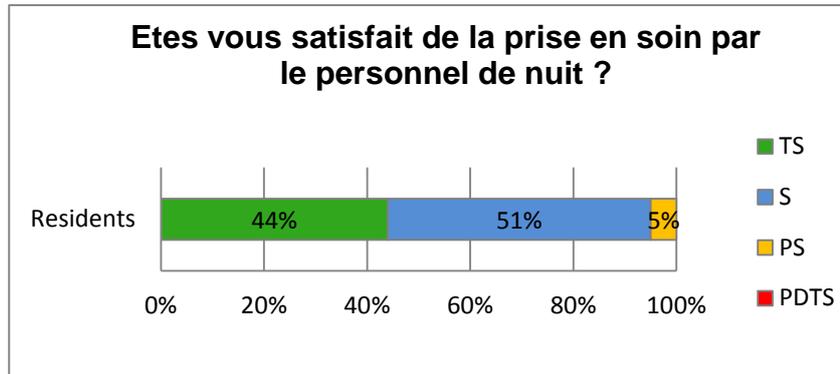
78% des résidents sont satisfaits de la prise en charge de leur douleur.

22% ne sont pas satisfaits.



77% des résidents estiment être informés sur les soins et les traitements qui leur sont donnés.

23% estiment ne pas être suffisamment informés.



La prise en soin du personnel de nuit satisfait 95% des résidents.

Cependant deux résidents pensent que le personnel de nuit ne répond pas assez rapidement à leur demande.

● Conclusion :

Les résidents et les familles ne sont pas tous satisfaits des prestations proposées aux Hameaux du Coglais.

GLOSSAIRE

AJ	Accueil de J our
AMP	Aide M édico- P sychologique
AMAP	Animateur au M aintien de l' A utonomie de la P ersonne
AN	Accueil de N uit
ANESM	Agence N ationale de l' E valuation et de la qualité des établissements et S ervices sociaux et M édico-sociaux
APL	Aide P ersonnalisée au L ogement
Aqualie 35	Amélioration de la Q ualité en E tablissemments en Ille-et-Vilaine
AS	Aide- S oignant
ASH	Agent de S ervice H ospitalier
AT	Accueil T emporaire
AVC	Accident V asculaire C érébral
BIH	Blanchisserie I nter- H ospitalière
CG	Conseil G énéral
CH	Centre H ospitalier
CHMB	Centre H ospitalier des M arches de B retagne
CHSCT	Comité d' H giène de S écurité et des C onditions de T ravail
CLAN	Comité de L iaison en A limentation et N utrition
CLIN	Comité de L utte contre les I nfections N osocomiales
CLUD	Comité de L utte contre la D ouleur
CMAOT	Commission M édicale d' A ccueil et d' O rientation de T erritoire
CME	Commission M édicale d' E tablissemment
COMEDIMS	Commission du M édicament et des D ispositifs M édicaux S tériles
COPIL	Comité de P ilotage
COPIQ-GDR	Comité de P ilotage de la Q ualité et G estion D es R isques
CRUQPC	Commission des R elations avec les U sagers et de la Q ualité de la P rise en C harge
CS	Cadre de S anté
CSIRMT	Commission des S oins I nfirmiers, de R ééducation et M édico- T echnique
CSS	Cadre S upérieur de S anté
CTE	Comité T echnique d' E tablissemment
CVS	Conseil de V ie S ocial
DARI	Document d' A nalyse du R isque I nfectieux
DMS	D urée M oyenne de S éjour
DPI	D ossier P atient I nformatisé
DRH	D irection des R essources H umaines
DU	D iplôme U niversitaire
EBM	E cran B ilan M esure

EGS	Evaluation G ériatrique S tandardisée
EHPAD	Etablissement d' H ébergement pour P ersonnes A gées D épendantes
ETP	Equivalent T emps P lein
GESPE	G roupe d' E valuation et de S uivi du P rojet d' E tablishement
GIR	G roupe I so- R essources
GSN	G roupe S uivi N utrition
HAS	H aute A utorité de S anté
HDC	H ameaux Du C oglais (EHPAD de St-Brice)
IDE	I nfirmier(e) D iplômé(e) d' E tat
IMC	I ndice de M asse C orporelle
NPI	I nventaire N euro- P sychiatrique
PAI	P rojets d' A ccompagnement I ndividualisé
PUI	P harmacie à U sage I ntérieur
ROLAND	R éseau O pérationnel des L iaisons A limentation N utrition D iététique
SP	S oins P alliatifs
SSIAD	S ervice de S oins I nfirmiers À D omicile
SSR	S oins de S uite et de R éadaptation



Hameaux du Coglais
Centre Hospitalier des Marches de Bretagne
6 rue Victor ROUSSIN - 35460 ST BRICE EN COGLES

Tél. : **02 99 98 68 00**