Les Ligériennes
La Possonnière Montjean s/ Loire
Savennières St Georges s/ Loire
Résidences pour personnes âgées dépendantes

VERS LE LABEL HUMANITUDE

ÉVALUATION INTERNE 2018

EHPAD Résidence *Landeronde*

21 rue Maurice Marcot - 49170 La Possonnière

Rapport du 18 décembre 2018

SOMMAIRE

TABLE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS 3
PARTIE 1 : L'ÉTABLISSEMENT ET LES ÉLÉMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITÉS 4
1.1 Les missions, le cadre réglementaire et les principaux objectifs des activités déployées 4
1.1.1 Présentation générale 4
1.1.2 Les missions et le cadre règlementaire contenus dans l'autorisation 7
1.1.3 Les conventions tripartites contractualisées 8
1.1.4 Les valeurs de la Résidence 9
1.1.5 Le Projet d'Établissement et les objectifs généraux qui en découlent 10
1.2 Les caractéristiques des personnes hébergées 11
1.2.1 Données démographiques et sociales 11
1.2.2 Indicateurs d'autonomie des résidents 12
1.2.3 Indicateurs de santé des résidents 12
1.3 La spécification des objectifs (cadre évaluatif) 13
PARTIE 2 : LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION 15
2.1 Le protocole d'évaluation 15
2.2 Les groupes d'évaluation 16
2.3 Les acteurs impliqués dans la démarche 16
2.4 Les informations et outils utilisés 18
PARTIE 3 : LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION INTERNE 21
3.1 La synthèse des principaux constats 21
3.2 Le plan d'amélioration du service rendu 39
3.3 La mise en œuvre du plan d'amélioration 41
3.3.1 L'organisation et le management 41
3.3.2 Les moyens mobilisés ou à mobiliser 41
3.4 L'information et la communication 41
CONCLUSION ET PERSPECTIVES 42
ANNEXES 43

TABLE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADMR : Service d'aide à domicile en milieu rural

AMP : Aide médico-psychologique

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ANESM : Agence nationale pour l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux

ANJELIN : Anjou éviction et lutte contre les infections nosocomiales

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide-soignant

ASHQ : Agent des services hospitaliers qualifié

AES-LB : Accident avec exposition au sang ou à un liquide biologique

BMR : Bactérie multi résistante

BHRe : Bactérie hautement résistante émergente

CA : Conseil d'administration

CDS : Cadre de santé

CESAME : Centre de santé mentale

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLAN : Comité de liaison alimentation nutrition

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CLUD : Comité de lutte contre la douleur

CPIAS : Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CVS : Conseil de la vie sociale

DARI : Document d'analyse de la maîtrise du risque infectieux

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMASSP : Équipe mobile d'accompagnement en soins de support et palliatifs

EPP : Évaluation des pratiques professionnelles

ETP : Équivalent temps plein

GIR : Groupe iso ressource

GMP : GIR moyen pondéré

GREPHH : Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière

HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point (démarche de sécurité alimentaire en restauration)

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins pour l'Autonomie des personnes âgées qui ont des maladies neuro dégénératives

PAP : Projet d'accompagnement personnalisé (ou projet individualisé)

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

PE : Projet d'établissement

PMP : Pathos moyen pondéré (indicateur de charge en soins)

PROPIAS : Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins

QualiREL Santé : Réseau pour la qualité et la gestion des risques en santé des établissements des Pays de Loire

RAMA : Rapport d'activité médicale annuel

RTH : Relai territorial d'hygiène

UPAD : Unité pour personnes âgées dépendantes

PARTIE 1 : L'ÉTABLISSEMENT ET LES ÉLÉMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITÉS

1.1 Les missions, le cadre réglementaire et les principaux objectifs des activités déployées

1.1.1 Présentation générale

Historique et liens avec les établissements voisins :

Installée dans les maisons de M^lle^ Marie BARBARIN en 1956, puis entièrement reconstruite et dénommée *Landeronde* par son inauguration du 2 mai 1968, la maison de retraite s'agrandit une première fois entre 1994 et 1996, puis entre mai 2012 et fin 2013.

En 2007 débute une collaboration étroite avec les EHPAD[1] de Montjean sur Loire, Saint Georges sur Loire et Savennières, amenant à la mutualisation de plusieurs professionnels (qualiticienne, psychologue, ergothérapeute, diététicienne) et la création d'instances opérationnelles communes (CLUD[2], CLAN[3], commission de coordination gériatrique, comité de pilotage qualité…). Cette collaboration est renforcée par la signature de conventions de direction commune :

- avec l' EHPAD de la commune voisine de Savennières au 1er janvier 2009,
- avec l'hôpital local de Saint Georges sur Loire (devenu EHPAD en mars 2013) au 1er mai 2012,
- avec l'EHPAD de la commune de Montjean sur Loire au 1er janvier 2014.

Les EHPAD de La Possonnière, Saint Georges sur Loire et Savennières fusionnent administrativement le 1er janvier 2015 pour devenir les **Résidences *Les Ligériennes***. Le 1er janvier 2018, l'EHPAD de Montjean sur Loire intègre également l'entité juridique des Résidences *Les Ligériennes*.

EHPAD La Possonnière | **EHPAD Montjean/Loire** | **EHPAD Savennières** | **EHPAD St Georges/Loire**

RÉSIDENCES *LES LIGÉRIENNES* (capacité totale de 254 lits et 6 places d'accueil de jour)

La résidence *Landeronde* offre aujourd'hui 47 lits d'EHPAD en hébergement permanent et 14 places de PASA[4] pour l'accueil en journée de résidents de l'établissement atteints de la maladie Alzheimer et maladies apparentées.

L'établissement est habilité à l'aide sociale départementale. Les résidents peuvent bénéficier de l'allocation logement (AL).

Au fil des années, l'établissement a établi d'autres partenariats avec des établissements proches comme l'*Hôpital de la Corniche Angevine*, situé à Chalonnes sur Loire, avec lequel est signée une convention dans le cadre du Plan Bleu, et qui est lié également par une convention de direction commune aux résidences *Les Ligériennes* depuis le 1er janvier 2017.

[1] Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgée Dépendantes

[2] Comité de Lutte contre la Douleur

[3] Comité de Liaison Alimentation Nutrition

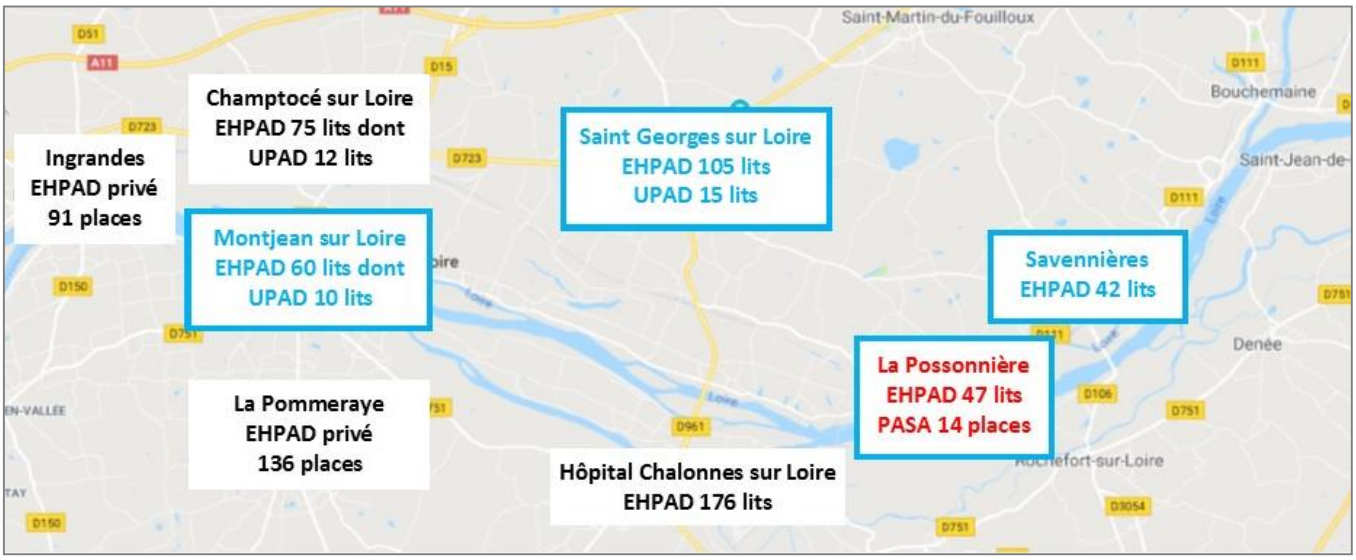
[4] Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

Implantation géographique :

La Possonnière est une commune d'un peu plus de 2300 habitants, située au bord de la Loire et à fleur de coteaux, à environ 18 kilomètres d'Angers, 9 kilomètres de Chalonnes sur Loire et 8 kilomètres de Saint Georges sur Loire. Classée au patrimoine mondial de l'UNESCO, la commune dispose par ailleurs de nombreux services de proximités : commerces, cabinet médical, infirmiers libéraux, kinésithérapeute, pharmacie, gare ferroviaire et bus de l'agglomération angevine.

La Résidence *Landeronde* est implantée au cœur de la commune, dans une rue perpendiculaire à la rue principale et à 400 mètres des principaux services de proximité.

La carte ci-dessous situe les établissements d'hébergement des communes environnantes :



Partenariats et conventions :

L'établissement est ouvert sur l'extérieur et s'insère dans des réseaux de coopération. Outre les liens cités précédemment avec les établissements voisins, des conventions ont été signées avec :

- le CHU d'Angers concernant :
  - la rédaction commune de procédures d'admission incluant le dossier de liaison d'urgence (DLU),
  - l'instauration de protocoles de bonnes pratiques thérapeutiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts en milieu hospitalier quand ils s'avèrent nécessaires en concertation avec les équipes mobiles de gériatrie,
  - la communication des référents responsables dans chacun des établissements concernés (Forum ville-hôpital) ;
- le Centre de Santé Mentale (CESAME) de Saint Gemmes sur Loire, qui définit les modalités de coopération entre l'équipe soignante du CESAME et l'établissement. Elle prévoit une intervention de l'équipe de psychiatrie du secteur 3 dans la résidence tous les mois. En dehors de cette intervention, l'équipe soignante du CESAME s'engage à répondre aux demandes d'aide et de conseils émanant du personnel de la résidence faisant suite à des situations particulières auxquelles il pourrait être confronté ;
- l'équipe mobile d'accompagnement en soins de support et palliatifs (EMASSP) du CHU d'Angers, précisant les engagements et les modalités suivant lesquelles la résidence et le CHU développent leurs coopérations en matière de soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie ;

- le service d'hospitalisation à domicile (HAD) de la clinique Saint Sauveur, à Angers, qui établit les règles du partenariat entre les deux parties lors de la prise en charge par l'HAD d'une personne hébergée à la résidence *Landeronde* ;
- l'unité pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV) « Le Ginkgo » à La Possonnière.

Il existe également des partenariats avec le centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC) de Loire en Layon Aubance, l'équipe mobile de gériatrie et le gériatre de garde, Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins pour l'Autonomie des personnes âgées qui ont des maladies neuro dégénératives (MAIA) Sud 49.

L'établissement est membre de l'ACEP 49, association réunissant les directeurs d'établissements sanitaires et médico-sociaux publics du Maine et Loire. Cette structure a permis entre autres la création de postes mutualisés (ingénieur sanitaire travaillant notamment sur la prévention des légionnelles, ingénieur développement durable) et la pérennisation ou la création de réseaux de professionnels (qualiticiens, psychologues, cadres de santé…).

Enfin, l'établissement adhère au RTH[5] ANJELIN (Anjou Éviction et Lutte contre les Infections Nosocomiales), lui permettant de disposer des compétences d'un infirmier hygiéniste et de participer à des actions menées au niveau départemental, ainsi qu'au réseau qualité régional QualiREL Santé.

Architecture et accessibilité :

L'EHPAD est abrité dans un bâtiment à trois niveaux, répondant aux normes incendie en vigueur.

Niveau -1 (Rez-de-jardin)	Niveau 0 (Rez-de-chaussée)	Niveau 1 (1er étage)
- 7 chambres individuelles dont 4 communicantes, - PASA : salle de vie avec cuisine et coin repos, sanitaires et douche, salle « mémoire en éveil », jardin thérapeutique, - espace Snoezelen, - pôle logistique : vestiaires des personnels, blanchisserie, ateliers, réserves de matériel et consommables.	- pôle administratif : entrée principale, accueil, bureaux et salle de réunions, - pôle soins : salle de soins et réserve pharmaceutique, bureau infirmier et médical, - pôle restauration : salle à manger des résidents, office et plonge, salle des personnels, - pôle vie sociale : salon des résidents, espace animation, espace coiffure… - 25 chambres individuelles dont 6 communicantes.	- 15 chambres individuelles, - un espace bibliothèque, - combles.

Chaque chambre est équipée d'un lit médicalisé, d'une sonnette, de prises pour le téléphone et la télévision, de volets roulants électriques et d'un cabinet de toilettes aux normes d'accessibilité handicapé avec douche sans receveur, toilettes et plan vasque. La surface privative varie de 16,05 m^2 à 20,50 m^2.

L'entrée principale est aménagée pour être accessible aux personnes à mobilité réduite. Le niveau 0 est doté de quatre ascenseurs également accessibles aux personnes à mobilité réduite, desservant les niveaux -1 et 1.

Le parking compte deux places identifiées pour les personnes à mobilité réduite.

[5] Relai Territorial d'Hygiène.

Ressources humaines :

Les résidences *Les Ligériennes* emploient de façon permanente sur l'ensemble des quatre sites environ 200 personnes physiques. Les postes administratifs (à l'exception des agents d'accueil), l'équipe technique, l'équipe qualité et le cadre supérieur de santé sont mutualisés pour les 254 lits de l'établissement.

L'agent d'accueil, l'animatrice et les personnels soignants sont dédiés aux 47 lits du site. La psychologue et l'ergothérapeute interviennent sur les sites selon des temps hebdomadaires définis.

La préparation des repas s'effectue en cuisine centrale, à l'EHPAD de Saint Georges sur Loire.

Dans le tableau ci-après, les effectifs sont présentés en équivalents temps plein (ETP). Le ratio d'encadrement (R) est calculé selon la formule R = ETP / Nombre de lits.

Catégorie	Personnels mutualisés		Personnels affectés au site	
	ETP	*Ratio	ETP	*Ratio
Direction et cadre supérieur de santé	2,08	0,008	-	-
Administration, qualité, informatique	4,40	0,017	1,00	0,021
Assistante sociale	0,20	0,001	-	-
Cuisine centrale	9,00	0,035	-	-
Service technique	4,80	0,019	-	-
Médecin coordonnateur	-	-	0,25	0,005
Cadre de santé	-	-	0,50	0,011
Psychologue	-	-	0,20	0,004
Ergothérapeute	-	-	0,19	0,004
Animatrice	-	-	0,80	0,017
Infirmiers	-	-	3,30	0,070
Aides-soignants et aides médico-psychologiques	-	-	14,00	0,298
Agents de service hospitaliers qualifiés	-	-	10,80	0,230
Diététicienne (vacations)	-	-	*0,02*	0,000
Total	**20,48**	**0,081**	**31,06**	**0,661**

**ETP/254 lits pour les personnels mutualisés, ETP/47 lits pour les personnels affectés au site.*

1.1.2 Les missions et le cadre règlementaire contenus dans l'autorisation

Les résidences *Les Ligériennes* sont des lieux de vie ayant pour mission d'accompagner des personnes dépendantes de plus de 60 ans, en répondant à leurs besoins et en tenant compte de leurs souhaits dans leurs organisations. Concernant la résidence *Landeronde* et depuis 2013, l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire et le Conseil Départemental du Maine et Loire ont validé par arrêtés les principaux éléments ci-dessous :

- arrêté n° 0063-2014/49 : transfert de l'autorisation de l'EHPAD *Landeronde* au profit de l'EHPAD de Saint Georges sur Loire prenant dans le cadre de la fusion la dénomination de « Résidences Les Ligériennes », capacité inchangée sur le site (46 lits d'hébergement permanent, 1 lit d'hébergement temporaire),
- arrêté n° 0039-2015/49 : autorisation d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) sur le site de La Possonnière, modification de la capacité (47 lits d'hébergement permanent, 14 places de PASA).

Le cadre règlementaire est principalement contenu dans la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) qui intègre le secteur médico-social.

Le Projet Régional de Santé des Pays de la Loire 2018-2022 intègre le schéma d'organisation médico-sociale.

L'EHPAD fait partie d'un dispositif départemental organisé dans le schéma gérontologique du Maine et Loire.

1.1.3 Les conventions tripartites contractualisées

Conformément à l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, l'établissement est entré dans le régime des EHPAD suite à la signature de sa première convention tripartite, le 2 décembre 2003 pour une prise d'effet au 1er janvier 2004. Cette convention a fait l'objet de deux avenants en mars 2006 et janvier 2008.

La seconde convention tripartite a été signée le 27 janvier 2009. Elle fut suivie d'un avenant en novembre 2010.

La convention actuellement en cours a été signée le 25 décembre 2015 pour une prise d'effet au 1er janvier 2016. La direction s'est engagée à atteindre 30 objectifs, pour l'ensemble des sites ou spécifique à la résidence *Landeronde*, repris par thème ci-dessous. Au 15 novembre 2018, 73**%** des actions ont été totalement réalisées. L'avancement global est estimé à 83%.

Droits des résidents et prestations d'accompagnement des soins :

Objectifs réalisés :

- Mettre en place une commission d'admission commune aux 3 sites.
- Former l'ensemble du personnel à la bientraitance.
- Systématiser et tracer les réponses aux réclamations.
- Définir des axes prioritaires dans le projet de soin déclinés sous forme de fiches action.
- Mettre en place un logiciel de soins unique sur les 3 sites.
- Réaliser l'autodiagnostic du médicament tous les 2 ans.
- Améliorer la continuité des soins infirmiers le week-end sur le site de La Possonnière.
- Développer des compétences ASG pour la prise en soins des personnes présentant des troubles cognitifs.
- Poursuivre et développer le travail engagé sur le suivi bucco-dentaire
- Envisager la gestion du personnel de manière globale sur l'ensemble des 3 sites.
- Maintenir la proposition d'une douche par semaine à chaque résident.
- Poursuivre l'accueil de résidents atteints de troubles psychiatriques en adaptant au mieux les conditions de prise en soins (formation du personnel, collaboration avec le CMP, etc.).
- Développer les compétences sur l'hypnose et identifier les temps d'interventions.

Objectifs partiellement réalisés :

- Structurer un bilan gériatrique d'entrée standardisé.
- Améliorer le traitement et l'analyse des évènements indésirables : sensibilisation du personnel, procédure, analyse globale.
- Élaborer pour chaque résident un PAP dans un délai de 6 mois après son admission et le réévaluer régulièrement.
- Réviser le contenu des ordonnances en vue de limiter le risque d'iatrogénie.
- Systématiser la mesure de la fonction rénale.
- Assurer le suivi de l'analyse des hospitalisations, notamment celles de nuit.

Objectifs non réalisés :

- Mettre en place des analyses de pratique.
- Revoir le temps d'animation dédié, notamment les week-ends et jours fériés.

Qualité des espaces :

Objectifs réalisés :

- Optimiser le fonctionnement du PASA de la résidence *Landeronde* en l'ouvrant aux résidents de l'EHPAD *Émile Duboys d'Angers*.
- Centraliser les lits d'hébergement temporaire sur le site de Saint Georges sur Loire (transfert du lit temporaire et transformation sur le site en lit d'hébergement permanent).

Qualité de la restauration et de l'hôtellerie :

Objectifs réalisés :

- Mener une réflexion sur le temps des repas et la réduction du jeûne nocturne.

L'établissement et son environnement :

Objectifs réalisés :

- Améliorer la communication auprès des partenaires à l'aide des outils développés en 2014 : logo, site internet, livret d'accueil, plaquette de présentation…).
- Développer la coopération avec l'hôpital de Chalonnes sur Loire.
- Poursuivre les réflexions menées sur le territoire en termes de parcours de santé des personnes âgées et notamment sur la géronto-psychiatrie.
- Participer aux réflexions menées dans le cadre du comité d'intégration des acteurs et des projets.

Efficience :

Objectifs réalisés :

- Compléter l'enquête Flash réalisée annuellement par l'ARS.
- Compléter le tableau de bord ANAP.

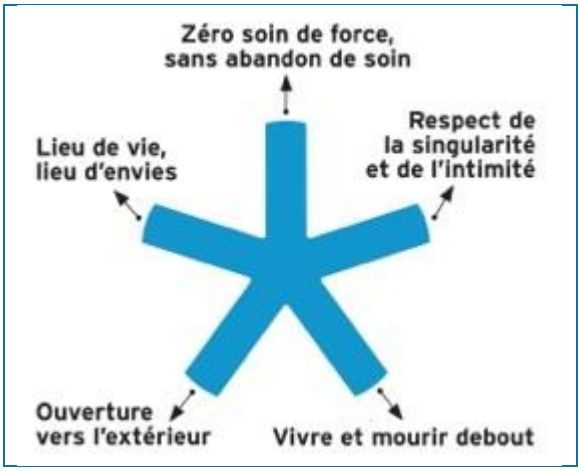
1.1.4 Les valeurs de la Résidence

L'établissement a lancé fin 2013 un plan de formation visant à déployer progressivement la philosophie d'accompagnement « HUMANITUDE », basée sur quatre piliers essentiels pour le résident et déclinés autour de cinq principes fondateurs.

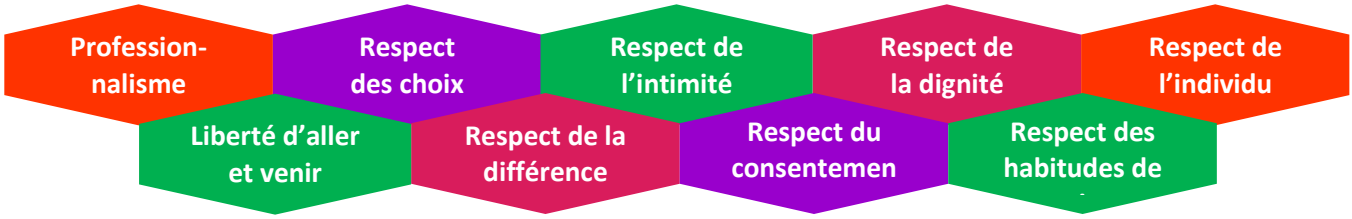
Les 4 piliers de l'Humanitude :

- **Le regard :** horizontal, axial, long, proche.
- **La parole :** douce, mélodieuse, calme, explicative.
- **Le toucher « tendresse » :** professionnel, progressif, permanent, pacifiant.
- **La verticalité :** au moins 20 minutes debout chaque jour.

Les 5 principes de l'Humanitude :



Par ailleurs, le Projet d'Établissement 2015-2019 a été construit autour des valeurs suivantes :



Afin de valoriser les actions mises en œuvre dans le cadre de l'Humanitude, la résidence s'est engagée en février 2018 dans une démarche visant à obtenir dans les trois à cinq années à venir le label qualité « ASSHUMEVIE ».

1.1.5 Le Projet d'Établissement et les objectifs généraux qui en découlent

Le Projet d'Établissement 2015-2019 a été rédigé en 2014, en conformité avec la recommandation de bonne pratique *« Élaboration, rédaction et animation du Projet d'Établissement ou de service »* publiée par l'ANESM[6] en décembre 2009. Le pilotage de la démarche a été assuré par un comité composé de l'équipe de direction, des médecins coordonnateurs, des cadres de santé, de la psychologue et de la responsable qualité. Des personnels volontaires, des usagers et des partenaires externes ont été impliqués à travers des réunions d'échanges.

Le Projet d'Établissement 2015-2019 s'articule autour de cinq sous-projets, définissant chacun des objectifs généraux :

PROJET ARCHITECTURAL ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

- **Restructurer les locaux** pour :
  - *offrir un accueil de qualité, bien traitant et diversifié,*
  - *faire de de chaque site un espace ressource pour la population âgée de proximité,*
  - *garantir la sécurité et l'accessibilité à tous les résidents, quelle que soit leur autonomie.*
- **Créer un pôle Alzheimer** en hébergement permanent :
  - *unité spécialisée pour personnes présentant des risques importants de déambulation ou des troubles du comportement avérés ne permettant pas la vie en structure « ouverte » sur le site de St Georges/Loire,*
  - *PASA permettant d'accueillir en unité de vie « ouverte » des résidents à troubles cognitifs modérés sur les sites de La Possonnière et St Georges/Loire.*
- **Développer les structures de répit** pour les résidents et les aidants :
  - *accueil de jour à St Georges/Loire à 10 places après la reconstruction,*
  - *unités d'hébergement temporaire sur le site de St Georges/Loire avec un projet spécifique et du personnel dédié.*
- **Développer les outils de communication** internes et externes.

PROJET DE VIE ET D'ACCOMPAGNEMENT

Les principaux objectifs :

- Améliorer l'accueil du résident, promouvoir la Bientraitance et le respect des droits.
- Personnaliser l'accompagnement, choisir l'unité adéquate.
- Maintenir l'autonomie, favoriser la vie sociale.
- Préparer la sortie quelle qu'elle soit, limiter les hospitalisations en fin de vie.

PROJET DE SOINS

Les principaux objectifs :

- Prévenir et soulager ou soigner : la douleur, les chutes et leurs conséquences, les escarres, la dénutrition et la déshydratation…
- Accompagner les personnes présentant des troubles cognitifs, de l'humeur et/ou du comportement.
- Assurer la continuité des soins et le dialogue avec les partenaires externes.
- Sécuriser le circuit du médicament.

PROJET SOCIAL

Les thèmes de travail pour 2015-2019 :

- La modernisation des relations sociales.
- L'accueil des professionnels et des stagiaires.
- La formation des professionnels.
- La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.
- L'amélioration des conditions de travail.
- Le lien social entre les sites et les professionnels.

PROJET QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Les thèmes de travail pour 2015-2019 :

- L'organisation de la qualité.
- La connaissance et harmonisation des bonnes pratiques professionnelles.
- La dynamique d'évaluation et amélioration continue.
- La politique de prévention et de gestion des risques.

[6] Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux.

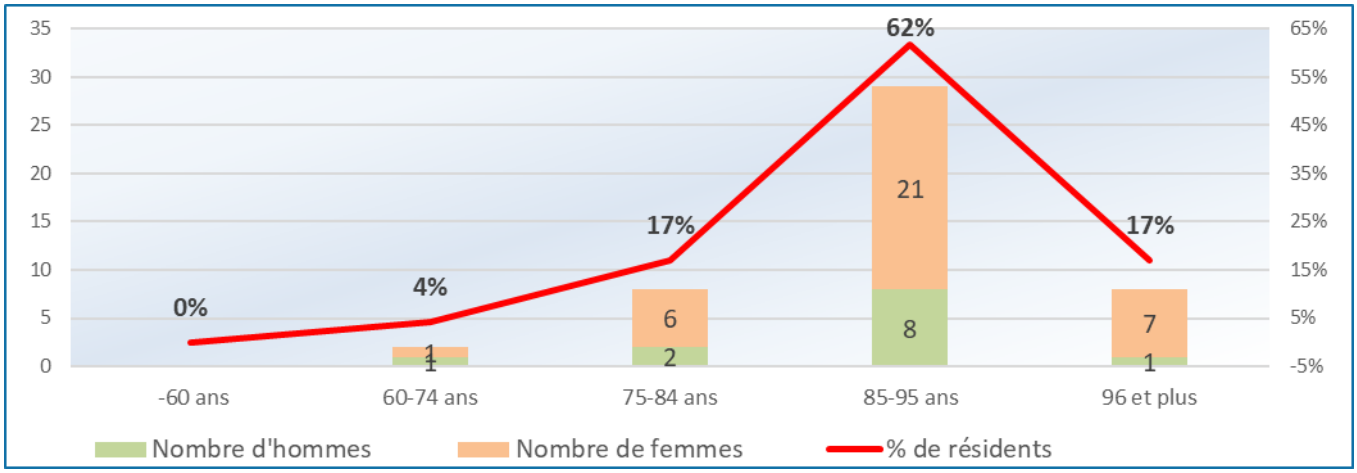
1.2 Les caractéristiques des personnes hébergées

1.2.1 Données démographiques et sociales

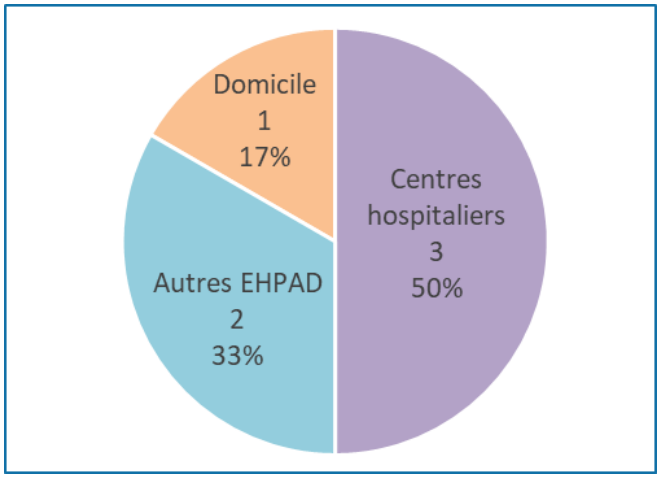
L'établissement accueille des personnes âgées de plus de 60 ans, principalement dépendantes et originaires du bassin local :

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombres hommes/femmes :	**13/32**	**12/34**	**12/34**	**10/37**	**12/35**
Moyenne d'âge des hommes :	86,4 ans	90,2 ans	89 ans	88 ans	87,6 ans
Moyenne d'âge des femmes :	87,8 ans	88,8 ans	89 ans	88 ans	88,5 ans
Moyenne d'âge générale :	**87,1 ans**	**89,1 ans**	**89 ans**	**88 ans**	**88 ans**
Bénéficiaires de l'aide sociale :	**15,6%**	**17,4%**	**6,5%**	**14,9%**	**27,7%**
Taux de rotation (entrées/capacité) :	0,24	0,17	0,40	0,38	0,13
Durée moyenne de séjour :	3 ans, 6 mois, 29 jours	3 ans, 10 mois, 15 jours	4 ans	3 ans, 4 mois, 24 jours	3 ans, 8 mois, 10 jours

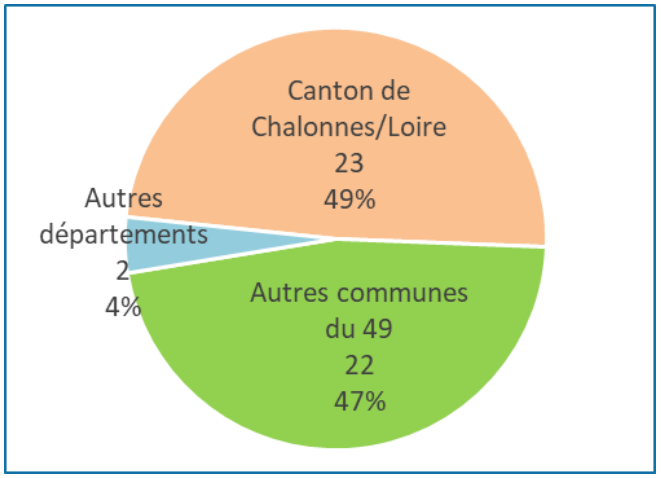
Répartition des résidents par tranches d'âge au 31 décembre 2017 :



Provenance des résidents entrés en 2017 :

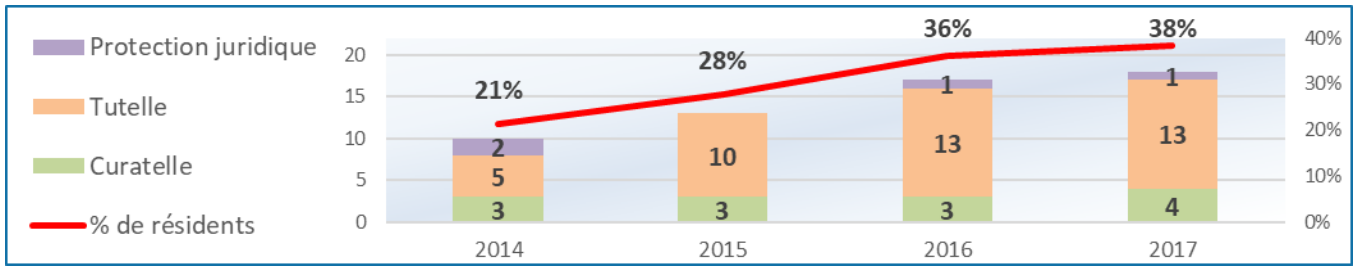


Origine géographique des résidents présents le 31/12/17 :

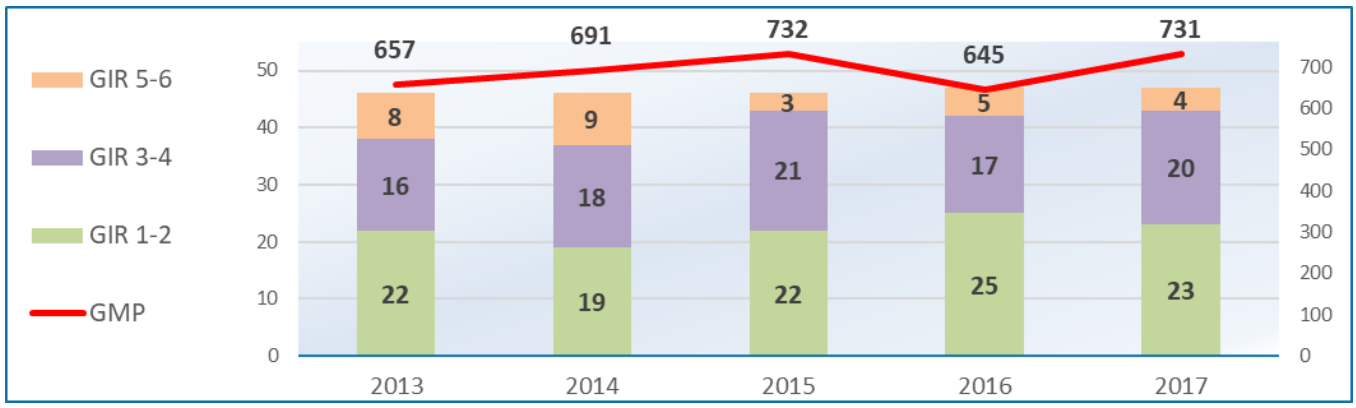


1.2.2 Indicateurs d'autonomie des résidents

Nombre et taux de résidents sous protection aux 31 décembre :



Répartition des résidents selon leur GIR[7] aux 31 décembre et GIR Moyen Pondéré (GMP)[8] :



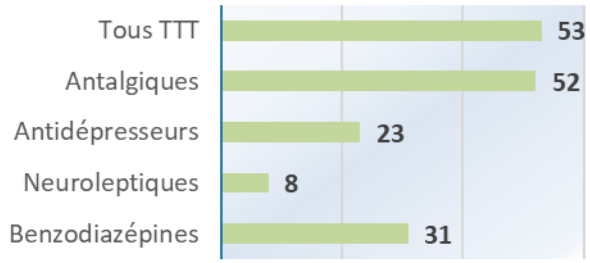
1.2.3 Indicateurs de santé des résidents

Les données ci-après sont extraites du rapport d'activité médicale annuel (RAMA) renseigné par le médecin coordonnateur. Les indicateurs permettant d'évaluer les effets de l'accompagnement et de la prise en soins sur l'état de santé des résidents sont intégrés dans la synthèse de l'évaluation en partie 3.1 du présent rapport.

PATHOS Moyen Pondéré (PMP)[9] validé par le médecin conseil de l'ARS le 19 mars 2015 :	**154**

	2015	2016	2017
Nombre total de résidents hébergés sur l'année :	*63*	*64*	*53*
Dont résidents atteints d'**Alzheimer ou d'une maladie apparentée** :	33 **52%**	37 **58%**	33 **62%**
Nombre d'hospitalisations :	**43**	**23**	**15**
Dont non programmées :	*38*	*15*	*5*
Dont la nuit :	*1*	*3*	*2*

Nombre de résidents sous traitements en 2017 :



[7] Groupe Iso Ressource : classification d'un résident basée sur l'évaluation de son autonomie à effectuer les gestes de la vie courante.
[8] Indicateur permettant d'évaluer la charge de travail de l'équipe d'accompagnement en fonction de l'autonomie des résidents.
[9] Indicateur permettant d'évaluer la charge de travail de l'équipe soignante en fonction des pathologies des résidents.

1.3 La spécification des objectifs (cadre évaluatif)

Les objectifs liés aux activités communes des EHPAD sont définis dans la recommandation de bonne pratique *« L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »* publiée par l'ANESM en février 2012. Les objectifs spécifiques prévus par l'établissement pour les atteindre ont été déclinés lors de la précédente Évaluation Interne et dans le Projet d'Établissement 2015-2019 :

Thèmes à évaluer :	Les objectifs avec effets attendus pour les résidents sont :
▪ **La garantie des droits individuels et la participation des résidents**	➢ Doter tous les établissements d'un cadre architectural permettant un accueil de qualité, bien traitant. ➢ Développer les visites de préadmission sur le lieu de vie du futur résident. Développer les offres d'essai avant l'entrée du résident en utilisant l'hébergement temporaire. Améliorer la traçabilité de la recherche du consentement. ➢ Promouvoir le droit à la dignité et à l'intimité de chaque résident auprès du personnel, mais aussi de sa famille. ➢ Améliorer les conditions de coordination des sorties des résidents pour un retour à domicile ou un changement de structure. ➢ Utiliser les feuilles de communication des familles et résidents comme outils d'amélioration de la qualité. Favoriser les échanges avec le Conseil de la Vie Sociale et les familles ou proches. Mettre en œuvre et exploiter les enquêtes de satisfaction décidées dans le cadre des évaluations internes et externes et de tous les volets du Projet d'Établissement. Développer la politique globale d'évaluation des pratiques. ➢ Promouvoir le signalement des évènements indésirables et développer une culture positive de l'erreur. Optimiser l'enregistrement et le traitement des évènements indésirables, réclamations, suggestions et remerciements.
▪ **La prévention des risques liés à la vulnérabilité des résidents**	➢ Poursuivre les formations sur l'évaluation et l'accompagnement de la douleur. Développer les missions des référents douleur et le partage entre les sites, notamment les actions de communication pour développer une vigilance contre la douleur. Développer l'implantation des techniques non médicamenteuses. Poursuivre la politique d'évaluation des pratiques débutée en 2011. Développer les partenariats avec les acteurs locaux (EMSSP, autres CLUD…). Aborder le thème du résident en souffrance lors d'une commission éthique. ➢ Poursuivre les formations des professionnels sur la thématique chutes. Optimiser la remontée des informations aux médecins traitants, résidents, familles et établissement. Développer l'aide aux transferts et à la marche, le travail de l'équilibre, le contrôle systématique de la vision dans le bilan gériatrique d'entrée, l'évaluation du risque de chute à l'entrée et tout au long du séjour. Cadrer les interventions de l'ergothérapeute. Améliorer la qualité du chaussage des résidents. Organiser la réflexion éthique sur « le droit au risque ». S'assurer du respect des règles établis en matière de contention. ➢ Mettre en place un dépistage systématique des résidents à risque d'escarres et le suivi des escarres constituées. Mettre en œuvre le plan de prévention de la dénutrition défini par le CLAN. ➢ Poursuivre les formations sur la prévention et la prise en soins de la dénutrition. Développer les missions des référents nutrition et dentaire et le partage entre les sites, notamment les actions de communication. Poursuivre le travail engagé sur le suivi bucco-dentaire. Mener une réflexion sur le temps des repas (convivialité, respect des goûts, respect ou non du choix de manger en chambre, environnement, installation, administration des traitements…) et le jeûne nocturne. Intégrer aux projets d'accompagnement personnalisés les spécificités relatives à la prise des repas et mettre à jour les plans de soins.

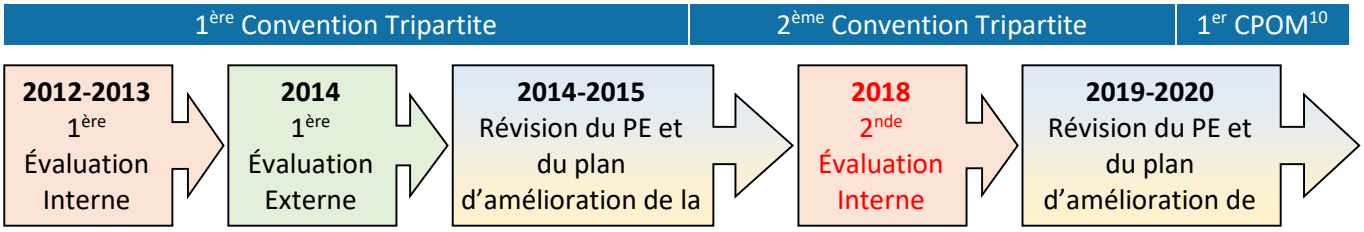
Thèmes à évaluer :	Les objectifs avec effets attendus pour les résidents sont :
▪ **La prévention des risques liés à la vulnérabilité des résidents**	➢ Mener à bien les orientations stratégiques et les travaux relatifs à l'ouverture d'unités spécifiques. Renforcer les liens existants avec la filière psychiatrique et la filière gérontologique. Continuer la formalisation des protocoles relatifs à l'accompagnement des résidents ayant des troubles de l'humeur et/ou du comportement. Poursuivre le travail engagé sur l'évaluation gérontologique. Développer la communication avec les proches sur l'ensemble des sites. Mener une réflexion sur la prise en compte du risque dépressif et ses conséquences. ➢ Améliorer la maitrise des risques liés aux soins, à l'hôtellerie et aux équipements. Optimiser l'organisation en cas de crise. ➢ Assoir le fonctionnement de la commission de coordination gériatrique. Garantir la présence d'au moins un aide-soignant 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 sur tous les sites et améliorer la continuité de présence infirmière. Optimiser la collaboration avec les intervenants extérieurs : EMSP, HAD… Mettre en place un dossier de soins informatisé unique sur les trois sites. Améliorer le dialogue avec les structures d'hospitalisation. Favoriser l'implication des partenaires extérieurs dans le fonctionnement de l'établissement. ➢ Maintenir la politique d'évaluation du circuit du médicament et mettre en œuvre les améliorations nécessaires. Développer les formations et la communication autour des médicaments. Harmoniser les prescriptions anticipées sur les trois sites.
▪ **Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance**	➢ Optimiser l'intégration de chaque personne au sein de l'unité adéquate. Maintenir l'objectif de fonctionnement de chaque unité, avec une population répondant aux caractéristiques d'accueil préconisées, et en tirant profit de la spécificité du projet de vie de l'unité. ➢ Garantir la sécurité et l'accessibilité de tous les résidents, quel que soit leur niveau d'autonomie. ➢ Généraliser la réalisation et la réévaluation des « toilettes évaluatives ».
▪ **La prise en compte personnalisée des besoins et des attentes**	➢ Centrer l'organisation du travail autour de la vie des résidents. ➢ Élaborer pour chaque résident hébergé et chaque personne accueillie un projet d'accompagnement personnalisé dans un délai maximum de 6 mois après son admission en associant le résident, et ses proches s'il le désire, et garantir son actualisation en fonction des évolutions physiques et psychiques qui se présenteront au cours du séjour. Préciser le rôle du référent et systématiser et tracer la présentation et la validation des projets d'accompagnement personnalisés. ➢ Réfléchir à l'accompagnement et la vie sociale des personnes les plus dépendantes et proposer des actions concrètes. ➢ Améliorer le service de restauration afin de stimuler la présence de chacun et de limiter au maximum les personnes déjeunant ou dînant en chambre. ➢ Développer l'animation sur chaque site en y associant l'ensemble du personnel, pour tendre vers une proposition d'activité quotidienne, permettant d'éviter les ruptures significatives (périodes de vacances...). Développer la qualification du personnel d'animation.
▪ **L'accompagnement de la fin de vie**	➢ Améliorer les conditions d'accompagnement de fin de vie, et tendre à respecter au maximum la volonté de la personne. Limiter les hospitalisations liées à la fin de vie. ➢ Développer les conditions d'accompagnement de la famille. ➢ Permettre aux professionnels de bénéficier d'un soutien psychologique dans les situations difficiles.

PARTIE 2 : LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

2.1 Le protocole d'évaluation

Le choix d'entrée et la temporalité :

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit l'obligation pour les établissements sociaux et médico-sociaux de mettre en œuvre une politique d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations. Le calendrier des Évaluations Internes est défini par le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 : *« Les résultats de ces évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation tous les cinq ans ou, pour les établissements et services ayant conclu un contrat pluriannuel, lors de la révision du contrat »*.



Depuis 2012 : plan d'amélioration de la qualité unique pour les Résidences *Les Ligériennes*

Les grandes étapes la démarche :

Phase 1 : **PRÉPARATION COMMUNICATION** Février – Avril 2018	▪ Validation du choix du référentiel (cf. partie 2.4). ▪ Définition et validation de la méthodologie et de la composition des groupes d'évaluation (cf. parties 2.2 et 2.3). ▪ Information des professionnels et appel à candidature lors des réunions des personnels et par voix affichage.
Phase 2 : **DIAGNOSTIC** Mars – Octobre 2018	▪ Renseignement des grilles d'évaluation en groupes pluridisciplinaires. ▪ Invitation d'usagers (résidents et familles) par l'animateur et de partenaires par l'équipe qualité et le médecin coordonnateur. ▪ Recueil d'éléments complémentaires : indicateurs, étude de documents, audits et enquêtes réalisés en continu et en amont…
Phase 3 : **SYNTHÈSE DES RÉSULTATS** Octobre – Novembre 2018	▪ Rédaction du rapport d'évaluation par l'équipe qualité. ▪ Relecture par l'équipe d'encadrement. ▪ Mise à disposition des groupes d'évaluation pour relecture.
Phase 4 : **COMMUNICATION DES RÉSULTATS** Décembre 2018	▪ Présentation des résultats au Conseil d'administration, au Conseil de la vie sociale et aux professionnels. Affichage à l'attention des usagers. ▪ Transmission du rapport à l'ARS et au Conseil départemental.

[10] Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

2.2 Les groupes d'évaluation

Les grilles d'évaluation (cf. partie 2.4) ont été renseignées soit par des instances et comités existants au sein de l'établissement, soit par des « groupes EI » constitués de personnels volontaires (infirmiers, aides-soignants, cuisiniers…) ou nécessaires de par leur fonction (psychologue, ergothérapeute, animatrice…).

L'Évaluation Interne de la résidence *Landeronde* a été réalisée conjointement avec les évaluations des EHPAD de Savennières et de Saint Georges sur Loire. Certains groupes d'évaluation ont été partagés, notamment avec l'EHPAD de Savennières (même médecin coordonnateur, même cadre de santé, mêmes actions déployées), d'autres furent spécifiques au site. Au total, 15 rencontres d'environ 2 heures chacune ont été nécessaires :

Instances et groupe d'évaluation communs aux trois sites :

Comité de pilotage Humanitude et Qualité (Groupe EI n° 1) :
- Principe Humanitude « Engagement de la direction »
- 2 séances (3 heures au total)

Conseil de la vie sociale (CVS) :
- Garantie des droits collectifs
- 1 séance

Comité de lutte contre la douleur (CLUD) :
- Prévention et prise en soin de la douleur
- 1 séance

Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) :
- Dépistage et prise en soin de la dénutrition
- 1 séance

Groupe EI n° 7 :
- Continuité des soins
- 1 séance avec invitation des partenaires libéraux (médecins traitants, kinésithérapeutes…).

Groupes d'évaluation communs avec l'EHPAD de Savennières :

Groupe EI n° 2
- Principe Humanitude « Zéro soin de force ».
- 3 séances.

Groupe EI n° 3
- Principe Humanitude « Respect de la singularité ».
- 1 séance.

Groupe EI n° 6
- Principe Humanitude « Lieu de vie, lieu d'envies ».
- 2 séances.

Groupe EI n° 8
- L'accompagnement de la fin de vie.
- 1 séance.

Groupes d'évaluation spécifiques au site :

Groupe EI n° 4
- Principe Humanitude « Vivre et mourir debout ».
- 1 séance (membres de la commission des chutes).

Groupe EI n° 5
- Principe Humanitude « Ouverture vers l'extérieur ».
- 1 séance.

2.3 Les acteurs impliqués dans la démarche

Le pilotage de l'évaluation :

Le comité de pilotage Humanitude et qualité, composé de la directrice adjointe en charge de la qualité, des médecins coordonnateurs, des cadres de santé et de soignants référents des quatre sites, a été le garant du lancement et de la bonne marche de la démarche d'Évaluation Interne. Il a notamment validé la méthodologie, le référentiel, la composition des groupes d'évaluation et la planification des rencontres proposés par la directrice adjointe et la responsable qualité.

Les rencontres ont été organisées (appel à candidature, affichage des dates et des participants) et animées par l'équipe d'encadrement et l'équipe qualité, cette dernière ayant été renforcée par le recrutement à temps partiel d'un chargé de mission qualité. L'animatrice a été sollicitée pour l'information et la recherche de résidents et proches volontaires pour participer aux rencontres nécessitant l'avis des usagers.

Les modalités de consultation des usagers :

La consultation des résidents et des proches pendant la période d'évaluation s'est faite à travers la participation de volontaires au renseignement des grilles d'évaluation :

- 3 résidents et 2 proches ont participé en tant que représentants à la séance du Conseil de la Vie Social,
- 1 résidente a participé à la séance sur le thème « Respect de la singularité » (droits individuels) et à une séance séances sur le thème « Lieu de vie, lieu d'envies ».
- 1 résidente a participé aux séances sur le thème « Lieu de vie, lieu d'envies ».

Par ailleurs, résidents et proches sont consultés régulièrement à travers des enquêtes de satisfaction :

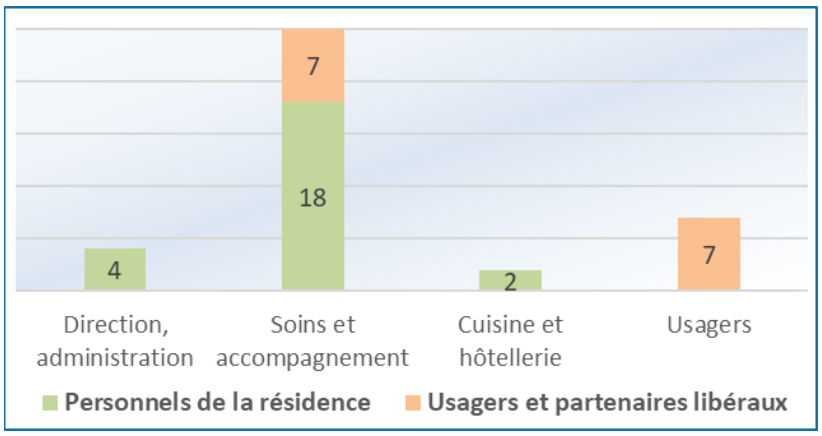
Enquêtes réalisées auprès des résidents :	- Enquêtes de satisfaction globale : 15 répondants en 2013 (42 items), 12 répondants en 2015-2016 (35 items). - Enquête continue thématique « accueil » : 11 répondants depuis 2015. - Enquête régionale « Bientraitance » : 10 répondants entre octobre et décembre 2017.
Enquêtes réalisées auprès des proches :	- Enquêtes de satisfaction globale (22 items) : 18 répondants sur 47 en 2014, 17 répondants sur 47 en 2017. - Enquête continue thématique « décès » : 13 répondants depuis 2014.

L'association des professionnels et des partenaires libéraux :

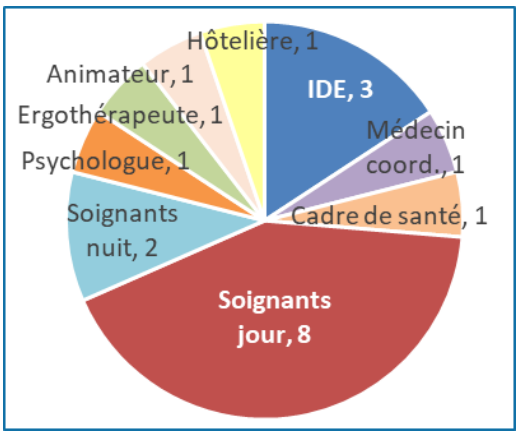
Au total, 85 personnes ont été mobilisées pour le renseignement des grilles d'Évaluation Interne des trois sites et la recherche d'indicateurs, dont 38 pour la résidence *Landeronde* parmi lesquelles 31 professionnels :

- 24 personnels de l'établissement (18 affectées au sites et 6 mutualisés),
- 7 partenaires libéraux (3 médecins traitants, 3 kinésithérapeutes, 1 pilote MAIA).

Profil des participants au renseignement des grilles :



Fonctions des professionnels de soins :

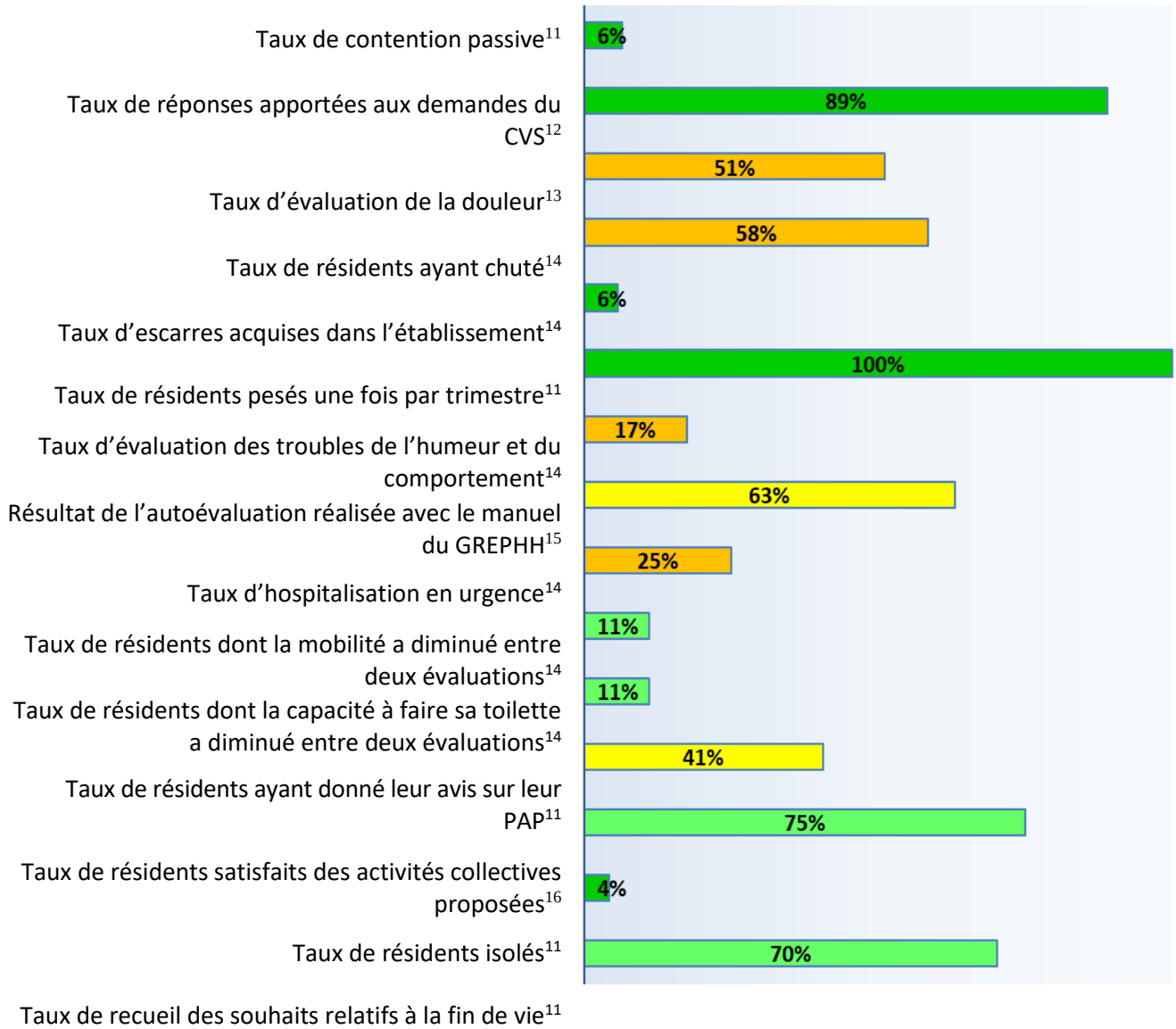


2.4 Les informations et outils utilisés

Les indicateurs retenus :

Les indicateurs retenus pour l'Évaluation Interne sont ceux proposés par l'ANESM dans ses recommandations de février 2012. Les modes de calcul ont été pour certains revus en fonction des données pouvant être réellement recueillies de façon simple pour l'établissement (cf. notes de bas de page).

Valeurs des indicateurs au 31/12/2017 ou au 30 juin 2018 :



[11] Données recueillies pendant l'Évaluation Interne (un jour donné entre mai et septembre 2018)

[12] Examen des procès-verbaux des séances du Conseil de la Vie Social de 2016 et 2017.

[13] Donnée extraite du logiciel de soins pour les résidents présents au 1er semestre 2018.

[14] Données issus des rapports d'activités 2017 ou extraction du logiciel de soins pour 2017.

[15] Score de l'outil d'auto-évaluation du Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) relatif à la maitrise du risque infectieux renseigné au premier trimestre 2017 (2e itération).

[16] Donnée issue de l'enquête de satisfaction menée en 2016 auprès des résidents.

Les référentiels d'évaluation utilisés :

L'Évaluation Interne s'est appuyée sur deux documents principaux :

- le référentiel « ASSHUMEVIE » fourni par l'Institut Gineste-Marescotti dans le cadre de l'entrée dans la démarche de labellisation Humanitude,
- les recommandations de bonnes pratiques professionnelles *« L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »* publiée par l'ANESM en février 2012, qui permettent de définir le cadre évaluatif et guident dans la formalisation des résultats.

Le référentiel ASSHUMEVIE permet de coter les pratiques de la structure selon les cinq principes fondateurs de l'Humanitude (cf. partie 1.1.4). Il aborde les thèmes ci-après :

PRINCIPE HUMANITUDE :	THÈMES TRAITÉS PAR ASSHUMEVIE :
Engagement de la direction :	▪ Valeurs de la structure transmises à tous les acteurs ▪ Politique de bientraitance, accueil et formation des professionnels ▪ Projet d'accompagnement personnalisé ▪ Pilotage et ressources du projet Humanitude
Zéro soin de force :	▪ Connaissance de la personne ▪ Techniques d'entrée en relation et mise en place des 4 piliers (cf. partie 1.1.4) ▪ Techniques de manutention relationnelle ▪ Pas de soins contraints, recherche systématique de l'adhésion du résident ▪ Vers une contention zéro ▪ Évolution favorable des troubles du comportement ▪ Organisation souple et adaptée au rythme de chacun ▪ Évaluation et maintien des capacités à faire sa toilette ▪ Hygiène bucco-dentaire : suivi des prescriptions, surveillance de l'état nutritionnel, utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur, du risque d'escarre, du risque de chute… ▪ Ne pas nuire par excès de bienveillance : ne pas faire à la place du résident en capacité mais améliorer, maintenir, accompagner.
Respect de la singularité :	▪ Respect du domicile et de la citoyenneté ▪ Respect de l'intimité et de la sexualité ▪ Respect du sommeil
Vivre et mourir debout :	▪ Lutte contre la perte d'autonomie dans les déplacements ▪ Libre circulation
Ouverture vers l'extérieur :	▪ Participation des proches à la vie de l'établissement ▪ Présence, encadrement, formation et évaluation des bénévoles ▪ Accompagnement et accueil des proches ▪ Animations et liens culturels
Lieu de vie, lieu d'envie :	▪ Animations et moyens mis en œuvre ▪ Cadre de vie, convivialité, accessibilité ▪ Repas : adaptation, temps et installation ▪ Liberté d'aller et venir, de recevoir

Le référentiel ASSHUMEVIE n'intégrant pas de façon suffisante tous les thèmes d'évaluation exigés par l'ANESM, des grilles complémentaires ont été ajoutées sur les thèmes ci-après :

- la garantie des droits collectifs,
- la prévention et la prise en soins de la douleur,
- le dépistage et la prise en soins de la dénutrition,
- l'analyse et la maitrise du risque infectieux,
- la continuité des soins,
- l'accompagnement de la fin de vie du résident, des proches et des professionnels.

Les grilles renseignées du référentiel ASSHUMEVIE complété des grilles « ANESM » sont jointes en annexe 1.

Les enquêtes, audits et évaluations exploités :

Les résultats des dernières enquêtes de satisfaction menées auprès des résidents et des proches (cf. partie 2.2), sont joints en annexes 2 et 3.

Afin d'objectiver les réponses aux items relatifs à l'accompagnement et la prise en soins des résidents, des recherches statistiques ont été effectuées un jour donné ou sur une période donnée dans les dossiers de soins informatisés (logiciel NETSoins) : nombre d'évaluations de la douleur avec échelle, nombre de test de Tinetti, nombre de PAP dont l'item « validation » est coché dans le logiciel…

L'outil d'auto-évaluation du Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) relatif à la maitrise du risque infectieux a été renseigné pour la seconde fois au premier trimestre 2017 (cf. annexe 4). Des audits sont réalisés régulièrement concernant l'hygiène des mains (résultats disponibles sur demande auprès de l'équipe qualité).

Enfin, un audit sur le circuit du médicament a été réalisé en 2012, 2014 et 2017 à l'aide de l'outil QualiSanté, disponible sur le site de l'ARS des Pays de Loire (cf. annexe 5).

Les sources d'information complémentaires :

Des documents divers ont permis d'appuyer la réflexion sur des objectifs définis, des actions réalisées, et de renseigner les indicateurs utiles. Ont notamment été consultés :

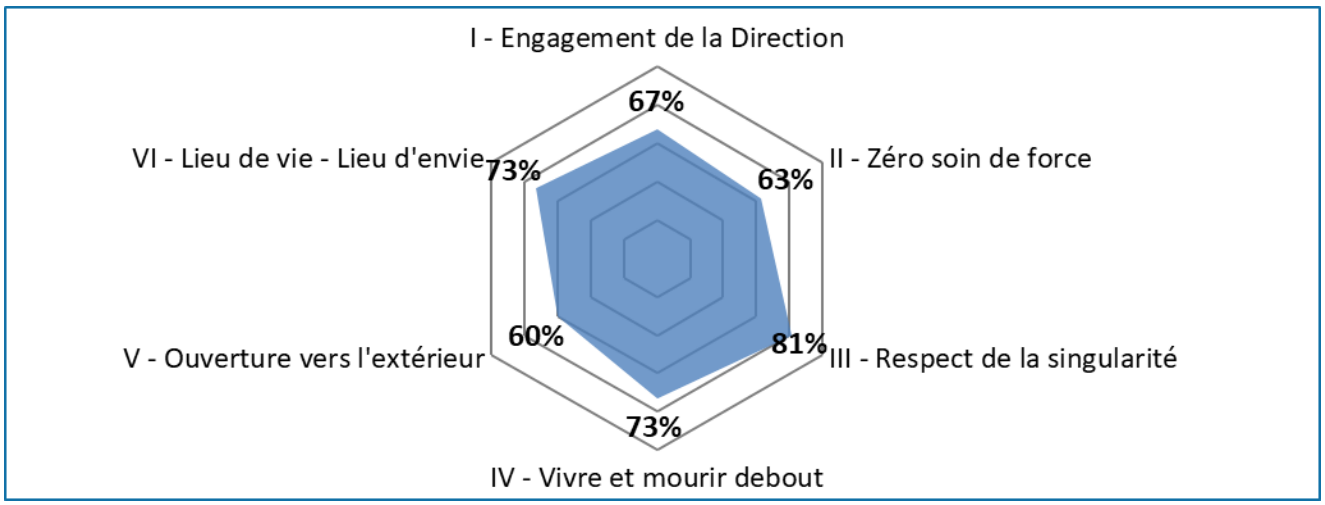
- les rapports d'activités du directeur des années 2013 à 2017,
- le rapport d'activité médicale de l'année 2017,
- le Projet d'Établissement 2015-2019,
- la convention tripartite à effet du 1er janvier 2016,
- le rapport d'Évaluation Interne de 2013,
- le rapport d'Évaluation Externe de 2014,
- le plan d'actions pluriannuel 2015-2019,
- les derniers comptes rendus du Conseil de la vie sociale…

PARTIE 3 : LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION INTERNE

3.1 La synthèse des principaux constats

Le référentiel ASSHUMEVIE fixe des objectifs selon six grands chapitres et 25 thèmes. Le niveau d'atteinte est donné en pourcentage par l'outil Excel fourni par l'institut GINESTE-MARESCOTTI :

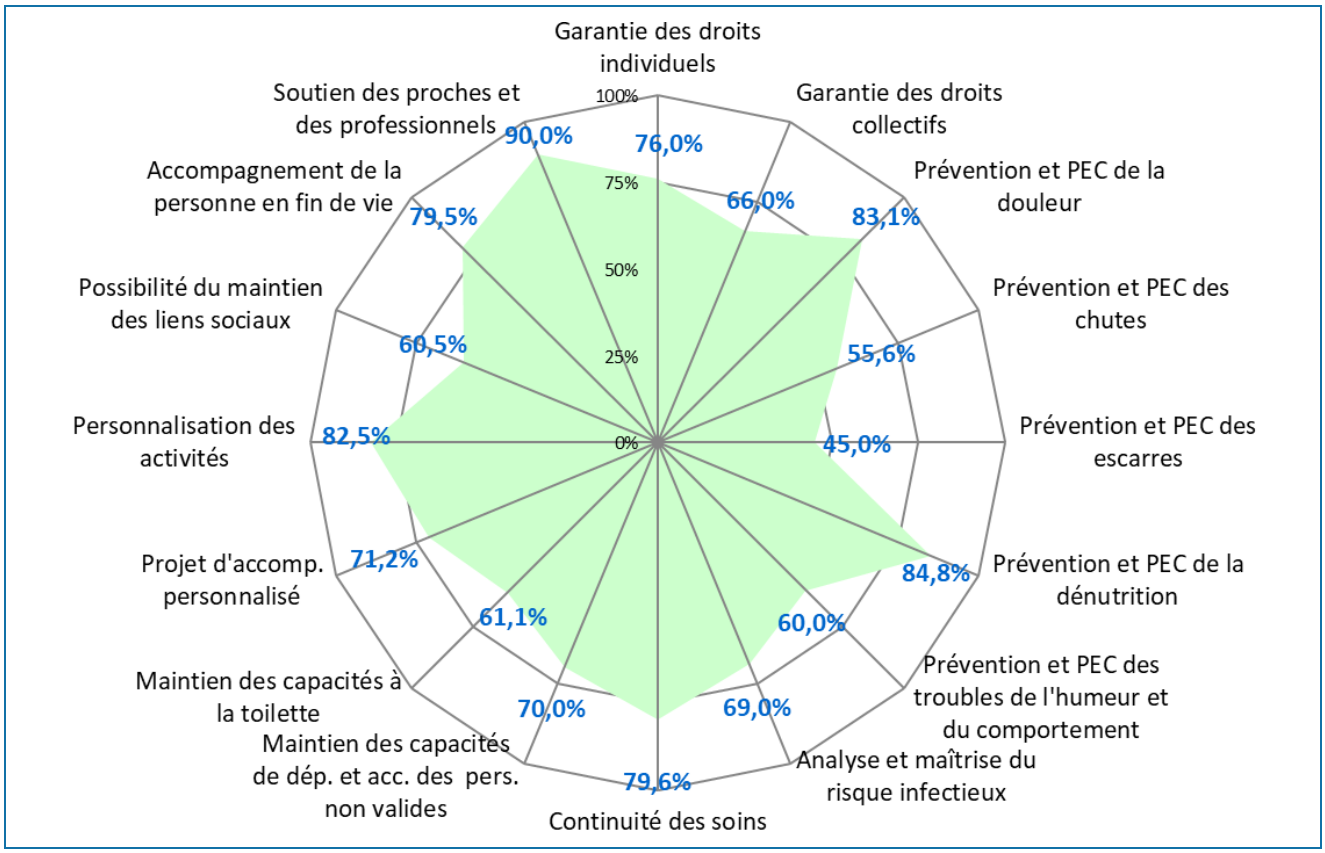
PRINCIPE	Thèmes	%	Moyenne
I - Engagement de la Direction	Volonté affichée	74%	67%
	Volonté partagée	76%	
	Projet d'accompagnement personnalisé	68%	
	Pilotage du projet Humanitude	58%	
II - Zéro soin de force	Connaissance de la personne	64%	63%
	Techniques d'entrée en relation	59%	
	Techniques de manutention relationnelle	52%	
	Pas de contrainte	78%	
	Contention zéro	71%	
	Évolution favorable des troubles du comportement	62%	
	Organisation des services	68%	
	Organisation souple et adaptée au rythme de chacun	64%	
	Qualité des soins et prendre soin	68%	
	Ne pas nuire	63%	
III - Respect de la singularité	Respect du domicile, citoyenneté	74%	81%
	Respect de l'intimité, sexualité	69%	
	Respect du sommeil	95%	
IV - Vivre et mourir debout	Verticalisation 20 minutes par jour	73%	73%
V - Ouverture vers l'extérieur	Présence de regards extérieurs	54%	60%
	Entretien des liens familiaux	75%	
	Entretien des liens sociaux	58%	
VI - Lieu de vie - Lieu d'envie	Ambiance	83%	73%
	Cadre de vie	90%	
	Repas	69%	
	Liberté d'aller et venir, de recevoir	77%	



La recommandation ANESM de 2012 *« L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »* fixe les axes et thèmes d'évaluation ci-dessous :

AXES	THÈMES
I. La garantie des droits individuels et collectifs	1) La garantie des droits individuels 2) La garantie des droits collectifs
II. La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents	3) Le dépistage et la prise en soins de la douleur 4) La prévention et la prise en soins des chutes 5) La prévention et la prise en soins des escarres 6) La prévention et la prise en soins de la dénutrition 7) Le dépistage et la prise en soins des troubles de l'humeur et du comportement 8) L'analyse et la maitrise du risque infectieux 9) La continuité des soins
III. Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance	10) Le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides 11) Le maintien des capacités à la toilette et l'accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale
IV. La personnalisation de l'accompagnement	12) Le projet personnalisé 13) La personnalisation des activités sociales individuelles et collectives 14) Le maintien des liens sociaux
V. L'accompagnement de fin de vie	15) L'accompagnement de la fin de vie des résidents 16) L'accompagnement de leurs proches et des professionnels

En reclassant les thèmes et critères du référentiel ASSHUMEVIE, il est possible d'obtenir une photographie du niveau d'atteinte des objectifs selon 9 de ces thèmes. Les grilles « ANESM » permettent de compléter la photographie :



La synthèse des principaux constats, organisés selon les cinq axes et les 16 thèmes d'évaluation recommandés par l'ANESM et basés sur les outils cités en partie 2.4 est présentée dans les tableaux ci-après.

AXE 1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS

THÈME 1.1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS

Objectifs communs (ANESM) :

- Garantir le libre choix entre les prestations proposées et le respect du consentement éclairé et le droit à la renonciation.
- Garantir le droit à l'information.
- Garantir le droit à la confidentialité des informations.
- Garantir le droit à l'exercice des droits civiques et à la pratique religieuse.
- Garantir le droit au respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité.
- Garantir le droit à un accompagnement de qualité favorisant l'autonomie.
- Garantir le droit au respect des liens familiaux.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Développer les visites de préadmission.
- Développer les offres d'essai avant l'entrée en utilisant l'hébergement temporaire.
- Améliorer la traçabilité de la recherche du consentement.
- Promouvoir le droit à la dignité et à l'intimité.
- Améliorer les conditions de coordination des sorties.
- S'assurer du respect des règles en matière de contention.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

L'accueil du résident est organisé et si possible anticipé. Une commission d'admission commune aux quatre sites, à laquelle sont invités à tour de rôle les médecins coordonnateurs intervenant dans l'établissement, examine les demandes d'admission. Des visites de pré-admission sont parfois réalisées. Une rencontre est planifiée entre le résident s'il est en capacité, ses proches et l'agent en charge des admissions afin de préparer les documents d'entrée (contrat de séjour, règlement de fonctionnement…). La recherche du consentement du résident n'est pas formalisée.

La résidence *Landeronde* dispose de 14 place de PASA. Les résidents pouvant y être accueillis sont identifiés en équipe pluridisciplinaire, en tenant compte des critères définis dans le règlement de fonctionnement de l'unité.

Les personnels de l'établissement sont soumis au secret professionnel. Les rendez-vous administratifs se tiennent dans un espace privé. Les transmissions orales des équipes de soins sont faites en salles de soins, portes fermées. Une procédure formalisée décrit les modalités d'accès au dossier de soins du résident.

Par défaut la résidence respecte les droits des résidents (remise des clés de la chambre et de la boite aux lettres, conservation des papiers et moyens de paiement, sorties et visites) dès lors que leurs capacités cognitives le permettent. À défaut, la décision est prise par le représentant légal ou la famille. Le personnel respecte la chambre en tant que logement privé et frappe à la porte mais tous n'attendent pas la réponse du résident avant d'entrer.

Les résidents sont libres d'exprimer toute idée politique ou autre conviction dès lors qu'elle ne porte pas atteinte aux autres résidents ou aux personnels. Ils peuvent voter et exercer librement le culte de leur choix, dans la pratique cependant ce droit ne peut s'exercer totalement qu'avec l'implication des proches (ressources de la résidence insuffisantes).

La procédure relative aux contentions physiques passives est globalement respectée, mais des points fables subsistent (durée des prescriptions, traçabilité de la surveillance).

Indicateurs et effets constatés pour les résidents :

Taux de contention physique passive : 6,4%

Numérateur : nombre de résidents ayant au moins une contention physique le jour de l'évaluation.
Dénominateur : nombre de résidents présents le jour de l'évaluation.

Lors de l'enquête réalisée auprès des résidents entre septembre 2015 et mars 2016, **96% des répondants se sont dits satisfaits du respect de leurs droits**. Les résidents ayant répondu à l'enquête « accueil » depuis février 2016 ont globalement été satisfaits.

Points forts :

- Recueil de satisfaction relatif à l'accueil réalisé dans les semaines suivant l'entrée auprès des résidents en capacité d'y répondre.
- Possibilité de réserver un local pour des évènements familiaux.

Actions d'amélioration :

- Développer les visites de préadmission par un représentant de l'équipe soignante.
- Harmoniser les modalités d'accueil sur tous les sites et actualiser la procédure liée.
- Intégrer la surveillance liée aux contentions au plan de soins informatisé.

AXE 1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS

THÈME 1.2 : LA GARANTIE DES DROITS COLLECTIFS

Objectifs communs (ANESM) :

- Associer les résidents au fonctionnement de l'établissement.
- Lutter contre la maltraitance.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Utiliser les feuilles de communication comme outils d'amélioration.
- Favoriser les échanges avec le CVS et les proches.
- Mettre en œuvre et exploiter les enquêtes de satisfaction.
- Développer la politique globale d'évaluation.
- Promouvoir le signalement des évènements indésirables.
- Optimiser l'enregistrement et le traitement des réclamations, suggestions et remerciements.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

L'établissement a constitué un Conseil de la vie sociale (CVS) commun à tous les sites. Son règlement intérieur prévoit trois rencontres annuelles, cependant il ne s'est réuni que deux fois en 2016 et deux fois en 2017. Des élections ont été organisées au premier trimestre 2018 suite à l'intégration de l'EHPAD de Montjean sur Loire : le CVS compte depuis 20 membres avec voix délibérative (10 résidents dont 5 du site, 6 proches dont 2 du site, 3 représentants du personnel, 1 représentant du conseil d'administration) et 10 invités permanents (équipe de direction, cadres de santé, animateurs).

Les résidents et proches représentent 53% des membres. La présidence est assurée par une résidente du site de Montjean/Loire, non impliquée dans la préparation de l'ordre du jour. Les représentants des usagers n'ont pas désigné de secrétaire en leur sein.

Le CVS aborde beaucoup les aspects financiers et très peu les sujets de la vie quotidienne. Il donne son avis sur les sujets proposés par la direction mais ne fait pas lui-même de propositions. Le temps de parole accordée aux représentants est en fin de séance et jugé trop court par ces derniers.

Des fiches de communication en accès libre permettent aux résidents et aux visiteurs de faire part de leurs réclamations mais aussi d'exprimer leurs satisfactions ou remerciements. Les réclamations se font aussi par messagerie électronique ou courrier à l'attention de l'équipe de direction. Les réponses écrites sont généralement rédigées par la directrice adjointe. Les réclamations formulées oralement sont rarement tracées, elles sont souvent traitées en direct par la cadre de santé. Le CVS n'est pas informé des plaintes et réclamations formulées.

La procédure de signalement et de gestion d'une suspicion de maltraitance est formalisée. Une information sur la maltraitance est jointe aux documents remis à l'entrée. La philosophie Humanitude permet de sensibiliser les personnels au défaut de bientraitance, y compris par bienveillance.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de réponses apportées aux demandes du CVS : 88,9%

Numérateur : nombre de réponses (positives ou négatives) apportées au CVS en 2016 et 2017.
Dénominateur : nombre de demandes/remarques notées dans les comptes rendus du CVS en 2016 et 2017.

Lors des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des résidents et des proches, à la question « ***Pouvez-vous facilement exprimer vos réclamations ou satisfactions dans l'établissement*** » :

- 100% des résidents s'étant exprimés ont répondu « oui » en 2016 (79% en 2013),
- 93% des proches s'étant exprimés ont répondu « oui » en 2017 (94% en 2014).

Points forts :

- Organisation d'une réunion annuelle avec les familles.
- Réalisation d'enquêtes de satisfaction.
- Déploiement de la philosophie de soins Humanitude.

Actions d'amélioration :

- Réaliser effectivement trois séance du CVS par an.
- Augmenter le temps de paroles des représentants des usagers lors des séances du CVS.
- Systématiser la présentation d'un bilan annuel des réclamations et remerciements en CVS.
- Formaliser l'organisation existante pour le recueil et le traitement des plaintes et réclamations.

AXE 2 : LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ ET LA VULNÉRABILITÉ DES RÉSIDENTS

THÈME 2.1 : LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN SOINS DE LA DOULEUR

Objectifs communs (ANESM) :

- Dépister systématiquement la douleur.
- Soulager la douleur.
- Pérenniser, soutenir et systématiser la démarche existante de prévention et prise en soins de la douleur.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Poursuivre les formations sur l'évaluation et la prise en soins de la douleur.
- Développer les missions des référents douleur et le partage entre les sites.
- Développer le recours aux techniques non médicamenteuses.
- Poursuivre la politique d'évaluation des pratiques.
- Développer les partenariats avec les acteurs locaux.
- Aborder le thème du résident en souffrance en commission éthique.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

La résidence *Landeronde* partage depuis 2010 un Comité de lutte contre la douleur (CLUD) avec les quatre sites des Résidences *Les Ligériennes*, présidé par un médecin titulaire du Diplôme Universitaire « Douleur et soin palliatifs ». Le CLUD a validé et diffusé des protocoles relatifs à la prévention, l'évaluation et le traitement de la douleur. Les échelles retenues pour l'évaluation sont intégrées au logiciel NETSoins. Les protocoles ne sont pas suffisamment connus par les soignants mais le plan de formation annuel compense ce manque.

Une réflexion sur les approches non-médicamenteuses a mené à former des soignants au toucher-massage, à l'aromathérapie et à l'hypnose. L'Humanitude donne aussi des techniques contribuant à prévenir les comportements susceptibles d'augmenter les douleurs dues aux soins (nervosité, tension, opposition…). L'établissement propose également d'inscrire un infirmier pour l'ensemble des sites au DU « Douleur et soins palliatifs » en 2019.

Des évaluations des pratiques professionnelles conduites sur les thèmes de l'évaluation de la douleur (2011, 2012 et 2017) et la conduite et la surveillance du traitement antalgique (2012 et 2013) ont démontré que :

- les personnels n'utilisent pas suffisamment les échelles d'évaluation de la douleur ou ne tracent pas suffisamment les scores obtenus dans le dossier de soins,
- les prescripteurs respectent les recommandations pour l'utilisation des traitements antalgiques.

Selon les données extraites du logiciel NETSoins, 93% des résidents présents le 30/06/2018 ont eu au moins une évaluation de la douleur au premier semestre 2018, mais une mesure avec échelle n'est retrouvée que pour 58% des résidents, parfois sans seconde mesure malgré une douleur identifiée.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux d'évaluation de la douleur : 51%

Numérateur : nombre de résidents présents le 30/06/2018 pour lesquels on retrouve dans le dossier de soins informatisé au moins un résultat d'évaluation avec échelle si non douloureux, au moins deux résultats d'évaluation avec échelle si douloureux. Dénominateur : nombre de résidents présents le 30/06/2018.

Lors de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents fin 2015 / début 2016 :

- 27% des répondants considèrent être interrogés sur leur douleur (57% en 2013),
- 80% des répondants étaient satisfaits de la prise en soins de leur douleur (86% en 2012).

Points forts :

- Existence d'un comité de lutte contre la douleur (CLUD) intersites et de référents douleurs.
- Évaluations des pratiques professionnelles dans le cadre du CLUD.

Actions d'amélioration :

- Promouvoir les protocoles relatifs à la prévention et la prise en soins de la douleur et l'utilisation des échelles d'évaluation auprès des professionnels.
- Harmoniser les pratiques entre les sites concernant la traçabilité des résultats d'évaluation dans le dossier de soins informatisé.
- Mener une réflexion sur l'accompagnement de la douleur psychique du résident.

AXE 2 : LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ ET LA VULNÉRABILITÉ DES RÉSIDENTS

THÈME 2.2 : LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN SOINS DES CHUTES

Objectifs communs (ANESM) :

- Prévenir les chutes et leurs conséquences.
- Prendre en charge les conséquences des chutes.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Poursuivre les formations sur la thématique chutes.
- Optimiser la remontée des informations à toutes les parties prenantes.
- Développer l'aide aux transferts et à la marche, le travail de l'équilibre, le contrôle systématique de la vision dans le bilan gériatrique d'entrée, l'évaluation du risque de chute à l'entrée et tout au long du séjour.
- Cadrer les interventions de l'ergothérapeute.
- Améliorer la qualité du chaussage des résidents.
- Organiser la réflexion éthique sur le droit au risque.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Une commission des chutes à laquelle participe l'ergothérapeute se réunit plusieurs fois par an afin d'analyser les chutes survenues et de proposer des solutions adaptées à chaque résident chuteur.

L'établissement a formalisé et diffusé des protocoles afin de prévenir les chutes, réagir en cas de chute et accompagner le résident chuteur. Celle-ci n'inclut pas encore les techniques Humanitude pour relever la personne pouvant contribuer à la prévention du syndrome post-chute. En cas de chute, le relevé s'effectue avec un équipement adapté et/ou à deux soignants.

L'équipe met progressivement en œuvre des techniques Humanitude (verticalisation quotidienne, toilettes évaluatives) permettant de lutter contre la grabatisation et de maintenir les capacités de déplacement des résidents ayant encore de l'appui. Les temps de verticalisation ne font l'objet d'aucun calcul ni traçabilité mais l'équipe estime que plus de 70% des résidents sont verticalisés au moins 20 minutes par jour.

Une ergothérapeute intervient une fois par semaine afin :

- d'assister l'équipe dans l'identification des résidents à risque de chute (tests de Tinetti ou autres),
- d'apporter une expertise sur le matériel adapté au résident,
- de réaliser des ateliers équilibre, de l'accompagnement à la marche…

La formation Humanitude aborde des techniques de transferts adaptés aux résidents et au matériel. Chaque année, des professionnels suivent une formation aux gestes d'urgences (AFGSU).

Le recours à la contention physique passive est limité et encadré par une procédure formalisée et globalement bien respectée. Au moment de l'évaluation, seule une résidente avait une barrière de lit, à sa demande. L'établissement respecte le droit au risque et n'entrave pas les déplacements des résidents déambulant, sauf restriction médicale passagère (interdiction d'appui suite à une blessure ou une intervention par exemple). Le cas échéant, des plans de compensation personnalisés sont mis en place.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résidents ayant chuté en 2017 : 58,5%

Numérateur : nombre de résidents ayant chuté au moins une fois entre le 1er janvier et le 31 décembre 2017.
Dénominateur : nombre de résidents présents en 2017.

En 2017, 3 résidents sur les 53 hébergés ont été transférés en urgence au CHU suite à une chute.

Points forts :

- Existence d'une commission des chutes.
- Présence d'une ergothérapeute une fois par semaine sur le site.
- Suivi et réévaluation régulière des contentions physique.
- Formations AFGSU programmées chaque année.

Actions d'amélioration :

- Actualiser et compléter les protocoles relatifs aux chutes en prenant en compte les apports de la philosophie Humanitude.
- Mener une réflexion sur le calcul et la traçabilité des temps de verticalisation journaliers.

AXE 2 : LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ ET LA VULNÉRABILITÉ DES RÉSIDENTS

THÈME 2.3 : LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN SOINS DES ESCARRES

Objectifs communs (ANESM) :

- Prévenir l'apparition d'escarres au cours du séjour : dépistage systématique des facteurs de risque et prise en charge.
- Prendre en charge les résidents porteurs d'escarres.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Mettre en place un dépistage systématique des résidents à risque d'escarres et le suivi des escarres constituées.
- Mettre en œuvre le plan de prévention de la dénutrition défini par le CLAN.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Une procédure relative à la prévention et à la prise en soins des escarres a été formalisée en 2009. Elle intègre des définitions, les moyens de prévention et les soins adaptés (types de pansements) selon le type et le stade de l'escarre. Elle prévoit une évaluation du risque à l'entrée et des réévaluations avec l'échelle de Waterloo. Dans la pratique cette échelle n'a jamais été utilisée par les infirmiers.

Les échelles d'évaluation du risque d'escarres Braden, Gonesse et Norton sont intégrées au logiciel NETSoins. Au premier semestre 2018, on retrouve 9 évaluations, toutes réalisées avec l'échelle de Braden, et concernant 5 résidents. Le risque d'escarre est aussi évalué via les fiches internes d'évaluation de l'état nutritionnel du résident.

Une surveillance de l'état cutané est effectuée au quotidien lors de la réalisation des soins de nursing. En cas de doute, les infirmiers sont sollicités pour une évaluation. Les actions nécessaires sont ensuite mises en œuvre pour traiter la zone fragilisée et prévenir toute aggravation évitable.

La formation Humanitude donne des outils pour installer les résidents dans des positions limitant le risque d'escarre (répartition des points d'appuis). Ces techniques ne sont pas encore utilisées en systématique par tous les soignants.

Par défaut, tous les lits de l'EHPAD sont équipés de matelas à mémoire de forme. Lors de l'évaluation, 10 des 47 résidents présents avaient un matelas à air.

L'établissement propose au plan de formation continu 2019 d'inscrire un infirmier au Diplôme Universitaire « Plaies et cicatrisation ».

Des agents ont suivi une formation sur l'aromathérapie. À ce jour les huiles essentielles sont surtout utilisées pour calmer les troubles du comportement et non en traitement de plaies.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux d'escarres acquises dans l'établissement : 5,7%

Numérateur : nombre de résidents hébergés en 2017 ayant acquis une escarre dans la résidence.
Dénominateur : nombre de résidents hébergés en 2017.

Points forts :

- Existence d'une fiche de changement de position pour les résidents très dépendants ou dont les mouvements sont limités par une contention physique.

Actions d'amélioration :

- Inscrire un infirmier de l'établissement (référent pour les 4 sites) au DU « Plaies et cicatrisations ».
- Actualiser la procédure de prévention et de prise en soins des escarres en intégrant des modalités de réévaluation du risque et de suivi des escarres constituées communes pour tous les sites.
- Mener une réflexion sur la formation des personnels remplaçants aux positions de confort.
- Mener une réflexion sur l'utilisation des huiles essentielles dans la prise en soins des escarres constituées.

AXE 2 : LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ ET LA VULNÉRABILITÉ DES RÉSIDENTS

THÈME 2.4 : LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN SOINS DE LA DÉNUTRITION

Objectifs communs (ANESM) :

- Prévenir la dénutrition des résidents.
- Dépister les résidents dénutris.
- Prendre en charge les résidents dénutris.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Poursuivre les formations sur la prévention et la prise en soins de la dénutrition.
- Développer les missions des référents nutrition et dentaire et le partage entre les sites.
- Poursuivre le travail engagé sur le suivi bucco-dentaire.
- Mener une réflexion sur le temps des repas et le jeûne nocturne.
- Intégrer aux PAP les spécificités relatives à la prise des repas et mettre à jour les plans de soins.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

La Résidence *Landeronde* partage depuis 2011 un Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) avec les autres sites des Résidences *Les Ligériennes*, dont la diététicienne intervenant dans l'établissement est membre. Le CLAN a validé et diffusé des protocoles visant à lutter contre la dénutrition (prévention, dépistage, techniques d'enrichissements…). Un travail a également débuté concernant l'hygiène bucco-dentaire (maintien de l'appétit et des capacités à s'alimenter normalement le plus longtemps possible). Afin de mesurer le respect de l'organisation définie dans ces protocoles, des évaluations des pratiques professionnelles sont conduites tous les deux à trois ans.

Les goûts, non goûts et allergies sont recueillis et enregistrés dans le logiciel NETSoins. Un tableau permet d'en assurer le suivi, en lien avec les repas prescrits. La salle à manger de la résidence, reconstruite en 2013, offre un cadre agréable pour la prise des repas.

L'équipe de soins est organisée pour assurer une surveillance mensuelle du poids pour tous les résidents, plus fréquente si nécessaire pour les résidents dénutris ou à risque. L'IMC est calculé directement par le logiciel de soins dès lors que la taille du résident est enregistrée. Le jour de l'évaluation, 46 des 47 résidents hébergés avait une mesure d'IMC calculée dans le logiciel NETSoins.

Très peu de MNA sont réalisés par les médecins traitants. Une fiche d'évaluation nutritionnelle a été mise en place par le CLAN mais son renseignement n'est pas exhaustif.

Les repas sont préparés par la cuisine centrale de l'établissement et livrés deux fois par jour. Les menus sont établis par le diététicien du prestataire assurant la commande des denrées, pour des périodes de huit semaines respectant la saisonnalité. Une commission des menus partagée entre tous les sites se tient environ toutes les 8 semaines. Elle est préparée et animée par la diététicienne du prestataire. Les résidents sont invités à y participer mais aucun n'a accepté d'y assister en 2017. La résidente présente lors de l'évaluation a déclaré avoir le sentiment de ne pas y être écoutée.

Une réflexion sur les horaires et temps de repas a été menée. La durée des repas pour les résidents devant être aidés est inférieure aux recommandations mais conforme pour les résidents mangeant seuls. Le temps de jeûne est supérieur à 12 heures pour une partie des résidents mais assumé par l'établissement : des collations sont proposées et le petit déjeuner est servi très tôt par l'équipe de nuit pour les résidents éveillés, l'établissement a fait le choix de respecter le sommeil des autres et de proposer le petit déjeuner au fur et à mesure des réveils.

En 2017, 32% des résidents ont été diagnostiqués dénutris. Tous ont bénéficié d'une prise en soin personnalisée. 23% ont bénéficié d'un bilan bucco-dentaire par un dentiste libéral.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résidents pesés une fois par trimestre : 100%

Numérateur : nombre de résidents présents le 30/06/20 dont le poids a été saisi au moins une fois dans le dossier de soins informatisé au cours des 95 jours précédents. Dénominateur : nombre de résidents présents le 30/06/18.

Lors de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents fin 2015 début 2016, 92% des répondants ont affirmé être pesés régulièrement (93% en 2013) et 100% trouvaient cela normal (93% en 2013).

Points forts :

- Existence d'un CLAN intersites.
- Identification de référents nutrition et hygiène bucco-dentaire reconnus par les équipes.
- Vacations d'une diététicienne une demi-journée toutes les 5 semaines.
- Évaluations des pratiques professionnelles dans le cadre du CLAN.

Actions d'amélioration :

- Formaliser la fiche mission des référents nutrition.
- Promouvoir le renseignement de la fiche d'évaluation nutritionnelle.
- Menez une réflexion sur la pertinence des repas prescrits.

AXE 2 : LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ ET LA VULNÉRABILITÉ DES RÉSIDENTS

THÈME 2.5 : LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN SOINS DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT

Objectifs communs (ANESM) :

- Améliorer le diagnostic et la prise en charge des résidents déprimés.
- Améliorer le diagnostic et la prise en charge médicamenteuse et non-médicamenteuse des résidents ayant des troubles du comportement.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Mener à bien les orientations stratégiques et les travaux relatifs à l'ouverture d'unités spécifiques.
- Renforcer les liens existants avec la filière psychiatrique et la filière gérontologique.
- Continuer la formalisation des protocoles relatifs à l'accompagnement des résidents ayant des troubles de l'humeur et/ou du comportement.
- Poursuivre le travail engagé sur l'évaluation gérontologique.
- Développer la communication avec les proches.
- Mener une réflexion sur la prise en compte du risque dépressif et ses conséquences.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Au moment de l'évaluation, 11 résidents sur 47 étaient repérés comme présentant plus ou moins régulièrement un comportement d'agitation pathologique (CAP). 14 résidents étaient susceptibles de présenter une opposition verbale et/ou physique. Il n'existe pas de liste formalisée, mais les personnels soignants permanents connaissent ces résidents et informent oralement les remplaçants au fur et à mesure de la prise en soin. La capacité d'identification est moins élevée pour les personnels non soignants.

Une analyse des éléments déclencheurs est réalisée en équipe pluridisciplinaire. Des clés d'accompagnement sont identifiées et inscrites sur les toilettes évaluatives et les plans de soins des résidents concernés.

Le personnel est sensibilisé aux difficultés de l'accompagnement de ces personnes. Dans le cadre de la philosophie Humanitude, une grande partie des personnels est formée aux techniques d'approche en douceur (entrée en relation). En cas d'opposition, les soignants tentent la diversion ou pratiquent le report de soin.

L'établissement a rédigé des conduites à tenir devant certains troubles du comportement (perturbateur, opposition au soin…). Une psychologue est présente dans la structure une journée par semaine. Elle intervient auprès des résidents en fonction des demandes et difficultés rencontrées.

La structure dispose d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) de 14 places sur le site, permettant aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés de bénéficier un ou plusieurs jours dans la semaine d'un accompagnement plus adapté.

Plusieurs échelles d'évaluation cognitive et des troubles du comportement sont intégrées au logiciel NETSoins. Les évaluations ne sont pas systématiques : leur pertinence est évaluée en équipe pluridisciplinaire. 10 tests (NPI-ES, MMS…) ont été tracés au premier semestre 2018.

En 2017, 41% des résidents ont été traités par benzodiazépine (anxiolytique) dont 1 à demi vie longue et 15% par neuroleptiques dont un quart présentant la maladie Alzheimer ou une affection apparentée.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux d'évaluation des troubles de l'humeur et du comportement : 17%

Numérateur : nombre de résidents présents le 31/12/2017 pour lesquels est tracée dans NETSoins
- *au moins une évaluation des troubles de l'humeur/comportement si pas de troubles,*
- *au moins deux évaluations des troubles de l'humeur/comportement si troubles identifiés.*

Dénominateur : nombre de résidents présents le 31/12/2017.

Points forts :

- Utilisation des techniques d'entrée en relation de la philosophie Humanitude.
- Présence d'une psychologue une journée par semaine sur le site.
- Pôle d'Activités et de Soins Adaptés de 14 places sur le site.

Actions d'amélioration :

- Poursuivre la formalisation des modalités de dépistage et d'accompagnement des résidents susceptible de présenter des troubles du comportement.
- Engager une réflexion avec les médecins libéraux sur la pertinence des prescriptions de neuroleptiques pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

AXE 2 : LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ ET LA VULNÉRABILITÉ DES RÉSIDENTS

THÈME 2.6 : L'ANALYSE ET LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX

Objectifs communs (ANESM) :

- Identifier et analyser le risque infectieux.
- Gérer le risque infectieux.
- Informer tous les acteurs concernés de la démarche de prévention du risque.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Améliorer la maitrise des risques liés aux soins, à l'hôtellerie et aux équipements.
- Optimiser l'organisation en cas de crise.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

L'établissement a identifié un correspondant hygiène parmi l'équipe soignante de chaque résidence et adhère à un réseau territorial d'hygiène (RTH) qui met à sa disposition un infirmier hygiéniste afin de répondre à ses besoins en conseils et assistance. Dans le cadre de la veille documentaire et du partage d'expérience, au moins un correspondant de l'établissement est présent lors des réunions organisées par le RTH (3 réunions par an).

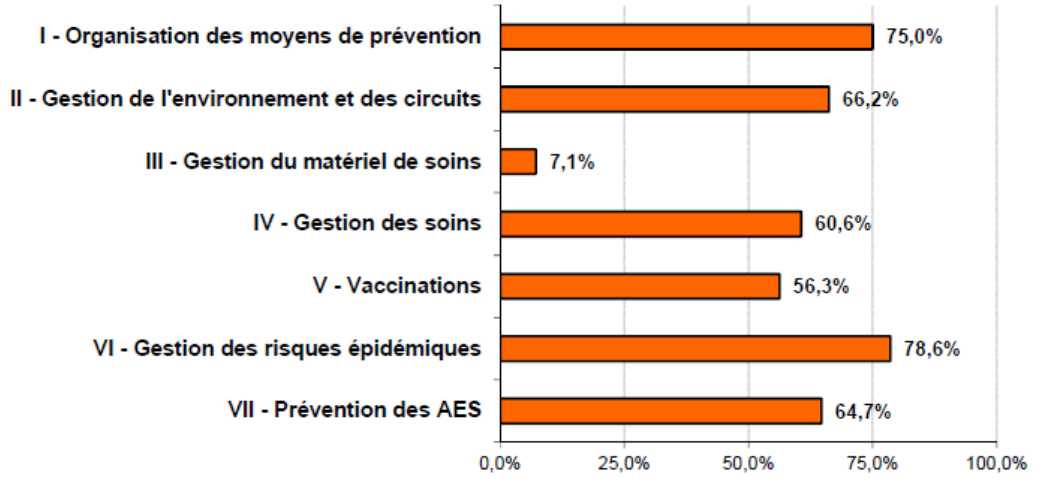
L'équipe d'entretien des locaux disposent des produits et du matériel adapté pour le nettoyage et la désinfection des locaux. Au niveau des soins, les dispositifs médicaux à usage unique sont privilégiés lorsqu'ils existent.

Des protocoles sont formalisés et diffusés : hygiène des mains, précautions « standard », précautions complémentaires (contact, gouttelettes, air), hygiène des locaux, conduite à tenir en cas de gale…

Les personnels sont sensibilisés à l'hygiène des mains (désinfection au produit hydro-alcoolique, port de gants) des audits sont réalisés régulièrement en lien avec le RTH (3 itérations depuis 2013).

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Résultat de l'autoévaluation réalisée avec le manuel du GREPHH le 24/02/2017 : 63%



Lors de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents entre septembre 2015 et mars 2016 :
- 92% des répondants se disaient satisfaits du confort de leur chambre (93% en 2013),
- 100% des répondants se disaient satisfaits du traitement de leur linge (item non présent en 2013).

Points forts :

- Adhésion au RTH ANJELIN : visite annuelle, veille documentaire, conseils et suivi par un infirmier hygiéniste.
- Identification d'un correspondant hygiène soignant.
- Réalisation régulière d'audits.
- Assistance d'un ingénieur légionnelle rémunéré par l'ACEP 49.

Actions d'amélioration :

- Poursuivre la formalisation des protocoles relatifs à la maitrise du risque infectieux.
- Actualiser le protocole relatif aux précautions « standard ».
- Promouvoir la prescription des précautions complémentaires auprès des médecins traitants.

AXE 2 : LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ ET LA VULNÉRABILITÉ DES RÉSIDENTS

THÈME 2.7 : LA CONTINUITÉ DES SOINS

Objectifs communs (ANESM) :

- Organiser la continuité des soins au sein de l'EHPAD.
- Développer un partenariat avec les établissements de santé de proximité, en particulier la filière gériatrique hospitalière.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Assoir le fonctionnement de la commission de coordination gériatrique.
- Garantir la présence d'au moins un aide-soignant 7 jours/7, 24 heures/24 et améliorer la continuité de présence infirmière.
- Optimiser la collaboration avec les intervenants extérieurs.
- Mettre en place un dossier de soins informatisé unique sur les trois sites.
- Améliorer le dialogue avec les structures d'hospitalisation.
- Favoriser l'implication des partenaires extérieurs dans le fonctionnement des EHPAD.
- Maintenir la politique d'évaluation et de sécurisation du circuit du médicament.
- Développer les formations et la communication autour des médicaments.
- Harmoniser les prescriptions anticipées.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Un médecin coordonnateur, également médecin traitant, officie sur le site à hauteur de 0,25 ETP. Il est physiquement présent au moins un après-midi par semaine (jour de la réunion pluridisciplinaire) et collabore avec le médecin coordonnateur du site de Montjean/Loire. Il intervient peu auprès de ses confrères pour des informations générales mais envoie des messages personnels lors de prises en soins complexes. Les médecins traitants présents lors de l'évaluation indiquent qu'un regard critique du médecin coordonnateur sur leurs pratiques pourrait être mal perçue.

Les intervenants libéraux ont accès au dossier informatisé de leur patientèle. Le logiciel contient une messagerie mais les professionnels libéraux l'utilisent peu : trop d'informations partagées ne les concernent pas. Les infirmiers assurent le relai entre l'équipe et les différents intervenants.

Une commission de coordination gériatrique commune à tous les sites se réunit une fois par an autour de thématiques proposées par les médecins coordonnateurs. Tous les intervenants libéraux sont conviés mais peu y participent malgré un horaire adapté à leurs activités.

Au moins un infirmier est présent en journée, y compris les week-ends et fériés. Deux agents sont présents sur le site chaque nuit, dont un aide-soignant (sauf remplacement de dernière minute). Si besoin, l'équipe appelle le médecin traitant, le médecin coordonnateur, le centre d'accueil de permanence du soir (Caps) ou la régulation (de minuit à 8 h 00).

L'établissement a signé des conventions et/ou établit des partenariats avec des centres hospitaliers, des équipes mobiles, un service d'hospitalisation à domicile, un centre médico-psychiatrique, le CLIC, la MAIA… Outre la fourniture des produits, la convention avec une pharmacie de ville précise les modalités d'élaboration des piluliers hebdomadaires par les préparateurs de l'officine. Un contrat existe également avec un loueur de matériel médical (oxygène…). L'organisation de l'établissement permet le recours à des spécialistes mais les résidents ne sont pas prioritaires sur les personnes vivant à domicile.

Une liste des médicaments à prescrire préférentiellement a été élaborée mais elle est peu connue et peu suivie par les médecins prescripteurs. Le suivi de l'efficacité et des effets secondaires des traitements administrés passe par les échanges entre l'équipe et les médecins traitants.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux d'hospitalisation en urgence : 25%

Numérateur : nombre de résidents ayant été hospitalisés en urgence une ou plusieurs fois en 2017.
Dénominateur : nombre total de résidents ayant été hospitalisés en 2017.

Résultat du 3e tour de l'audit sur le circuit du médicament en EHPAD sans PUI réalisé avec l'outil de QualiRel Santé le 19 septembre 2017 :

Chapitre « Prescription » : 85%

Chapitre « Coordination entre les partenaires et continuité de la prise en soins » : 91%

Points forts :

- Médecin coordonnateur titulaire d'une capacité en gériatrie.
- Conventions et partenariats avec de nombreux acteurs de la filière gériatrique ou supports.

Actions d'amélioration :

- Mener une réflexion sur la place des intervenants libéraux dans l'accueil du résident et aux réunions pluridisciplinaires.
- Mener une réflexion sur l'implication des intervenants libéraux dans la préparation et l'animation de la commission de coordination gériatrique.
- Poursuivre le travail engagé pour sécuriser le circuit du médicament.

AXE 3 : LE MAINTIEN DES CAPACITÉS DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION DE DÉPENDANCE

THÈME 3.1 : LE MAINTIEN DES CAPACITÉS DE DÉPLACEMENT ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES NON-VALIDES

Objectifs communs (ANESM) :

- Maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne.
- Favoriser l'autonomie dans les déplacements.
- Accompagner la situation de dépendance liée à la perte définitive des capacités dans les actes de la vie quotidienne.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Optimiser l'intégration de chaque personne au sein de l'unité adéquate.
- Maintenir l'objectif de fonctionnement de chaque unité, avec une population répondant aux caractéristiques d'accueil préconisées, et en tirant profit de la spécificité du projet de vie de l'unité.
- Garantir la sécurité et l'accessibilité de tous les résidents, quel que soit leur niveau d'autonomie.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Le maintien des capacités des résidents est un objectif permanent et inscrit au Projet d'Établissement. Le niveau d'aide à apporter à chaque résident est discuté en équipe pluridisciplinaire et argumenté. Le principe est de ne pas faire à la place du résident ce qu'il est encore en capacité de faire. Cependant, ce principe n'est pas toujours respecté : des résidents refusent de participer même s'ils sont capables et des agents font à leur place, souvent inconsciemment, pour gagner du temps.

Les logements des résidents, les espaces communs et les ascenseurs sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. Les ascenseurs sont équipés d'une annonce audio pour les non-voyants. Les abords de la résidence ne sont que partiellement accessibles pour des promenades autonomes en fauteuil.

Le niveau d'autonomie des résidents à se déplacer est évalué à l'aide de la grille AGGIR (à l'entrée et lors de modifications notables de l'état de santé du résident), à travers les toilettes évaluatives (cf. thème 3.2), lors des réunions pluridisciplinaires, ainsi qu'à l'aide d'outils validés et intégrés au logiciel NETSoins (scores de Braden, Tinetti…).

Des moyens sont mis en œuvre dans la résidence pour maintenir ou faire retrouver des capacités motrices : ateliers équilibre, gymnastique douce, accompagnement à la marche… L'ergothérapeute intervient dans le choix du matériel adapté (canne, déambulateur…) et l'aménagement de la chambre (suppression ou limitation des obstacles).

La philosophie Humanitude prône au minimum 20 minutes de verticalisation journalière pour tous les résidents. L'équipe estime qu'environ 30% des résidents sont verticalisés moins longtemps. Au moment de l'évaluation, 21 résidents sur 47 se déplaçaient en fauteuil roulant, 19 restaient en fauteuil en salle à manger donc 5 qui pourraient être stimulés pour un transfert en chaise.

Une grande majorité des personnels évaluent les capacités de mobilisation du résident avant chaque prise en soins ou accompagnement, y compris l'animatrice et la psychologue qui peuvent être amenées à participer à des gestes de la vie courante, animent des activités et accompagnent des promenades. Cette évaluation tient compte de l'état de santé du moment et des douleurs éventuelles et impacte l'appel ou non d'un collègue et le choix de la technique de verticalisation.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations : 11%

Numérateur : nombre de résidents entrés entre le 1er juillet 2016 et le 31 décembre 2017 et présents au second semestre 2017 dont l'item déplacement s'est dégradé. Dénominateur : nombre de résidents entrés entre le 1er juillet 2016 et le 31 décembre 2017 et présents au second semestre 2017.

Lors de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents entre septembre 2015 et mars 2016, 83% des répondants trouvaient le personnel suffisamment disponible (64% en 2013) et 100% se disaient satisfaits de l'aide apportée pour les déplacements (89% en 2013).

Points forts :

- Politique de verticalisation en lien avec la démarche Humanitude.
- Présence d'une ergothérapeute sur le site une journée par semaine.

Actions d'amélioration :

- Poursuivre la réflexion sur la sensibilisation aux principes Humanitude pour les personnels remplaçants.
- Mener une réflexion sur les aménagements possibles pour faciliter les déplacements en autonomie des résidents malvoyants ou non-voyants.

AXE 3 : LE MAINTIEN DES CAPACITÉS DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION DE DÉPENDANCE

THÈME 3.2 : LE MAINTIEN DES CAPACITÉS À LA TOILETTE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AYANT BESOIN D'UNE AIDE TOTALE

Objectifs communs (ANESM) :

- Favoriser l'autonomie pour la toilette.
- Apporter des soins corporels de qualité.
- Respecter l'intimité, la pudeur des résidents.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Généraliser la réalisation et la réévaluation des toilettes évaluatives.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Le maintien des capacités des résidents est un objectif permanent et inscrit au Projet d'Établissement. Concernant les soins d'hygiène corporelle, il s'agit d'une part d'apporter l'aide nécessaire et uniquement nécessaire aux résidents partiellement dépendants physiquement, d'autre part de stimuler les résidents atteints de troubles cognitifs à effectuer le plus longtemps possible des gestes de la vie courante.

Le niveau d'autonomie des résidents à faire tout ou partie de leur toilette est évalué à l'aide de la grille AGGIR et, dans le cadre de la démarche Humanitude, à travers les toilettes évaluatives réalisées par les infirmiers et l'ergothérapeute. Le niveau d'aide à apporter à chaque résident fait l'objet d'un échange en équipe pluridisciplinaire. Les toilettes évaluatives réalisées donnent lieu à une toilette prescrite retranscrite dans le plan de soins. Elle précise si le soignant est seul ou en binôme, la répartition des actes entre le résident et le soignant, si le résident doit être stimulé, l'équipement à utiliser en fonction des capacités ou non du résident à se maintenir debout (classification « DADA »). Le principe de ne pas faire à la place du résident n'est cependant pas toujours respecté, par le soignant ou par le résident.

Le jour de l'évaluation, les 45 résidents entrés depuis plus de deux semaines bénéficiaient d'une toilette prescrite. Des incohérences persistaient entre la classification « DADA » et les toilettes réalisées :

- 8 toilettes étaient réalisées partiellement au lit, partiellement assis, alors que seuls 5 résidents étaient identifiés comme ne tenant pas debout,
- 3 toilettes étaient réalisées totalement au lit alors qu'aucun résident n'était identifié comme ne pouvant se tenir assis.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résidents dont la capacité à faire leur toilette a diminué entre deux évaluations : 11%

Numérateur : nombre de résidents entrés entre le 1er juillet 2016 et le 31 décembre 2017 et présents au second semestre 2017 dont l'item toilette s'est dégradé. Dénominateur : nombre de résidents entrés entre le 1er juillet 2016 et le 31 décembre 2017 et présents au second semestre 2017.

Lors de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents entre septembre 2015 et avril 2016, 88% des répondants étaient satisfaits de l'aide apportée pour la toilette (91% en 2013) et 88% trouvaient les soins adaptés à leurs besoins en 2016 (100% en 2013).

Points forts :

- Réalisation de toilettes évaluatives par les infirmiers et l'ergothérapeute.

Actions d'amélioration :

- Définir et formaliser une organisation permettant d'optimiser la réalisation, le suivi et la réévaluation des toilettes évaluatives et prescrites.
- Harmoniser l'intégration des toilettes prescrites dans les plans de soins sur tous les sites et mener une réflexion sur l'intégration de la classification « debout assis couché ».

AXE 4 : LA PRISE EN COMPTE PERSONNALISÉE DES BESOINS ET DES ATTENTES

THÈME 4.1 : LE PROJET PERSONNALISÉ (ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT)

Objectifs communs (ANESM) :

- Prendre en compte les besoins et les attentes de chaque résident.
- Garantir le droit à la participation directe du résident ou avec l'aide de son représentant légal à la conception, la mise en œuvre et le suivi du projet d'accompagnement qui le concerne.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Centrer l'organisation du travail autour de la vie des résidents.
- Élaborer pour chaque résident un PAP dans un délai de 6 mois après l'entrée et garantir son actualisation.
- Préciser le rôle du référent.
- Systématiser et tracer la présentation et la validation des PAP.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Chaque résident a un référent soignant désigné dès son entrée. Le rôle et le nom de ce référent sont précisés dans une fiche remise lors de l'accueil du résident. Pour 91% des résidents ayant répondu à l'enquête « accueil » depuis 2015, le référent ne s'est pas présenté dans les jours suivant leur arrivée et il ne leur a pas présenté son rôle.

Une procédure formalisée décrit les modalités de rédaction, validation, diffusion et réévaluation des projets d'accompagnement personnalisés (PAP), en intégrant la participation du résident, à défaut celle de son tuteur et/ou de ses proches. Le référent du résident est responsable de la rédaction du PAP, du suivi des objectifs et de leur évaluation. Il doit également présenter le projet formalisé au résident, afin de recueillir son adhésion, et lors des réunions pluridisciplinaires pour la mise en œuvre des objectifs.

Le résident participe systématiquement au renseignement du PAP lorsqu'il est en capacité de le faire et s'il le souhaite (respect des refus). Les référents prennent rendez-vous avec la famille lorsque le résident n'est pas en capacité.

Les objectifs déclinés dans le PAP se veulent réalisables. Ils prennent en compte les souhaits exprimés par le résident, son état de santé, son autonomie et les ressources de la structure.

Les PAP sont renseignés sur papier puis retranscrits dans le logiciel NETSoins. Les agents de soins, l'animatrice, la psychologue, l'ergothérapeute peuvent y accéder et le compléter mais peu de liens sont faits entre les objectifs du PAP, le plan de soins et les activités.

La procédure « PAP » et les documents liés n'ont pas été actualisés lors de la mise en place du logiciel NETSoins : les protocoles ne sont plus en adéquation avec les pratiques, entrainant un manque d'uniformité dans la formalisation des éléments (cohabitation de supports papier et informatique).

Au 30/10/2018, 37 résidents sur 47 étaient présents depuis plus de 6 mois. Sur ces 37 résidents, 35 avaient un PAP formalisé datant de moins d'un an dont 30 validés par l'équipe et 15 par le résident.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résident ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement : 41%

Numérateur : nombre de résidents présents depuis plus de 6 mois pour lesquels on retrouve une trace écrite de leur avis (à défaut celui du tuteur) sur leur projet d'accompagnement personnalisé.
Dénominateur : nombre de résidents présents depuis au moins 6 mois.

Points forts :

- Nomination d'un référent soignant pour chaque résident.
- Recueil systématique des habitudes de vie à l'entrée du résident.
- Saisie d'éléments des PAP dans le dossier de soins informatisé.

Actions d'amélioration :

- Revoir les modalités de présentation du référent et de ses missions lors de l'accueil du résident.
- Définir des modalités d'intégration des PAP au dossier de soins informatisé communes à tous les sites et actualiser les documents liés.
- Systématiser la traçabilité de l'adhésion du résident à son PAP dans le logiciel NETSoins.

AXE 4 : LA PRISE EN COMPTE PERSONNALISÉE DES BESOINS ET DES ATTENTES

THÈME 4.2 : LA PERSONNALISATION DES ACTIVITES SOCIALES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

Objectifs communs (ANESM) :

- Offrir aux résidents la possibilité de choisir des activités correspondant à leurs attentes dans le cadre de la vie quotidienne et sociale.
- S'assurer régulièrement de la satisfaction des résidents sur les activités proposées.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Développer l'animation en y associant l'ensemble du personnel, pour tendre vers une proposition d'activité quotidienne permettant d'éviter les ruptures significatives (périodes de vacances...).
- Développer la qualification du personnel d'animation.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

La résidence emploie une animatrice à temps plein.

Il n'est pas dégagé de temps supplémentaire pour l'animation mais la résidence peut compter sur une équipe de bénévoles très actifs. Ils sont adhérents d'une association leur proposant chaque année des formations afin d'accompagner au mieux les résidents.

L'animatrice élabore un planning d'animation chaque mois, qu'elle affiche en format A3 et remet à chaque résident. En plus des activités collectives (jeux, lotos, ateliers créatifs, lecture du journal, chant, tricot, gymnastique douce, sorties au marché…) et individuelles (échanges lors de la distribution du courrier, médiation animale…) inscrites sur ce planning, des résidents participent aux ateliers mémoire, équilibre et activité cognitive animés par la psychologue et l'ergothérapeute.

Des évènements exceptionnels ont lieu plusieurs fois par an : projection de films, sorties intersites, repas avec les familles et les personnels…

La chorale de la commune de Savennières vient plusieurs fois par an chanter dans la résidence. Une cérémonie catholique se tient dans les locaux une fois par semaine.

Un projet d'animation et de maintien de la vie sociale a été rédigé en 2014 par la psychologue de l'établissement, en lien avec l'équipe d'animateurs. Il comprend des orientations communes et des objectifs tenant compte des spécificités de chaque résidence. Ce projet, qui devait être annexé au Projet d'Établissement 2015-2019, n'a pas été diffusé. Il sera utilisé comme base de départ pour l'élaboration du projet 2020-2024.

La participation et le niveau de satisfaction des résidents concernant les activités sont tracés dans le logiciel de soins.

L'animatrice rédige chaque année un rapport d'activité qui recense les temps forts de l'année.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résidents satisfaits des activités proposées : 75%

Donnée issue de l'enquête réalisée auprès des résidents entre septembre 2015 et avril 2016 (26% de réponses).
Numérateur : nombre de résidents satisfaits des activités collectives proposées.
Dénominateur : nombre de résidents dont l'avis a été recueilli.

Points forts :

- Diversité des activités proposées et des intervenants.
- Traçabilité de la pertinence et de l'intérêt des activités par l'animatrice.
- Médiation animale.
- Liens avec les établissements voisins.

Actions d'amélioration :

- Mener à terme l'élaboration du projet d'animation et de maintien de la vie sociale et rendre effective son annexion au Projet d'Établissement 2020-2024 et sa diffusion.

AXE 4 : LA PRISE EN COMPTE PERSONNALISÉE DES BESOINS ET DES ATTENTES

THÈME 4.3 : LA POSSIBILITÉ DU MAINTIEN DES LIENS SOCIAUX

Objectifs communs (ANESM) :

- Maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs du résident avec son environnement social.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Réfléchir à l'accompagnement et la vie sociale des personnes les plus dépendantes et proposer des actions concrètes.
- Améliorer le service de restauration afin de stimuler la présence de chacun et de limiter au maximum les personnes déjeunant ou dînant en chambre.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

L'établissement met en œuvre tout ce qui lui est possible pour permettre aux proches de passer du temps dans ses murs et de rester en contact avec leur parent.

La résidence est ouverte toute la journée. Le règlement intérieur n'impose aucune restriction aux visites. Les proches sont informés des moments des soins et des horaires des repas, mais ils sont libres de venir ou non. Seul le résident peut signifier son refus d'accueillir ses proches.

Les proches le souhaitant peuvent passer la nuit dans la chambre du résident (fauteuil en position allongée) : les accès sont fermés mais une sonnette permet d'appeler les agents de nuit.

Les familles sont invitées lors d'évènements spéciaux (repas champêtre, anniversaires, lotos…) et sont bienvenus s'ils souhaitent être présents lors des animations.

Les proches ont la possibilité de déjeuner ou diner dans l'établissement, sous réserve d'une réservation préalable auprès de l'administration. Cette prestation est facturée. Il est possible également de demander la jouissance exclusive du salon des familles pour des évènements particuliers.

Toutes les chambres sont individuelles et équipées de prises pour le téléphone (abonnement à la charge du résident). Le résident peut accueillir ses proches dans le salon des familles, des espaces avec fauteuils au bout de certains couloirs, l'espace bibliothèque, la salle d'activité. Les résidents n'ont pas les codes d'accès au réseau Wi-Fi de la résidence, mais ils peuvent, en lien avec l'animatrice, créer un compte Facebook ou envoyer des messages électroniques via une adresse mail commune.

Les proches le désirant peuvent participer aux gestes de la vie courante, soins de nursing simples, prise de rendez-vous, accompagnement aux rendez-vous médicaux…

L'animatrice et des bénévoles visitent les résidents n'ayant pas de familles ou les incitent à participer aux animations collectives afin de créer des liens sociaux avec les autres résidents.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résidents isolés : 4,3%

Numérateur : nombre de résidents n'ayant ni visite, ni contact avec famille, ami ou bénévole.
Dénominateur : nombre total de résidents.

Lors de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des proches au premier semestre 2017 :

- 100% des répondants étaient satisfaits des conditions d'accueil (100% également en 2014),
- 87% étaient satisfaits des éléments de la vie sociale (87% également en 2014).

Points forts :

- Ouverture de l'établissement aux proches 24H/24.
- Architecture permettant les visites.

Actions d'amélioration :

- Mener une réflexion sur l'isolement volontaire de certains résidents : identifier les causes et proposer si possible des alternatives.

AXE 5 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

THÈME 5.1 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE DES RÉSIDENTS

Objectifs communs (ANESM) :

- Respecter la volonté de la personne.
- Soulager les douleurs physiques et autres symptômes.
- Prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Améliorer les conditions d'accompagnement de fin de vie et tendre à respecter au maximum la volonté de la personne.
- Limiter les hospitalisations liées à la fin de vie.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Afin de préserver le résident et ses proches au moment de la fin de vie, l'établissement a fait le choix de recueillir les souhaits dès l'entrée (recherche et promotion des directives anticipées, formulaire de recueil des souhaits en cas de décès). Pour les personnes non communicantes, les proches et les tuteurs sont sollicités (les tuteurs se prononcent rarement). Les documents ne sont pas toujours renseignés en totalité. Les informations utiles ne sont pas toutes intégrées dans le dossier de soins informatisé, ce qui peut être une gêne pour les équipes, surtout la nuit. Un classeur papier est à disposition mais tous les agents ne connaissent pas son existence.

Dans la mesure du possible, le résident en fin de vie reste dans l'établissement, sauf s'il a exprimé un autre souhait. Pour faire face aux fins de vie difficiles ou nécessitant l'administration de produits non accessibles en officine de ville, l'établissement a signé des conventions permettant de solliciter des structures ressources telles que l'équipe mobile d'accompagnement en soins de support et palliatifs et un service d'hospitalisation à domicile. La mise en place de l'accompagnement adapté est retardée si le médecin traitant ne considère pas le résident comme en fin de vie. Dans ces situations, le médecin coordonnateur assure le lien entre son confrère et l'équipe.

	2015	2016	2017
Nombre total de décès :	13	13	5
Dont survenue à la résidence :	8 (62%)	10 (77%)	4 (80%)

Des formations sur l'accompagnement de la fin de vie et les soins palliatifs, ainsi que sur l'évaluation et la prise en soins de la douleur, sont incluses dans les plans annuels de formation continue. Le financement d'un DU « Douleur et soins palliatifs » est également proposé depuis 2017.

L'équipe sait reconnaitre les signes de souffrance psychologique et/ou sociale. Elle interpelle si besoin la psychologue qui intervient alors auprès du résident. Les signes de souffrance spirituelle sont moins reconnus mais l'intervention d'un ministre du culte est régulièrement proposée. Une seule bénévole visite les résidents en fin de vie qu'elle connait.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie : 70,2%

Numérateur : nombre de résidents présents depuis trois mois ou plus le jour de l'évaluation pour lesquels on retrouve un recueil de leurs souhaits en matière de fin de vie dans le dossier.
Dénominateur : nombre de résidents présents depuis trois mois ou plus le jour de l'évaluation.

Points forts :

- Recueil des souhaits en cas de décès réalisé à l'entrée.
- Départ réguliers de soignants en formation soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie.
- Présence d'une psychologue une journée par semaine sur le site.
- Recours possible à l'HAD et/ou à l'EMASSP pour les fins de vie difficiles.

Actions d'amélioration :

- Remplacer le formulaire interne pour la rédaction des directives anticipées par le modèle national.
- Mener une réflexion avec les médecins traitants sur l'accompagnement pour la rédaction des directives anticipées (objectif et clarté des items).
- Harmoniser les modalités de saisies des souhaits de fin de vie dans NETSoins sur tous les sites.

AXE 5 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

THÈME 5.2 : LE SOUTIEN DES PROCHES ET DES PROFESSIONNELS

Objectifs communs (ANESM) :

- Accompagner les proches (familles, amis) au cours de la fin de vie de leur parent.
- Soutenir les professionnels dans ce rôle d'accompagnement.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Développer les conditions d'accompagnement de la famille.
- Permettre aux professionnels de bénéficier d'un soutien psychologique dans les situations difficiles.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Les proches sont associés à la fin de vie de leur parent autant qu'ils en expriment le souhait. Ils ont la possibilité de veiller le résident quelle que soit le jour et l'heure (installation d'un fauteuil à bascule dans la chambre, mise à disposition d'un salon, possibilité de se restaurer et de se désaltérer).

La souffrance des proches est prise en considération. Selon les besoins exprimés par la famille ou estimés par l'équipe, il est organisé un échange avec des soignants, la cadre, la psychologue qui peut les aider à accepter le départ afin qu'ils puissent accompagner plus sereinement leur parent dans ses derniers moments, le médecin coordonnateur... Si besoin, l'équipe oriente les proches vers des consultations spécialisées ou organise une rencontre avec l'équipe mobile de soins palliatifs.

Concernant l'équipe, des actions de soutien sont organisées au cas par cas, selon les difficultés rencontrées : groupe de parole, échange lors des transmissions avec la psychologue, recours à un intervenant externe... La rédaction d'une carte de condoléances en lien avec la psychologue aide certains soignants à "faire leur deuil". Les collègues sont également des aidants. L'établissement a par ailleurs souscrit à une plateforme d'écoute téléphonique dont le numéro est accessible à tous les personnels, 24H/24 et 7J/7, mais celle-ci est peu utilisée.

Lorsque l'accompagnement est difficile pour les soignants, l'équipe mobile d'accompagnement en soins de support et palliatifs est sollicitée.

Effets constatés pour les usagers :

Une enquête est systématiquement transmise au référent familial dans les semaines suivant le décès. Entre sa mise en place en 2014 et septembre 2018, 15 proches ont retourné le questionnaire renseigné pour 49 résidents décédés, soit un taux de retour moyen de 31%. Selon les répondants :

- les souhaits du résident ont été recueillis pour 92%, et toujours respectés le cas échéant,
- leurs propres souhaits ont été recueillis pour 100% et toujours respectés le cas échéant,
- leur souffrance psychique a été prise en compte pour 92%,
- 93% ont été satisfaits des conditions matérielles mises à leur disposition,
- **100% ont été globalement satisfaits de l'accompagnement par nos équipes, pour leur proche et eux-mêmes.**

Sur 6 des questionnaires retournés étaient écrits des remerciements à l'attention des équipes pour la gentillesse, le professionnalisme et les attentions prodiguées.

Points forts :

- Diffusion d'une enquête à l'attention des proches après le décès.
- Présence d'une psychologue une journée par semaine sur le site pour les résidents et les proches.
- Recours possible à l'EMASSP pour les accompagnements de fin de vie difficiles.
- Intervention sur demande d'un psychologue auprès des équipes.

Actions d'amélioration :

- Identifier les associations de soutien aux familles existant sur le secteur.
- Promouvoir la plateforme d'écoute auprès des personnels.
- Analyser les statistiques d'utilisation de la plateforme d'écoute en CHSCT.

3.2 Le plan d'amélioration du service rendu

Un plan d'actions pluriannuel unique pour les Résidences *Les Ligériennes* a été défini pour 2015 à 2019 à partir des résultats des évaluations internes et externes, des objectifs des conventions tripartites actuelles et des différents audits réalisés sur les sites. Pour chaque action sont définis une échéance et un indicateur, si possible associé à une cible, permettant de vérifier l'effectivité et/ou l'efficacité de l'action.

Un nouveau plan d'actions sera établi lors de l'actualisation du Projet d'Établissement, qui devra intégrer les résultats de la présente évaluation et de la contractualisation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Les actions proposées dans les tableaux ci-avant et reprises ci-dessous seront soit ajoutées au plan d'actions 2015-2019, soit intégrées au plan 2020-2024.

Intitulé de l'action :	Pilote(s)	Calendrier
AXE 1 : LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS		
Développer les visites de préadmission par un représentant de l'équipe soignante.	Cadres de santé	2019-2024
Harmoniser les modalités d'accueil sur tous les sites et actualiser la procédure liée.	Équipe de direction	2019-2020
Intégrer la surveillance liée aux contentions au plan de soins informatisé.	Cadres de santé	2019-2020
Réaliser effectivement trois séances du CVS par an et augmenter le temps de paroles des représentants des usagers lors de ces séances.	Équipe de direction	2019-2024
Systématiser la présentation d'un bilan annuel des réclamations et remerciements en CVS.	Équipe de direction	2019-2024
Formaliser l'organisation existante pour le recueil et le traitement des plaintes et réclamations.	Équipe qualité	2019
AXE 2 : LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ ET LA VULNÉRABILITÉ DES RÉSIDENTS		
Promouvoir les protocoles relatifs à la prévention et la prise en soins de la douleur et l'utilisation des échelles d'évaluation auprès des professionnels.	Médecins coordonnateurs	2020
Harmoniser les pratiques entre les sites concernant la traçabilité des résultats d'évaluation dans le dossier de soins informatisé.	Cadres de santé	2019-2020
Mener une réflexion sur l'accompagnement de la douleur psychique du résident.	CLUD	2020-2021
Actualiser et compléter les protocoles relatifs aux chutes en prenant en compte les apports de la philosophie Humanitude.	Commission des chutes	2019-2020
Mener une réflexion sur le calcul et la traçabilité des temps de verticalisation journaliers.	Commission des chutes	2019-2020
Inscrire un infirmier des Résidences *Les Ligériennes* (référent pour les 4 sites) au DU « Plaies et cicatrisations ».	Équipe de direction	2019-2020
Actualiser la procédure de prévention et de prise en soins des escarres en intégrant des modalités de réévaluation du risque et de suivi des escarres constituées communes pour tous les sites.	Médecins coordonnateurs	2019-2024
Mener une réflexion sur la formation des personnels remplaçants aux positions de confort.	Groupes ress. Humanitude	2019-2020
Mener une réflexion sur l'utilisation des huiles essentielles dans la prise en soins des escarres constituées.	Médecins coordonnateurs	2020-2024
Formaliser la fiche mission des référents nutrition.	CLAN	2019-2020
Promouvoir le renseignement de la fiche d'évaluation nutritionnelle.	CLAN	2019-2020
Menez une réflexion sur la pertinence des repas prescrits.	CLAN	2019-2020
Poursuivre la formalisation des modalités de dépistage et d'accompagnement des résidents susceptible de présenter des troubles du comportement.	Psychologue	2019-2020

Intitulé de l'action :	Pilote(s)	Calendrier
Engager une réflexion avec les médecins libéraux sur la pertinence des prescriptions de neuroleptiques pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.	Médecins coordonnateurs	2019-2024
Poursuivre la formalisation des protocoles relatifs à la maitrise du risque infectieux.	Équipe qualité	2019-2024
Actualiser le protocole relatif aux précautions « standard ».	Équipe qualité	2019
Promouvoir la prescription des précautions complémentaires auprès des médecins traitants.	Médecins coordonnateurs	2018-2020
Mener une réflexion sur la place des intervenants libéraux dans l'accueil du résident et aux réunions pluridisciplinaires.	Médecins coordonnateurs	2019-2024
Mener une réflexion sur l'implication des intervenants libéraux dans la préparation et l'animation de la commission de coordination gériatrique.	Médecins coordonnateurs	2019-2024
Poursuivre le travail engagé pour sécuriser le circuit du médicament.	Cadres de santé	2020-2024
AXE 3 : LE MAINTIEN DES CAPACITÉS DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION DE DÉPENDANCE		
Poursuivre la réflexion sur la sensibilisation aux principes Humanitude pour les personnels remplaçants.	Groupes ress. Humanitude	2019-2020
Mener une réflexion sur les aménagements possibles pour faciliter les déplacements en autonomie des résidents malvoyants ou non-voyants.	Équipe de direction	2020-2024
Définir et formaliser une organisation permettant d'optimiser la réalisation, le suivi et la réévaluation des toilettes évaluatives et prescrites.	Groupes ress. Humanitude	2019-2020
Harmoniser l'intégration des toilettes prescrites dans les plans de soins sur tous les sites et mener une réflexion sur l'intégration de la classification « debout assis couché ».	Cadres de santé	2019-2020
AXE 4 : LA PRISE EN COMPTE PERSONNALISÉE DES BESOINS ET DES ATTENTES		
Revoir les modalités de présentation du référent et de ses missions lors de l'accueil du résident.	Cadres de santé	2019-2020
Définir des modalités d'intégration des PAP au dossier de soins informatisé communes à tous les sites et actualiser les documents liés.	Groupes ress. Humanitude	2019-2020
Systématiser la traçabilité de l'adhésion du résident à son PAP dans le logiciel NETSoins.	Cadres de santé	2019-2020
Mener à terme l'élaboration du projet d'animation et de maintien de la vie sociale et rendre effective son annexion au Projet d'Établissement 2020-2024 et sa diffusion.	Équipe d'animateurs	2019
Mener une réflexion sur l'isolement volontaire de certains résidents : identifier les causes et proposer si possible des alternatives.	Groupes ress. Humanitude	2020-2024
AXE 5 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE		
Remplacer le formulaire interne pour la rédaction des directives anticipées par le modèle national.	Équipe de direction	2018-2019
Mener une réflexion avec les médecins traitants sur l'accompagnement pour la rédaction des directives anticipées (objectif et clarté des items).	Médecins coordonnateurs	2019-2024
Harmoniser les modalités de saisies des souhaits de fin de vie dans NETSoins sur tous les sites.	Équipe de direction	2019-2020
Identifier les associations de soutien aux familles existant sur le secteur (CASSPA).	Cadre supérieur de santé	2019-2020
Promouvoir la plateforme d'écoute auprès des personnels.	Équipe de direction	2019-2020
Analyser les statistiques d'utilisation de la plateforme d'écoute en CHSCT.	CHSCT	2019-2020

3.3 La mise en œuvre du plan d'amélioration

3.3.1 L'organisation et le management

Le plan d'actions pluriannuel spécifie pour chaque action au moins un pilote chargé de veiller à sa mise en œuvre. La directrice adjointe, le médecin coordonnateur, la cadre de santé et la responsable qualité, de par leur fonction et leurs compétences respectives, sont les piliers de la mise en œuvre du plan.

Un suivi est assuré par les membres du comité de pilotage Humanitude et qualité, commun à tous les sites des Résidences *Les Ligériennes*, qui se réunit au minimum deux fois par an, évalue l'avancement du plan, identifie les difficultés éventuelles et définit si besoin des moyens supplémentaires.

Les membres du comité valident un rapport annuel d'activité reprenant le nombre de réunions effectives, la participation, les commissions et les groupes de travail en place, les actions réalisées sur l'année et en cours, le taux d'avancement du plan d'actions pluriannuel et les axes de travail pour l'année suivante, ainsi que quelques indicateurs choisis.

3.3.2 Les moyens mobilisés ou à mobiliser

Les moyens humains, matériels et financiers pouvant être mobilisés par l'établissement sont liés aux moyens accordés par la convention tripartite et pourront faire l'objet de demandes spécifiques lors de la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Des commissions, des groupes de travail thématiques et/ou des référents identifiés sont mobilisés en fonction des besoins.

Les résidents, les représentants des familles, les bénévoles et les intervenants externes (professionnels de santé ou prestataires de services) sont associés lorsque nécessaire, sur la base du volontariat.

3.4 L'information et la communication

Les membres du Conseil d'administration et du Conseil de la vie sociale seront informés des résultats et des suites données à la démarche à travers notamment :

- la présentation du rapport d'Évaluation Interne lors des séances de décembre 2018,
- la transmission du rapport d'activité annuel du comité de pilotage Humanitude et qualité.

L'information des résidents, des familles et des professionnels pourra être effective à travers :

- des réunions d'information, des présentations,
- la mise à disposition des rapports précités et des documents liés,
- des affiches, courriers et/ou notes d'information.

Le présent rapport sera également consultable, après sa validation par les instances, sur le site Internet des Résidences *Les Ligériennes*.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'Évaluation Interne a permis à l'établissement de faire le bilan des actions engagées, d'évaluer le niveau de connaissance et d'application des mesures en place et de recenser de nouveaux axes d'amélioration. Ceci contribuera à maintenir la dynamique d'amélioration continue de la qualité.

D'ores et déjà, des priorités sont fixées pour les deux années à venir :

- **Préparer la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;**
  Ce qui signifie en termes d'objectifs :
  - rédiger un Projet d'Établissement 2020-2024 unique pour les Résidences *Les Ligériennes* prenant en compte les résultats des Évaluations Internes de chaque site,
  - établir un nouveau plan d'actions pluriannuel en lien avec ce nouveau Projet d'Établissement.
- **Poursuivre la démarche d'amélioration et de personnalisation de l'accompagnement ;**
  - assoir le déploiement de la démarche Humanitude en se fixant des objectifs pertinents et atteignables,
  - maintenir une organisation permettant l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé,
  - mener une réflexion sur la qualité de vie au travail,
  - développer la communication autour de la démarche Humanitude (suivi et diffusion des indicateurs…).
- **Poursuivre la démarche d'amélioration de la sécurité des soins ;**
  - pérenniser le fonctionnement des commissions existantes (CLUD, CLAN, commission des chutes…),
  - renouveler l'audit sur le circuit du médicament avec l'outil proposé par l'ANAP[17] et poursuivre les actions visant à le sécuriser,
  - former une équipe opérationnelle d'hygiène intersites dans le cadre de la maitrise du risque infectieux,
  - développer la politique d'évaluation des pratiques professionnelles.

[17] Agence nationale d'appui à la performance.

ANNEXES

1. Référentiel ASSHUMEVIE élargi renseigné entre mars et septembre 2018

2. Résultats des dernières enquêtes de satisfaction menées auprès des résidents

3. Résultats des dernières enquêtes de satisfaction menées auprès des proches

4. Référentiel du GREPHH relatif à la maitrise du risque infectieux renseigné en mars 2017

5. Grilles de l'audit « Circuit du médicament » renseignées en septembre 2017