ÉVALUATION INTERNE 2017

EHPAD Résidence *Le Havre Ligérien*

1 rue Mailly - 49570 Montjean sur Loire

Rapport du 13 octobre 2017

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 14
2.1 Le protocole d'évaluation 14
2.2 Les acteurs impliqués dans la démarche 15
2.3 Les informations et outils utilisés 16
PARTIE 3 : LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION INTERNE 19
3.1 La synthèse des principaux constats 19
3.2 Le plan d'amélioration du service rendu 37
3.3 La mise en œuvre du plan d'amélioration 38
3.3.1 L'organisation et le management 38
3.3.2 Les moyens mobilisés ou à mobiliser 38
3.4 L'information et la communication 39
CONCLUSION ET PERSPECTIVES 39
ANNEXES 40

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 : Réseau hygiène Anjou éviction et lutte contre les infections nosocomiales

ARLIN : Antenne régionale de 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

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

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

SLAE : Structure locale d'appui et d'expertise

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 :

L'acte de naissance de l'établissement, alors nommé « Hôpital-Hospice », semble daté du 17 avril 1876. Le premier pensionnaire est accueilli le 20 février 1911, au 3 rue Beauséjour de la commune de Montjean sur Loire. En 1982, la structure, devenue « maison de retraite », s'agrandit d'un nouveau bâtiment dans un but d'humanisation des locaux existants. Elle accueille alors 52 résidents en chambres individuelles ou doubles.

En 2006, un projet de reconstruction totale est décidé, en lien avec Habitat 49, bailleur de l'établissement. Rebaptisée Résidence *Le Havre Ligérien*, la nouvelle structure ouvre en juin 2010, au 1 rue de Mailly. Elle est désormais un EHPAD[1] offrant, dans un environnement verdoyant, 60 lits d'hébergement permanent dont 10 en unité fermée (UPAD[2]) permettant d'accueillir des résidents atteints de la maladie Alzheimer et maladies apparentées.

L'établissement est habilité à l'aide sociale départementale et conventionné afin que les résidents puissent percevoir l'aide personnalisée au logement (APL).

En 2007 débute une collaboration étroite avec les EHPAD de La Possonnière, Saint Georges sur Loire (alors Hôpital Local) et Savennières, amenant à la mutualisation de plusieurs professionnels (qualiticienne, psychologue, ergothérapeute, diététicienne) et la création d'instances opérationnelles communes (CLUD[3], CLAN[4], Commission de coordination gérontologique, Comité de pilotage qualité…). Cette collaboration est renforcée avec la signature d'une convention de direction commune avec effet 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*. Dans la continuité des actions entreprises ces dix dernières années, une démarche de fusion est en cours pour l'association de la Résidence *Le Havre Ligérien* à cette nouvelle entité juridique.

Au fil des années, l'établissement a établi d'autres partenariats avec des établissements proches comme l'EHPAD de Champtocé sur Loire, initialement concerné par les mutualisations, et 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] Unité pour Personnes Âgées Désorientées

[3] Comité de Lutte contre la Douleur

[4] Comité de Liaison Alimentation Nutrition

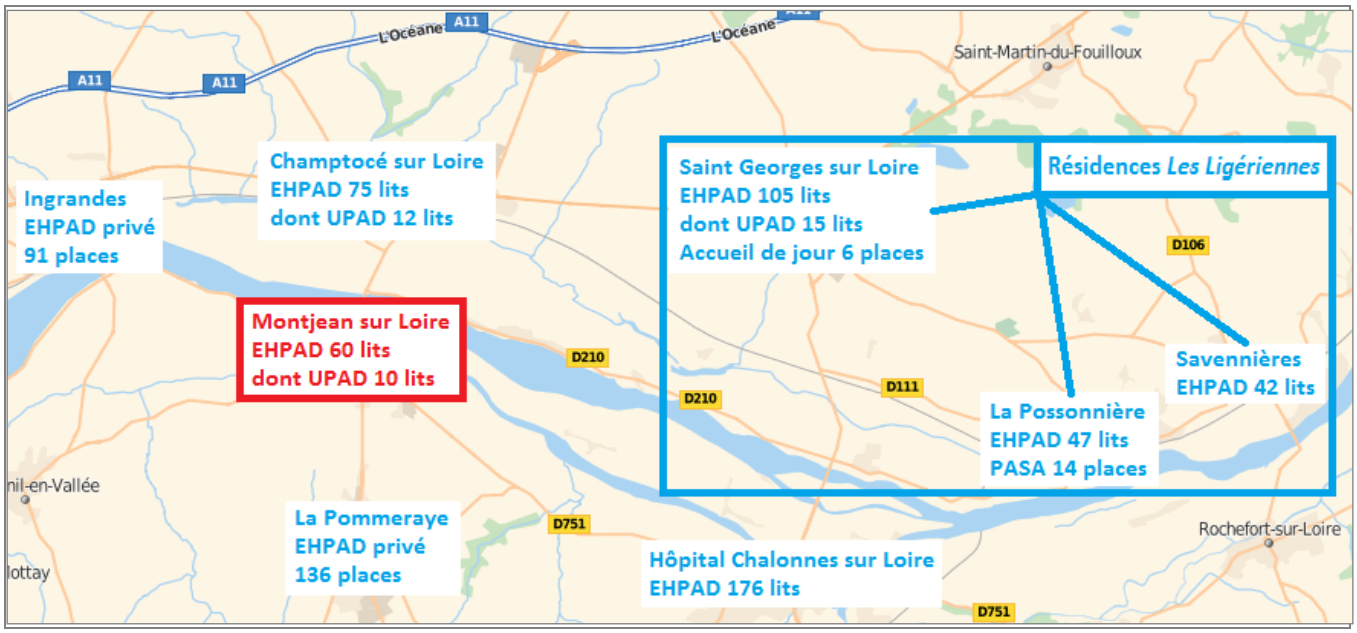
Implantation géographique :

Montjean sur Loire est une commune d'un peu plus de 3000 habitants, située au bord de la Loire, à environ 30 kilomètres d'Angers et 65 kilomètres de Nantes. Le tourisme y est développé au travers de symposium de sculptures monumentales, d'expositions de peintures, d'activités telles que « La Loire à vélo »…

Aujourd'hui rattachée à la ville de Mauges sur Loire, la commune relève du canton de Saint Florent Le Vieil.

La Résidence *Le Havre Ligérien* est implantée en retrait de la route principale menant à Chalonnes sur Loire, sur une superficie d'un hectare. Cette parcelle est située sur les hauteurs de la commune, dans un quartier calme et résidentiel composé de résidences individuelles et de maisons « Vivre son âge ».

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 deux mois. En dehors de cette intervention, l'équipe soignante du CESAME s'engage à répondre aux demandes d'aide et de conseils émanent 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 *Le Havre Ligérien*.

Il existe également des partenariats avec le service d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) de Montjean sur Loire, le centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC) des pays des Mauges et le foyer Logement *L'Amandier* à Montjean sur Loire.

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

Enfin, l'établissement adhère à la SLAE[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 unique, sur deux niveaux, répondant aux normes incendie en vigueur.

REZ-DE-CHAUSSÉE	1ER ÉTAGE
- hall d'entrée, accueil et bureaux des administratifs, - pôle soins avec bureaux, cabinet médical, salle de transmissions, salle de soins et local pharmacie, - unité protégée de 10 chambres individuelles, avec salle d'activité, espace repas et office, salle de soins, espace Snoezelen et jardin d'agrément clos, - salle de restaurant avec espace réservé aux invités, cuisine, office et laverie, - salle polyvalente pour les animations et les offices religieux, salon de coiffure, - locaux techniques divers (lingerie, réserves, atelier, local déchets…), - salle de recueillement avec accès extérieur direct et salon réservé à la famille, - locaux du personnel (vestiaires, salle de pause).	- 50 chambres individuelles dont 8 communicantes, d'une superficie moyenne de 21,4 m², cabinet inclus. - deux salons avec office permettant la prise des petits déjeuners, de se retrouver en famille, de jouer aux cartes ou à des jeux de société, de réaliser des ateliers cuisine... - des espaces de repos ou convivialité avec fauteuils, - une salle de bains collective avec baignoire à ouverture latérale pour les personnes dépendantes, - une salle de bains collective avec baignoire à ultrasons, - deux salles de soins, des locaux de rangement…

Chaque chambre est équipée d'un lit médicalisé, d'une sonnette, de prises pour le téléphone, Internet et la télévision, de volets roulants électriques, d'un rail plafonnier pour lève personne (à l'exception des chambres de l'UPAD) et d'un cabinet de toilettes aux normes d'accessibilité handicapé avec douche sans receveur, toilettes et plan vasque d'une surface de 3,7 m². Les résidents du 1er étage disposent également d'une loggia d'environ 2,7 m², soit une surface privative moyenne de 24,2 m².

Le 1er étage de la résidence est desservi par trois ascenseurs accessibles aux personnes à mobilité réduite et un escalier central.

Le parking compte une place identifiée pour les personnes à mobilité réduite.

Les extérieurs sont aménagés avec une terrasse, une zone de jardinage, une aire de jeux pour enfants, un bassin d'agrément, un terrain de pétanque et des chemins de promenade.

[5] Structure locale d'appui et d'expertise.

Ressources humaines :

La structure compte une cinquantaine de salariés avec une moyenne d'âge d'environ 40 ans. Le tableau ci-après présente, en équivalents temps plein (ETP), les effectifs autorisés par la convention tripartite en cours. Le ratio d'encadrement (R) est calculé selon la formule R = ETP / Nombre de lits.

Catégorie	Hébergement	Dépendance	Soins	Total	*Ratio
Charge de direction	0,45			0,45	0,01
Administration, qualité, informatique	2,30			2,30	0,04
Cuisine *Contrat aidé*	2,00 *0,50*			2,00 -	0,03 -
Service technique	1,00			1,00	0,02
Animation	1,00			1,00	0,02
Agents de service hospitaliers qualifiés *Contrat avenir*	7,35 *1,00*	3,15 -		10,5 -	0,18 -
Psychologue		0,30		0,30	0,01
Aides-soignants et aides médico-psychologiques		4,05	9,45	13,50	0,23
Infirmiers			2,50	2,50	0,04
Ergothérapeute			0,10	0,10	0,00
Diététicienne (vacations)	*0,10*			*0,10*	*0,00*
Médecin coordonnateur			0,20	0,20	0,00
Cadre de santé			1,00	1,00	0,02
Total *(hors contrats aidé et avenir)*	14,20	7,50	13,25	**34,95**	**0,58**

**ETP/60 lits*

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

La résidence *Le Havre Ligérien* est un lieu de vie qui a 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 son organisation. En janvier 2011, l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire et le Conseil départemental du Maine et Loire ont validé par arrêté les éléments ci-dessous :

- extension de la capacité d'accueil de la résidence à 60 lits d'hébergement permanent dont 10 en unité pour personnes âgées désorientées,
- autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux au titre de l'extension,
- habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

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 2012-2016, actuellement en cours d'actualisation, 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 27 décembre 2006 pour une prise d'effet au 1er janvier 2007. Cette convention a fait l'objet d'un avenant signé le 27 mai 2008.

La convention actuellement en cours a été signée en décembre 2012 pour une prise d'effet au 1er janvier 2013. La direction s'est engagée à atteindre 45 objectifs, repris par thème ci-dessous. Au 1er juillet 2017, 78 % des actions ont été totalement réalisées.

Droits des résidents et prestations d'accompagnement des soins :

Objectifs réalisés :

- Actualiser les documents institutionnels.
- Réaliser et renouveler les enquêtes de satisfaction.
- Réaliser des enquêtes permettant d'évaluer la procédure d'accueil.
- Mettre en place une commission d'admission.
- Maintenir l'organisation de 3 réunions du Conseil de la vie sociale (CVS) par an.
- Élaborer et mettre en place le recueil des souhaits de fin de vie du résident dès l'entrée dans l'établissement.
- Améliorer la formation des personnels à la fin de vie.
- Rédiger un protocole de prévention des actes de maltraitance.
- Proposer à tous les résidents au moins une douche par semaine.
- Formaliser les protocoles relatifs aux toilettes, bains et douches.
- Améliorer la prise en charge, l'organisation humaine par le recrutement de 2 aides-soignants et 1 ASG.
- Organiser une réévaluation régulière des PVI.
- Former les professionnels sur le rôle des référents.
- Intégrer un volet hygiène bucco-dentaire et corporelle dans les PVI.
- Réaliser des sessions d'information sur les évènements indésirables.
- Mettre en place un projet d'animation permettant l'implication de l'usager et de sa famille, ainsi qu'une ouverture constante et totale vers l'extérieur.
- Poursuivre le travail engagé sur les chutes et l'incontinence.
- Financement de 0,50 ETP d'infirmier, 0,10 ETP d'ergothérapeute et 0,10 ETP de médecin coordonnateur.
- Supprimer le financement de 2 ETP d'agents de service hospitalier afin d'améliorer la qualité des intervenants et permettre le recrutement de 3 ETP d'aides-soignants.
- Rencontrer les familles au moins une fois par an.
- Renforcer et élargir les missions du psychologue auprès des résidents et des personnels (+ 0,10 ETP en 2013 et + 0,10 ETP en 2014).
- Intégrer la promotion de la bientraitance dans le plan de formation.
- Mettre en place la commission de coordination gérontologique.

Objectifs partiellement réalisés :

- Mettre en pratique le questionnement éthique des salariés.
- Mettre en place une procédure de gestion des plaintes.
- Rédiger le protocole sur les contentions et l'incontinence.
- Rédiger un projet de vie et de soins personnalisés pour l'ensemble des résidents.
- Appliquer le plan d'actions global issu de l'évaluation interne.

Objectifs non réalisés :

- Signer une convention de prestation de service avec l'officine dispensant les médicaments.
- Signer le contrat de coordination des intervenants libéraux avec les médecins traitants.

Qualité des espaces :

Objectifs partiellement réalisés :

- Permettre l'accessibilité constante à l'établissement, extérieure ou intérieure.
- Appliquer le plan d'actions global issu de l'évaluation interne.

Qualité de la restauration et de l'hôtellerie :

Objectifs réalisés :

- Modifier l'organisation humaine pour réduire le temps de jeûne entre le dîner et le petit déjeuner.
- Améliorer l'organisation et le pôle administratif : recrutement de 0,50 ETP d'agent administratif.
- Rénover les fiches de postes, principalement AS/ASH et ASH.
- Réorganiser les plannings suite aux recrutements autorisés.
- Pour l'organisation humaine, l'amélioration du service des repas et la professionnalisation de l'activité Ménage, recruter 1 ETP ASH en lieu et place des contrats aidés.
- Appliquer le plan d'actions global issu de l'évaluation interne.

L'établissement et son environnement :

Objectifs réalisés :

- Se rapprocher de l'EHPAD St Louis de St Georges sur Loire – Travail de rapprochement et direction commune.
- Renforcer les partenariats avec les intervenants bénévoles et signature d'une charte.
- Développer la prestation d'accompagnement : 0,50 ETP d'animateur pour structurer, adapter et diversifier le projet d'animation.
- Conserver et étendre les relations propres aux interlocuteurs locaux.
- Maintenir et développer les partenariats et mutualisations ou partages avec les EHPAD environnants.
- Financement de 0,10 ETP d'informaticien, de 0,20 ETP de qualiticienne, de 0,10 ETP de diététicienne.
- Appliquer le plan d'actions global issu de l'évaluation interne.

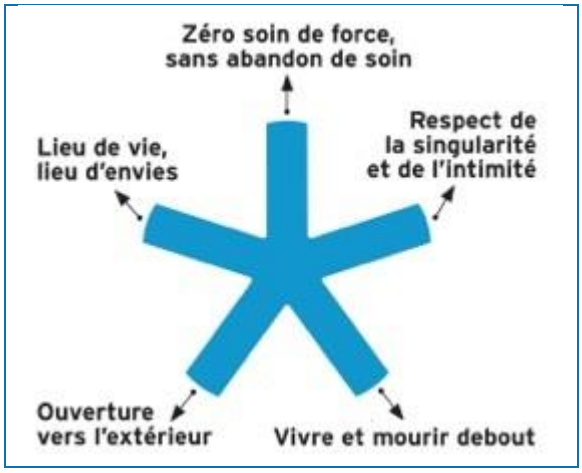
1.1.4 Les valeurs de la Résidence

L'établissement a lancé en 2015 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 :



Afin de valoriser les actions mises en œuvre dans le cadre de l'Humanitude, la résidence s'est engagée en mars 2017 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 2013-2017 a été rédigé en parallèle de l'Évaluation Interne réalisée courant 2012 et sur la base des éléments recueillis par les groupes pluridisciplinaires. Il comprend un volet général, un volet soins formalisé par le cadre de santé sur la base du travail des groupes d'évaluation interne, un volet vie sociale et animation formalisé par l'animateur. Le volet social est un extrait de la grille d'évaluation interne utilisée, le volet appelé « Projet de vie » est une procédure standard d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé.

Le volet général du Projet d'Établissement 2013-2017 reprend les axes de travail définis comme prioritaires lors de l'Évaluation Interne 2012 :

a) L'accueil : poursuivre l'accueil suivant les modalités définies dans la procédure.
b) La personnalisation de l'accompagnement avec le projet d'accompagnement personnalisé pour tous les résidents avec les référents.
c) Le déploiement d'activités pour tous les résidents avec une participation de tous les professionnels et un lien avec le projet d'accompagnement du résident.
d) La participation des familles et la structuration de l'action des bénévoles.
e) Dans le cadre du projet de soins, formalisation de protocoles (évaluation du risque de chutes, suivi du risque escarre, suivi et prise en charge du résident dénutri ou à risque de dénutrition, prescription et suivi des repas mixés, hygiène bucco-dentaire, évaluation gériatrique, conduites à tenir devant des troubles du comportement, hygiène et entretien des locaux…).

Par ailleurs, sont cités comme axes stratégiques :

PROJET DE VIE

- Une place essentielle donnée à l'accueil et l'intégration du nouveau résident.
- Une politique de personnalisation de l'accompagnement durant toute la période d'accompagnement dans l'établissement.
- Une ouverture de l'établissement vers la ville.
- Un positionnement de l'établissement dans son environnement.

PROJET DE VIE SOCIALE ET D'ANIMATION

- Une politique de participation des familles et de l'entourage.
- Une ouverture sur la vie sociale et une vie sociale par tous et pour tous.
- Une implication de tous les professionnels à cette vie sociale.

PROJET DE SOINS

- Un partenariat avec les médecins traitants et les pharmaciens pour limiter le risque médicamenteux.
- Une recherche permanente de qualité des soins grâce à des compétences professionnelles adaptées et réajustées.
- Une réflexion éthique partagée.

PROJET SOCIAL

- Une politique de bientraitance respectueuse des professionnels dans leur compétence et respectueuse des droits des résidents.
- Un management concerté qui facilite l'écoute et l'expression avec une mise en place de réunions de directions, de réunions d'équipes de soins et de rencontres inter-équipes.
- Une reconnaissance de chacun dans sa compétence et dans sa spécificité.

La non-conformité du Projet d'Établissement 2013-2017 à la recommandation de bonne pratique *« Élaboration, rédaction et animation du Projet d'Établissement ou de service »* publiée par l'ANESM[6] en décembre 2009 a été relevée au cours de la visite d'Évaluation Externe réalisée en 2014 et soulignée à l'occasion du dialogue de gestion engagé en 2015 dans le cadre du suivi de la convention tripartite. La rédaction du nouveau document était initialement planifiée au second semestre 2017. Cette démarche a été reportée à 2018, dans la perspective de la fusion avec les Résidences *Les Ligériennes*.

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

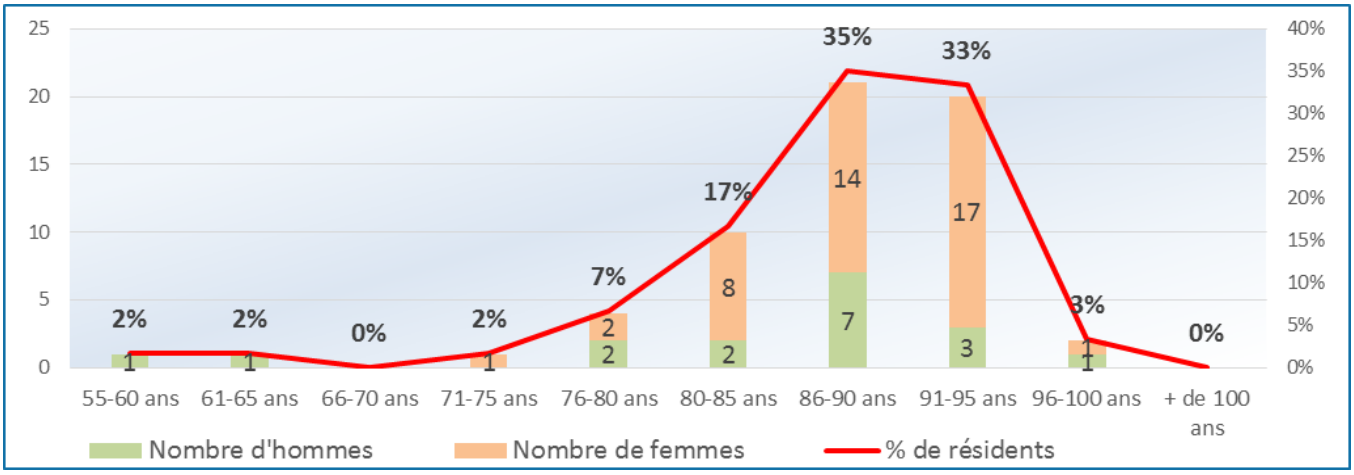
1.2 Les caractéristiques des personnes hébergées

1.2.1 Données démographiques et sociales

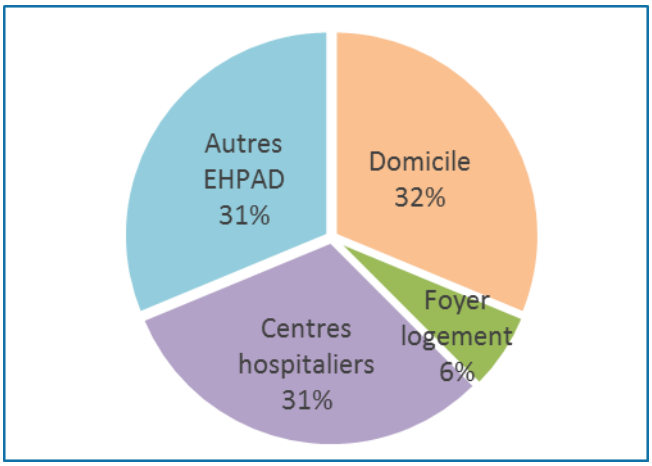
L'établissement accueille des personnes âgées de plus de 60 ans, principalement dépendantes et originaires du bassin local :

	2012	2013	2014	2015	2016
Moyenne d'âge à l'entrée :	-	-	85,24 ans	86,17 ans	82,06 ans
Moyenne d'âge générale :	**84,26 ans**	**85,45 ans**	**86,75 ans**	**87,48 ans**	**87,33 ans**
Amplitude (plus jeune - plus âgé) :	-	65 - 100 ans	72 - 100 ans	67 - 101 ans	60 - 99 ans
Nombres hommes/femmes :	15/45	20/39	15/44	14/46	17/43
Bénéficiaires de l'aide sociale :	**35,0 %**	**32,2 %**	**25,4 %**	**25,0 %**	**26,7 %**
Taux de rotation (entrées/capacité) :	0,30	0,27	0,35	0,20	0,27
Durée moyenne de séjour :	-	1825 jours	1440 jours	1592 jours	1553 jours

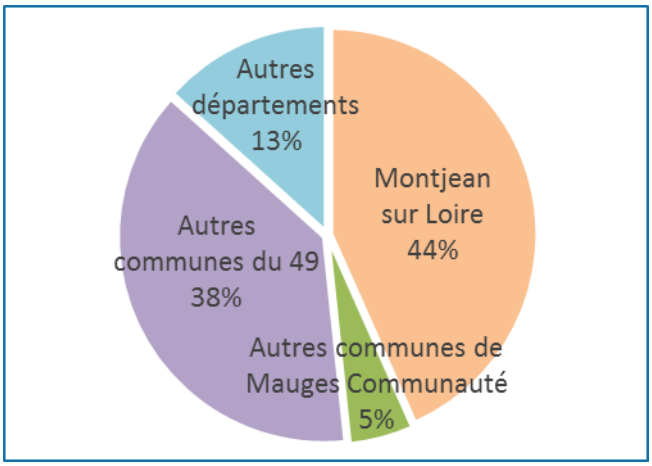
Répartition des résidents par tranches d'âge au 31 décembre 2016 :



Provenance des résidents entrés en 2016 :

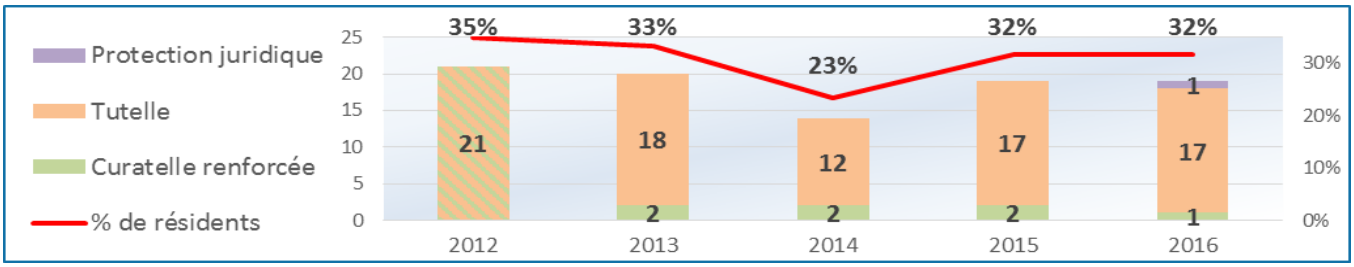


Origines géographiques des résidents entrés en 2016 :

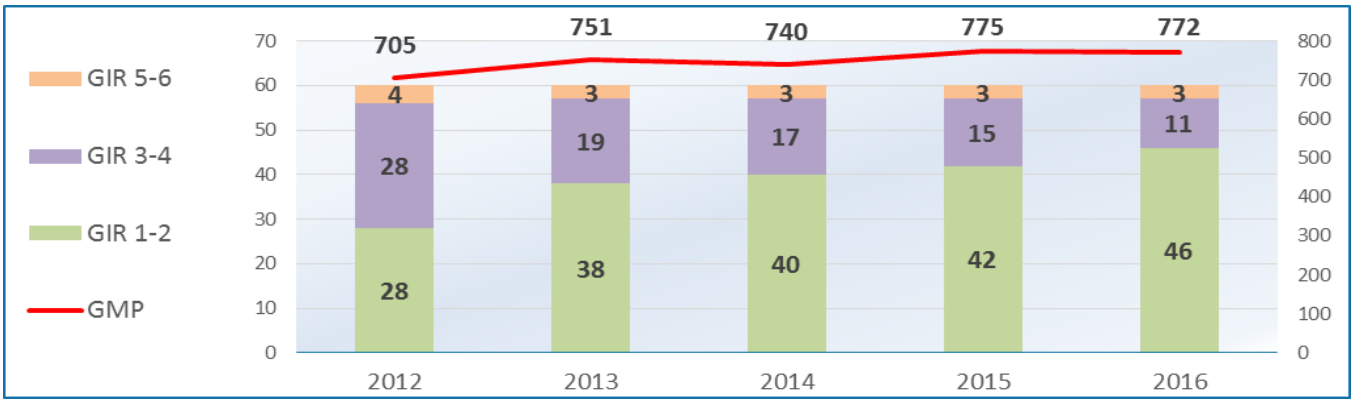


1.2.2 Indicateurs d'autonomie des résidents

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] :



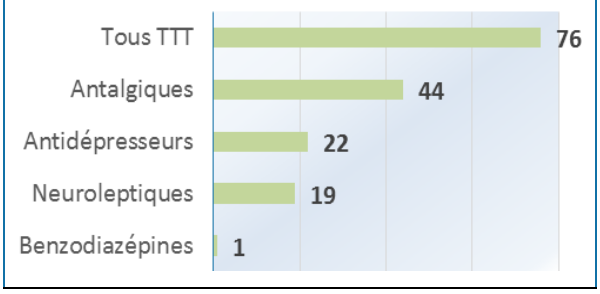
1.2.3 Indicateurs de santé des résidents

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 en 2012 :	**154**

	2014	2015	2016
Nombre total de résidents hébergés sur l'année :	*81*	*72*	*76*
Dont résidents atteints d'**Alzheimer ou d'une maladie apparentée** :	49 **60 %**	49 **68 %**	61 **80 %**
Nombre d'hospitalisations :	**30**	**41**	**20**
Dont non programmées :	*7*	*14*	*15*
Dont la nuit :	*4*	*10*	*11*

Nombre de résidents sous traitements :



[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 la résidence pour les atteindre ont été déclinées sous formes d'axes d'amélioration lors de la précédente Évaluation Interne et dans le Projet de soins 2013-2017 :

Thèmes à évaluer :	Les objectifs (effets attendus pour les résidents) sont :
▪ **La garantie des droits individuels et la participation des résidents**	➢ Développer la place des proches dans le cadre de l'accueil. ➢ Mettre en place des visites de préadmission par le médecin coordonnateur. ➢ Mettre en place des réunions des familles une fois par an. ➢ Organiser et formaliser le recueil des plaintes et des réclamations. ➢ Organiser le suivi de la satisfaction des résidents et de leurs proches. ➢ Inscrire dans le Projet d'Établissement la volonté de déployer une politique de participation.
▪ **La prévention des risques liés à la vulnérabilité des résidents**	➢ Pérenniser, soutenir et systématiser la démarche existante de prévention et prise en soins de la douleur. ➢ Développer, structurer et formaliser la démarche de gestion des chutes. Actualiser le niveau de connaissances et les compétences face aux situations d'urgence. ➢ Développer, organiser et structurer la prévention et la prise en charge des escarres. ➢ Intégrer la prévention et la prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation en tant que dimension à part entière dans les soins. Intégrer l'hygiène bucco-dentaire dans le projet de soins. Intégrer l'alimentation et les repas en tant que dimension du projet de vie et réfléchir à la notion du plaisir de manger. ➢ Appuyer le volet soins sur une évaluation gériatrique initiale globale. Sécuriser les conduites à tenir avec un résident ayant des troubles de l'humeur, des troubles du comportement. Développer le soutien et la réflexion pluridisciplinaire autour des troubles du comportement. Poursuivre le développement du partenariat et de l'ouverture par rapport aux personnes ayant des troubles de l'humeur et/ou du comportement. Redéfinir le rôle des bénévoles auprès des personnes ayant des troubles de l'humeur et/ou du comportement. ➢ Mettre en place un suivi de la satisfaction des résidents par rapport à la prise en charge de leur linge personnel. Sécuriser l'hygiène et l'entretien des locaux. ➢ Traiter le risque lié à l'absence d'oxygène dans l'établissement. Réfléchir aux risques liés à l'absence de pharmacie à usage interne.
▪ **Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance**	➢ Développer la réflexion et les connaissances quant à l'individualisation des aides techniques à apporter au résident en fonction de son handicap. Sécuriser les abords de l'institution au regard de la praticabilité des allées. ➢ Intégrer la toilette comme dimension à part entière du Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).
▪ **La prise en compte personnalisée des besoins et des attentes**	➢ Inscrire dans la politique de l'établissement la personnalisation de l'accompagnement et généraliser l'élaboration des PAP. ➢ Former les professionnels à l'entretien et au recueil de données. ➢ Développer les objectifs en lien avec la vie sociale. ➢ Définir le rôle et la mission de l'animateur et le cadre de l'action des bénévoles.
▪ **L'accompagnement de la fin de vie**	➢ Sécuriser le recueil des désirs des résidents et de leur entourage pour la fin de vie. ➢ Organiser, structurer et formaliser le questionnement éthique et le soutien des équipes.

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 »*.

1ère Convention Tripartite	2ème Convention Tripartite	1er CPOM[10]

2012	2014	2017	2018-2020
1ère Évaluation Interne Révision du Projet d'Etablissement (PE)	1ère Évaluation Externe	2nde Évaluation Interne	Révision du PE et du plan d'amélioration de la qualité

Depuis 2014 : un plan d'amélioration de la qualité unique avec les Résidences *Les Ligériennes*

Les grandes étapes la démarche :

Phase 1 : **PRÉPARATION COMMUNICATION** 1er trimestre 2017	▪ En comité de pilotage restreint (cf. partie 2.2) : - validation du choix du référentiel (cf. partie 2.3) et de la méthodologie, - établissement de la composition idéale des groupes d'évaluation et planification des rencontres. ▪ Information des professionnels et appel à candidature lors des réunions pluridisciplinaires et par voix affichage. ▪ Invitation d'usagers (résidents et familles) par l'animateur.
Phase 2 : **DIAGNOSTIC** Mars à août 2017	▪ Renseignement des grilles d'évaluation du référentiel ASSHUMEVIE en groupes pluridisciplinaires. ▪ Relecture par la cadre de santé et la responsable qualité.
Phase 3 : **SYNTHÈSE DES RÉSULTATS** 3ème trimestre 2017	▪ Recueil d'éléments complémentaires : indicateurs, étude de documents, audits et enquêtes réalisés en continu et en amont… ▪ Rédaction, relecture et validation du rapport d'évaluation.
Phase 4 : **COMMUNICATION DES RÉSULTATS** 4ème trimestre 2017	▪ 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 acteurs impliqués dans la démarche

Le pilotage de l'évaluation :

Un comité restreint, composé de la directrice adjointe en charge de la qualité, du médecin coordonnateur, de la cadre de santé et de la responsable qualité, a été le garant du lancement et de la bonne marche de la démarche d'Évaluation Interne. Il a notamment établi la méthodologie, choisi le référentiel et planifier les rencontres des groupes d'évaluation.

Les rencontres ont été organisées (appel à candidature, affichage des dates et des participants) et animées par la cadre de santé et la responsable qualité. L'animateur a été sollicité 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 ASSHUMEVIE (cf. partie 2.3) :

- 3 résidentes ont participé chacune à une des neuf rencontres,
- 3 proches (enfants de résidents), dont 1 bénévole, ont participé à la séance dédiée aux maintiens des liens sociaux et à l'ouverture vers l'extérieur.

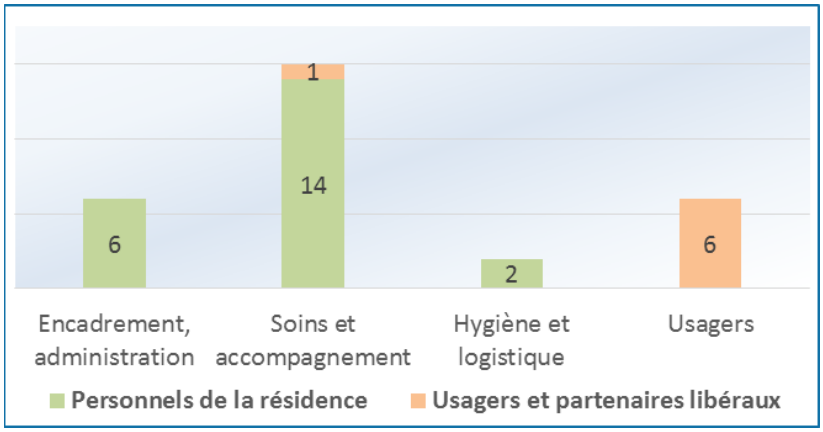
Par ailleurs, résidents et proches sont consultés régulièrement à travers des enquêtes de satisfaction :

Enquêtes réalisées auprès des résidents :	- Enquêtes de satisfaction globale (44 items) en 2012 : 25 répondants. - Enquêtes de satisfaction globale (35 items) en 2015-2016 : 14 répondants. - Enquête continue thématique « accueil » : 15 répondants depuis 2015.
Enquêtes réalisées auprès des proches :	- Enquêtes de satisfaction globale (22 items) : 13 répondants en 2013, 16 répondants en 2014, 20 répondants en 2017. - Enquête continue thématique « décès » : 34 répondants depuis 2013.

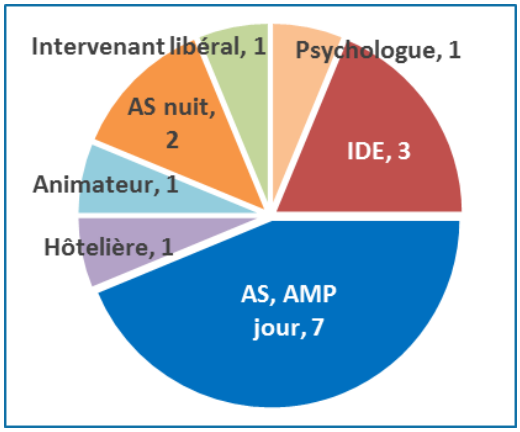
L'association des professionnels :

29 personnes ont participé aux neuf séances visant à renseigner les grilles ASSHUMEVIE, dont 16 salariés de la résidence en plus des membres du comité de pilotage. Chaque rencontre, d'une durée moyenne de 2 heures, fut l'occasion d'échanger sur les pratiques en cours dans la structure.

Profil des participants au renseignement des grilles ASSHUMEVIE :



Fonctions des professionnels de soins :

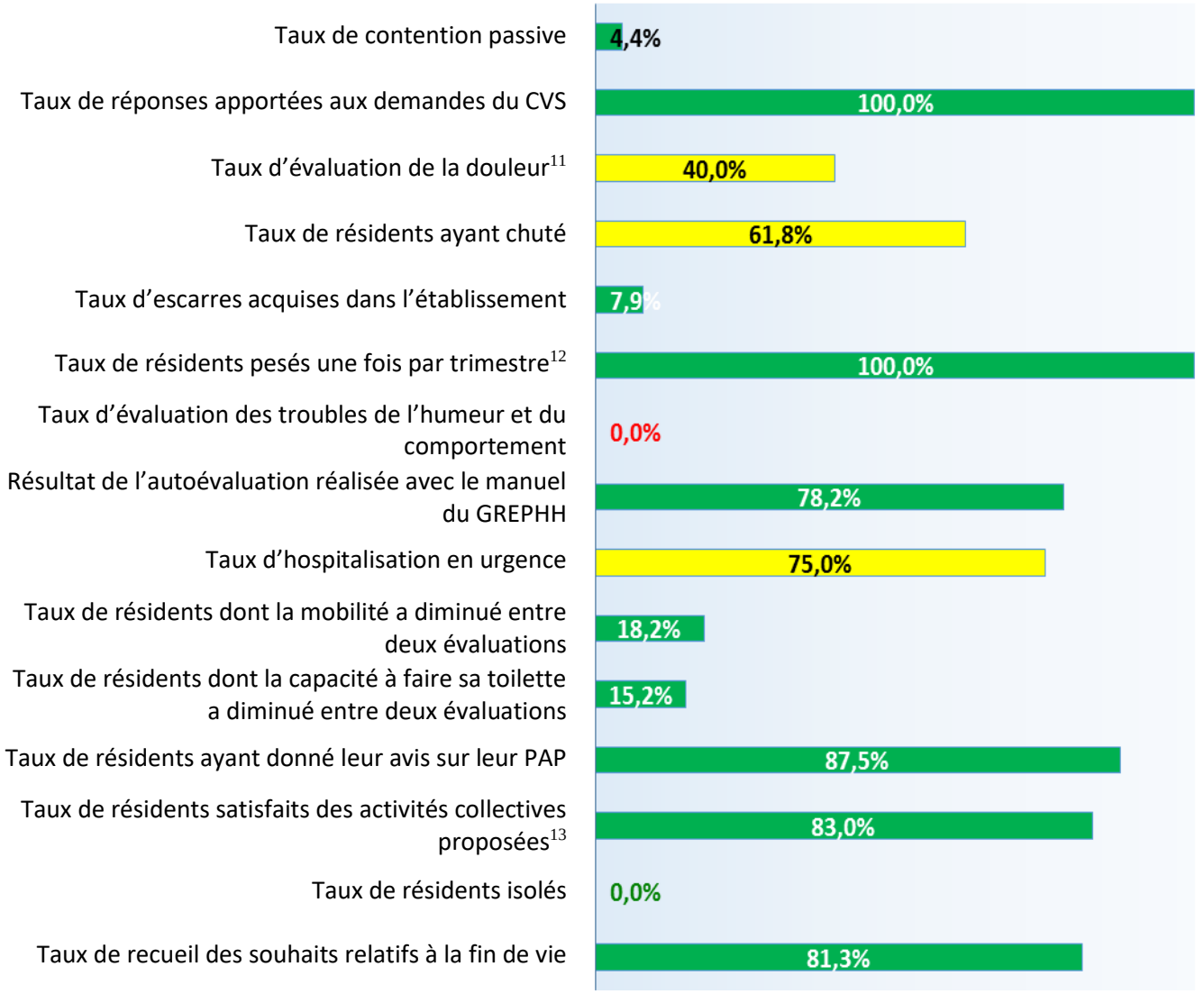


2.3 Les informations et outils utilisés

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 pour certains été revus en fonction des données pouvant être réellement recueillies de façon simple pour l'établissement (cf. partie 3.1).

Valeurs des indicateurs au 2 juillet 2017



[11] Donnée issue des résultats du troisième tour de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) réalisée dans le cadre du comité de lutte contre la douleur (CLUD) en mai 2017 (audit de 20 dossiers soit un tiers des résidents).

[12] La procédure de l'établissement impose une pesée minimale par trimestre pour tous les résidents et une pesée par mois au minimum pour les résidents dénutris ou à risque de dénutrition.

[13] Donnée issue de l'enquête de satisfaction menée en 2016

Les référentiels d'évaluation utilisés :

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

- 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 » fourni par l'Institut Gineste-Marescotti dans le cadre de l'entrée dans la démarche de labellisation Humanitude.

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

Les grilles renseignées du référentiel ASSHUMEVIE 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.

Pour les thèmes relatifs à la prévention et la prise en charge de la douleur et la prévention et la prise en charge de la dénutrition, les résultats des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) menées dans le cadre du CLUD et du CLAN inter-établissements ont été utilisés (cf. annexes 4) :

- EPP « Évaluation de l'état nutritionnel et de l'hygiène buccodentaire » réalisée en mars 2016,
- EPP « Évaluation de la douleur de la personne âgée » réalisée en mai 2017,
- EPP « Conduite et surveillance du traitement antalgique » réalisée en mai 2013.

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 5). Des audits sont réalisés régulièrement concernant l'hygiène des mains (cf. annexes 6).

L'enquête réalisée auprès des partenaires en 2015 (cf. annexe 7) permet de compléter la réflexion sur la continuité des soins et la place donnée aux intervenants libéraux et aux bénévoles.

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 8).

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 :

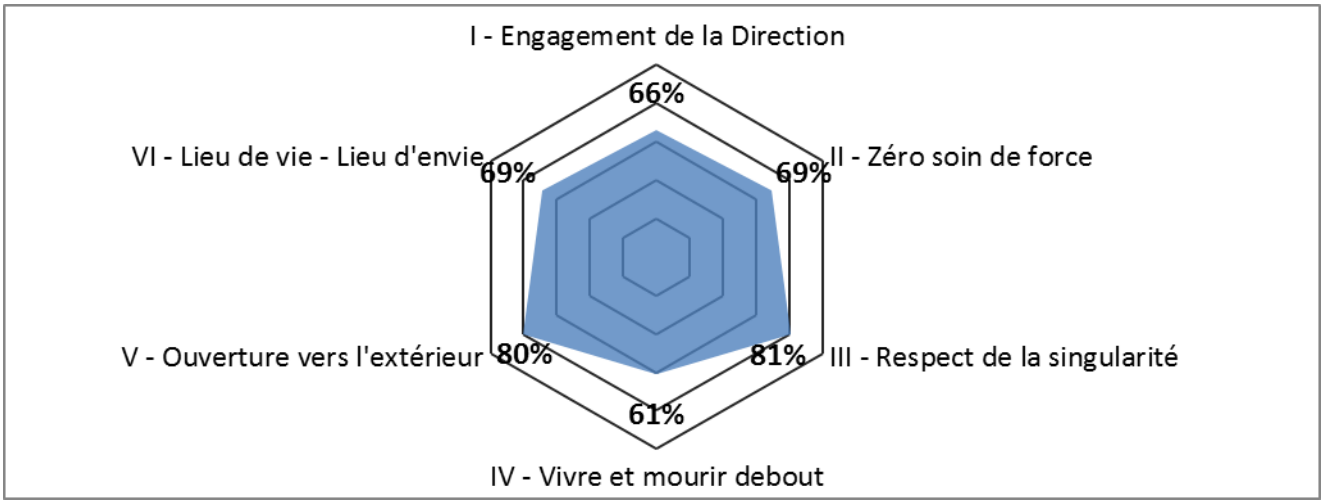
- les rapports d'activités du directeur des années 2013 à 2016,
- le rapport d'activité médicale de l'année 2016,
- le Projet d'Établissement 2013-2017,
- la convention tripartite à effet du 1er janvier 2013 et le dialogue de gestion de 2015,
- le rapport d'Évaluation Interne de 2012,
- le rapport d'Évaluation Externe de 2014,
- le plan d'actions pluriannuel 2015-2019,
- le règlement intérieur, la composition et 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 :

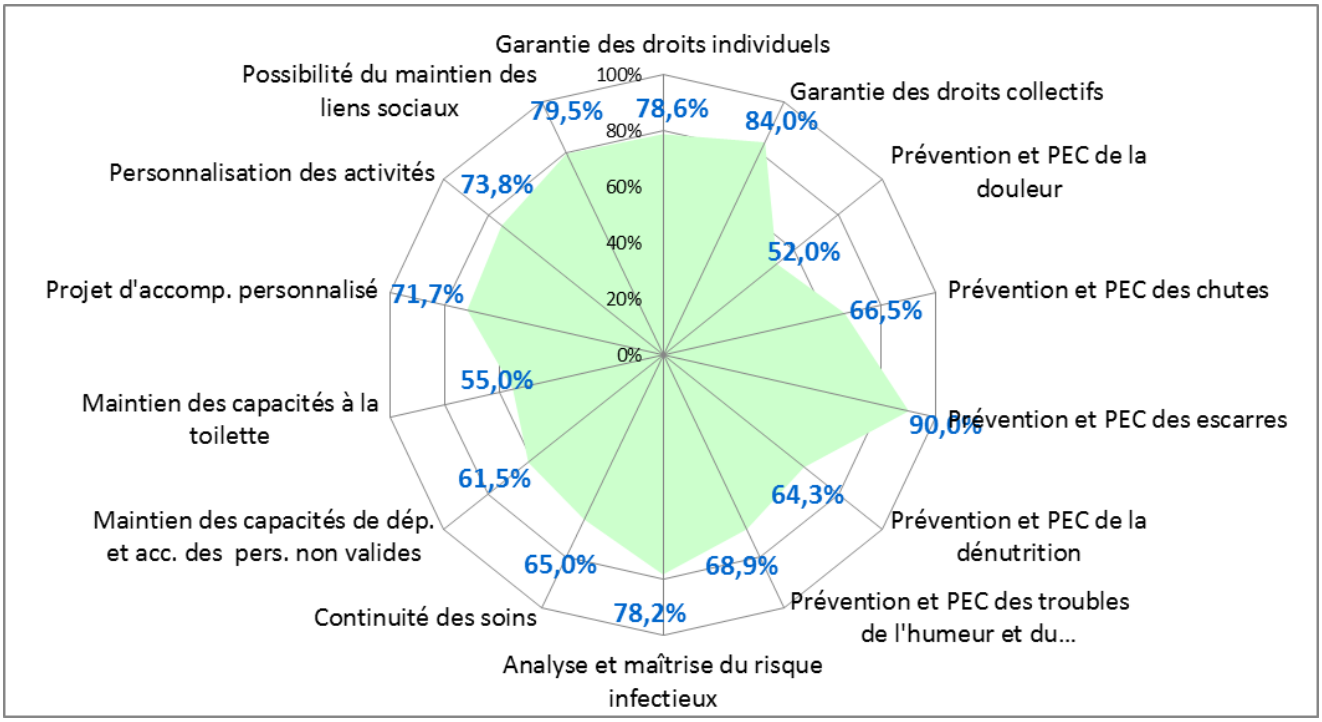
PRINCIPE	Thèmes	%	Moyenne
I - Engagement de la Direction	Volonté affichée	61%	66%
	Volonté partagée	53%	
	Projet d'accompagnement personnalisé	75%	
	Pilotage du projet Humanitude	68%	
II - Zéro soin de force	Connaissance de la personne	73%	69%
	Techniques d'entrée en relation	74%	
	Techniques de manutention relationnelle	67%	
	Pas de contrainte	95%	
	Contention zéro	67%	
	Évolution favorable des troubles du comportement	61%	
	Organisation des services	85%	
	Organisation souple et adaptée au rythme de chacun	54%	
	Qualité des soins et prendre soin	69%	
	Ne pas nuire	62%	
III - Respect de la singularité	Respect du domicile, citoyenneté	80%	81%
	Respect de l'intimité, sexualité	78%	
	Respect du sommeil	85%	
IV - Vivre et mourir debout	Verticalisation 20 minutes par jour	61%	61%
V - Ouverture vers l'extérieur	Présence de regards extérieurs	75%	80%
	Entretien des liens familiaux	100%	
	Entretien des liens sociaux	64%	
VI - Lieu de vie - Lieu d'envie	Ambiance	74%	69%
	Cadre de vie	68%	
	Repas	65%	
	Liberté d'aller et venir, de recevoir	85%	



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 quatre de ces axes et 13 de ces thèmes (cf. graphe ci-après). Le cinquième axe n'est pas traité dans le référentiel ASSHUMEVIE. Le score relatif au thème de l'analyse et de la maitrise du risque infectieux correspond au résultat obtenu lors de l'auto-évaluation réalisée avec l'outil du GREPHH (cf. partie 2.3).



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 2.3, 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 de la personne ou de son représentant légal et le droit à la renonciation.
- Garantir le droit à l'information.
- Garantir le droit à la confidentialité des informations concernant les personnes.
- Garantir le droit à l'exercice des droits civiques, à la pratique religieuse.
- Garantir le droit au respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité des résidents.
- Garantir le droit à une prise en charge et un accompagnement de qualité favorisant son autonomie.
- Garantir le droit au respect des liens familiaux.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Développer la place des proches dans le cadre de l'accueil.
- Mettre en place des visites de préadmission par le médecin coordonnateur.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Si le contrat de séjour est signé en interne, le résident est présent et son consentement est recherché. Si le contrat est signé avant l'entrée, l'adjoint administratif insiste sur l'obligation que le contrat soit signé par le résident lui-même sauf mesure de protection.

Les personnels de l'établissement sont soumis au secret professionnel. Le bureau d'accueil est un espace fermé. Les transmissions orales des équipes soignantes sont faites dans les salles de soins, portes fermées. Une procédure formalisée décrit les modalités d'accès au dossier de soins du résident.

Il n'existe pas de moyen en interne pour emmener les résidents voter, mais ceux qui le demandent sont mis en relation avec des bénévoles. Un représentant de l'état civil recueille les souhaits d'inscription sur les listes et les procurations avant les élections.

Un office catholique hebdomadaire est proposé sur site. Un résident a suivi les rites musulmans (tapis de prière en chambre). Il n'existe pas d'autre demande à ce jour.

Le résident a la clé de sa chambre. Le personnel respecte le lieu en tant que logement privé et frappe à la porte au moins deux fois avec un temps d'attente entre les deux. Le résident est libre de recevoir ses proches. Il peut aussi signifier son refus de les accueillir.

La mise en place et le suivi des contentions physiques font l'objet d'une procédure écrite, d'une information auprès du résident et/ou de sa famille, de prescriptions médicales renouvelées chaque mois et d'une réunion de suivi en équipe chaque trimestre. Un travail est en cours sur l'acceptation de l'absence de contention (droit au risque).

Indicateurs et effets constatés pour les résidents :

Taux de contention passive ANESM : 4,4 %

Numérateur : nombre de résidents cotés A ou B à transfert et/ou déplacement à l'intérieur sur grille AGGIR et ayant une contention passive. Dénominateur : nombre de résidents cotés A ou B à transfert et/ou déplacement à l'intérieur sur grille AGGIR inclus dans l'enquête.

Taux de contention physique interne : 20 %

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

Lors de l'enquête réalisée auprès des résidents entre septembre 2015 et mars 2016, **86 % 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 salon au 1er étage pour des évènements familiaux.

Actions d'amélioration :

- Mettre en place des visites de préadmission par le médecin coordonnateur.
- Mener une réflexion sur la sensibilisation aux principes Humanitude pour les personnels remplaçants.
- Mener une réflexion sur la pertinence de faire prescrire la mise en déclive lorsqu'elle est utilisée pour prévenir les chutes.

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 :

- Mettre en place des réunions des familles une fois par an.
- Organiser et formaliser le recueil des plaintes et des réclamations.
- Organiser le suivi de la satisfaction des résidents et de leurs proches.
- Inscrire dans le Projet d'Établissement la volonté de déployer une politique de participation.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

L'établissement a constitué un Conseil de la vie sociale (CVS) qui se réunit trois fois par an. Sa composition est révisée lorsque la sortie d'un résident entraine une place vacante parmi les représentants des résidents ou des familles. Depuis la délibération du 18/10/2016, siègent avec voix délibératives :

- un représentant des résidents, avec nomination d'un suppléant,
- trois représentants des familles, dont le président du CVS,
- un représentant des personnels, avec nomination d'un suppléant,
- un représentant du Conseil d'administration, avec nomination d'un suppléant.

La directrice et la cadre de santé sont membres sans voix délibératives. En 2016, le CVS a été consulté sur les budgets, le prix de journée, les investissements. Ont également fait l'objet d'un point aux ordres du jour l'installation de l'espace Snoezelen, les fiches de remerciements et réclamations, les évènements indésirables.

Des fiches de communication sont en accès libre à l'entrée et près des ascenseurs. Elles permettent aux résidents et aux visiteurs de faire part de leurs réclamations mais aussi d'exprimer leurs satisfactions ou remerciements. Les réclamations, y compris lorsqu'elles lui sont formulées oralement, sont traitées par la cadre de santé et recensées dans un tableau de suivi.

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'accueil du résident. La philosophie Humanitude permet de sensibiliser les personnels à la notion de défaut de bientraitance, y compris par bienveillance.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de réponses apportées aux demandes du CVS : 100 %

Numérateur : nombre de réponses (positives ou négatives) apportées au CVS sur une période de 2 ans.
Dénominateur : nombre de demandes/remarques notées dans les comptes rendus du CVS sur une période de 2 ans.

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*** » :

- 86 % des résidents s'étant exprimés ont répondu « oui » en 2016 (88 % en 2012),
- 84 % des proches s'étant exprimés ont répondu « oui » en 2017 (93 % en 2014).

Points forts :

- Organisation d'une réunion annuelle avec les familles.
- Bon niveau de réponses aux réclamations écrites ou formulées oralement auprès de la cadre de santé.
- Réalisation d'une enquête de satisfaction globale à l'attention des résidents tous les deux à trois ans.
- Déploiement de la philosophie de soins Humanitude.

Actions d'amélioration :

- Formaliser l'organisation existante pour le recueil et le traitement des plaintes et réclamations.
- Rappeler aux familles l'existence de la fiche de communication.
- Systématiser la présentation d'un bilan des réclamations et remerciements en CVS au moins une fois par an.

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 :

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

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

La Résidence *Le Havre Ligérien* partage depuis 2010 un Comité de lutte contre la douleur (CLUD) avec les Résidences *Les Ligériennes*. Ce comité est présidé par un médecin titulaire d'un Diplôme Universitaire « Douleur et soin palliatifs ».

Le CLUD a validé et diffusé des protocoles relatifs à l'évaluation et au traitement de la douleur, à la prévention de la douleur induite par les soins et à la conduite à tenir en cas de douleur aigue.

Une réflexion a été menée sur les traitements non-médicamenteux. Des soignants ont été formés au toucher-massage et à l'aromathérapie. L'Humanitude donne aussi des techniques contribuant à prévenir les comportements susceptibles d'augmenter les douleurs dues aux soins (nervosité, tension, opposition…).

Des évaluations des pratiques professionnelles ont été conduites sur les thèmes de l'évaluation de la douleur (trois tours en 2011, 2012 et 2017) et la conduite et la surveillance du traitement antalgique (deux tours en 2012 et 2013). Elles démontrent que :

- les personnels utilisent des échelles d'auto-évaluation de la douleur mais ne tracent pas toujours le score dans le dossier de soins,
- les personnels utilisent peu les échelles d'hétéro-évaluation malgré la typologie des résidents,
- les recommandations pour l'utilisation des traitements antalgiques sont assez bien suivies par les prescripteurs.

Sur les 76 résidents hébergés en 2016, 44 ont reçu un traitement antalgique médicamenteux.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux d'évaluation de la douleur : 40 %

Donnée issue du troisième tour de l'EPP « Évaluation de la douleur » réalisé en mai 2017.
Numérateur : nombre de résidents pour lesquels on retrouve dans le dossier au moins un résultat de mesure de la douleur dans les 3 mois précédents l'étude.
Dénominateur : 20 dossiers étudiés.

Lors de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents entre septembre 2015 et mars 2016 :

- 54 % des répondants considèrent être interrogés sur leur douleur (40 % en 2012),
- 67 % des répondants étaient satisfaits de la prise en soins de leur douleur (92 % 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 :

- Actualiser les protocoles relatifs à la prévention et la prise en soins de la douleur et les promouvoir auprès des professionnels.
- Promouvoir l'utilisation des échelles d'hétéro-évaluation de la douleur et la traçabilité des résultats dans le dossier de soins du résident.
- 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 :

- Développer, structurer et formaliser la démarche de gestion des chutes.
- Actualiser le niveau de connaissances et les compétences face aux situations d'urgence.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Une commission des chutes est instituée dans l'établissement. Y participent la cadre de santé, des membres de l'équipe soignante et l'ergothérapeute. Elle s'est réunie quatre fois au cours de l'année 2016 afin d'analyser les chutes survenues et de proposer des solutions adaptées à chaque résident chuteur. Un bilan annuel est établi par la cadre de santé et annexé au rapport d'activité du directeur.

Une procédure formalisée décrit les moyens de prévenir les chutes et de gérer leurs conséquences. Elle est complétée d'une conduite à tenir en cas de chutes.

La philosophie de soins Humanitude promeut la verticalisation quotidienne de tous les résidents ayant encore de l'appui. La mise en place progressive des toilettes évaluatives et la classification des résidents selon leur capacité à se tenir debout et se déplacer permet de lutter contre la grabatisation et de maintenir les capacités de déplacement.

Un ergothérapeute intervient dans la structure un mardi sur deux afin :

- d'assister l'équipe dans l'identification des résidents à risque de chute (tests de Tinetti, Get up and Go…),
- d'apporter une expertise sur le matériel adapté au résident,
- de réaliser des ateliers équilibre, de l'aide à la marche en fonction des besoins.

Chaque chambre du 1er étage est équipée d'un rail pour lève-personne afin de faciliter les transferts des résidents dépendants. Les soignants sont formés aux techniques de transferts adaptés aux résidents et au matériel à travers les formations « PRAP » (prévention des risques liés à l'activité physique) et Humanitude.

Le recours à la contention physique est encadré par une procédure formalisée.

Chaque année, des professionnels suivent une formation aux gestes d'urgences (AFGSU niveau 1 et 2, 8 agents formés en 2016).

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résidents ayant chuté en 2016 : 62 %

Numérateur : nombre de résidents ayant chuté au moins une fois entre le 1er janvier et le 31 décembre 2016.
Dénominateur : nombre de résidents présents en 2016.

En 2016, 8 résidents ont été transférés en urgence au CHU suite à une chute, dont 4 pour examens complémentaires, 1 pour traumatisme crânien et 3 pour fracture.

Points forts :

- Existence d'une commission des chutes.
- Établissement d'un rapport annuel analysant les chutes survenues sur les 12 mois.
- Suivi et réévaluation régulière des contentions physique.
- Formations AFGSU programmées chaque année.

Actions d'amélioration :

- Poursuivre la mise en place des toilettes évaluatives et des toilettes prescrites par les infirmiers.

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 :

- Développer, organiser et structurer la prévention et la prise en charge des escarres.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Une procédure relative à la prévention et à la prise en soins des escarres a été validée en 2009 par le médecin coordonnateur.

Une évaluation du risque d'escarre est réalisée à chaque entrée par les infirmiers à l'aide de l'échelle de Norton et tracée dans le dossier de soins du résident. Les risques sont également évalués à travers d'autres échelles internes, notamment la fiche d'évaluation de l'état nutritionnel, et les actions nécessaires sont mises en place (enrichissement des plats en lien avec la diététicienne, matelas anti-escarre, surveillance des points d'appui, fiche de changement de position…).

Dans le cadre de la philosophie de soins Humanitude, les soignants sont formés aux installations de confort, telle que la position « canoé » qui enveloppe le corps afin de répartir les points d'appuis.

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 sur l'instant pour une évaluation ou informés par le biais des transmissions écrites et orales. Les actions nécessaires sont ensuite mises en œuvre pour traiter la zone fragilisée et prévenir toute aggravation évitable.

En juillet 2017, trois résidents présentaient des phlyctènes (stade 2), un résident présentait une escarre de stade 4 non acquise dans l'établissement.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux d'escarres acquises dans l'établissement : 7,9 %

Numérateur : nombre de résidents ayant une escarre acquise dans l'établissement le jour de l'évaluation.
Dénominateur : nombre de résidents présents.

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 :

- Actualiser et compléter si besoin la procédure de prévention et de prise en soins des escarres.
- Définir et formaliser les modalités de réévaluation du risque d'escarre.
- Définir les modalités de formation des personnels remplaçants aux positions de confort.
- Nommer un nouveau référent « escarre » reconnu parmi l'équipe soignante.

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 :

- Intégrer la prévention et la prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation en tant que dimension à part entière dans les soins.
- Intégrer l'hygiène bucco-dentaire dans le projet de soins.
- Intégrer l'alimentation et les repas en tant que dimension du projet de vie et réfléchir à la notion du plaisir de manger.
- Réduire le temps de jeûne entre le dîner et le petit déjeuner.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

La Résidence *Le Havre Ligérien* partage depuis 2011 un Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) avec les Résidences *Les Ligériennes*, auquel participe la diététicienne intervenant dans l'établissement. Le CLAN a validé et diffusé des protocoles relatifs à la prévention de la dénutrition, l'identification et la prise en soins des résidents dénutris ou à risque de dénutrition, les techniques d'enrichissement des plats.

Des évaluations des pratiques professionnelles ont été conduites sur le thème de l'évaluation de l'état nutritionnel (deux tours en 2013 et 2016), avec intégration d'items relatifs à l'hygiène bucco-dentaire lors du second tour.

La taille du résident est enregistrée à l'entrée, la surveillance du poids est mensuelle, l'IMC est calculé automatiquement par le logiciel de soins. Une fiche d'évaluation nutritionnelle est renseignée à l'entrée et au minimum une fois par an. Le diagnostic est posé par la diététicienne intervenant dans la structure ou le médecin traitant. En juillet 2017, 29 résidents faisaient l'objet d'une surveillance spécifique, dont 21 diagnostiqués dénutris.

Deux référentes sont identifiées, reconnues et formées à l'hygiène bucco-dentaire. Un chirurgien-dentiste mandaté par la CPAM est intervenu auprès d'une partie de l'équipe. Un élève en Bac Pro SAPAT a réalisé une sensibilisation lors de 3 réunions de service sur l'hygiène bucco-dentaire au quotidien. En 2016, 13 résidents ont bénéficié d'un bilan par un dentiste libéral.

Les repas sont préparés par la cuisine centrale des Résidences *Les Ligériennes* et livrés deux fois par jour sur site. Les menus sont établis par le diététicien du prestataire assurant la commande des denrées, pour des périodes de huit semaines respectant la saisonnalité.

Le temps de jeûne a été réduit dans un premier temps en reculant de l'heure du diner, en respectant les souhaits des résidents (45 minutes plus tard pour le premier service, 15 minutes plus tard pour le second service), dans un second temps en réorganisant le service du petit déjeuner (résidents dinant au premier service servis en premier le matin). Des collations sont proposées la nuit aux résidents éveillés.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résidents pesés une fois par trimestre : 100 %

Donnée issue de l'EPP « Évaluation de l'état nutritionnel » (mars 2016). Numérateur : nombre de résidents pour lesquels au moins un poids datant de moins de 3 mois est noté dans le dossier. Dénominateur : 20 dossiers étudiés.

Lors de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents entre septembre 2015 et mars 2016, 92 % des répondants ont affirmé être pesés régulièrement (40 % en 2012) et 100 % trouvaient cela normal (88 % en 2012).

Points forts :

- Existence d'un comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) intersites.
- Identification de référents nutrition et hygiène bucco-dentaire reconnus par les équipes.
- Vacations d'une diététicienne deux fois par mois.
- Évaluations des pratiques professionnelles dans le cadre du CLAN.

Actions d'amélioration :

- Formaliser la fiche mission des référents nutrition et hygiène bucco-dentaire.
- Mettre en place les 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 :

- Appuyer le volet soins sur une évaluation gériatrique initiale globale.
- Sécuriser les conduites à tenir avec un résident ayant des troubles de l'humeur, des troubles du comportement.
- Développer le soutien et la réflexion pluridisciplinaire autour des troubles du comportement.
- Poursuivre le développement du partenariat et de l'ouverture par rapport aux personnes ayant des troubles de l'humeur et/ou du comportement.
- Redéfinir le rôle des bénévoles auprès des personnes ayant des troubles de l'humeur et/ou du comportement.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

En juillet 2017, 36 résidents étaient identifiés comme présentant un comportement d'agitation pathologique (CAP), dont cinq perturbateurs. 8 résidents sont repérés comme susceptibles de présenter une opposition verbale, 12 peuvent présenter une opposition physique et 16 peuvent présenter une opposition verbale et physique. Une analyse des éléments déclencheurs est tracée dans le dossier pour au moins deux de ces résidents. Le tableau récapitulatif des toilettes évaluatives permet de retrouver les résidents identifiés.

Un protocole validé par le médecin coordonnateur présente la conduite à tenir face à un résident présentant un trouble du comportement perturbateur. Le personnels est sensibilisé aux difficultés que peuvent occasionnés ces personnes.

Dans le cadre de la philosophie Humanitude, environ 80 % des personnels sont actuellement formés aux techniques d'approche en douceur (entrée en relation).

Une psychologue est présente dans la structure une journée par semaine. Elle intervient auprès des résidents en fonction des demandes et difficultés rencontrées.

Un test « MMS » *(Mini Mental State Examination)* est fait systématiquement dans le mois suivant l'entrée pour les résidents le nécessitant, et réévalué dès que nécessaire. Les échelles de dépression sont peu utilisées, le diagnostic est posé suite à des entretiens avec le résident complété du ressenti de l'équipe.

La structure dispose d'une unité pour personnes désorientées de 10 lits, permettant un accompagnement plus adapté aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux d'évaluation des troubles de l'humeur et du comportement : 0 %

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

Points forts :

- Présence d'une psychologue une journée par semaine.
- Politique de diminution des traitements neuroleptiques pour les résidents de l'UPAD.

Actions d'amélioration :

- Définir et formaliser les modalités de réalisation d'évaluation des troubles de l'humeur et du comportement avec une échelle validée.
- 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 *(source : dialogue de gestion convention tripartite)*.

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 :

- Mettre en place un suivi de la satisfaction des résidents par rapport à la prise en charge de leur linge personnel.
- Sécuriser l'hygiène et l'entretien des locaux.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

L'établissement a identifié une correspondante hygiène parmi l'équipe soignante et adhère à une structure locale d'appui et d'expertise en hygiène des établissements de santé et médico-sociaux, mettant à sa disposition un infirmier hygiéniste en fonction de ses besoins en conseils et assistance. Dans le cadre de la veille documentaire et du partage d'expérience, la correspondante hygiène, à défaut la cadre de santé, participe aux trois réunions annuelles des correspondants de la SLAE.

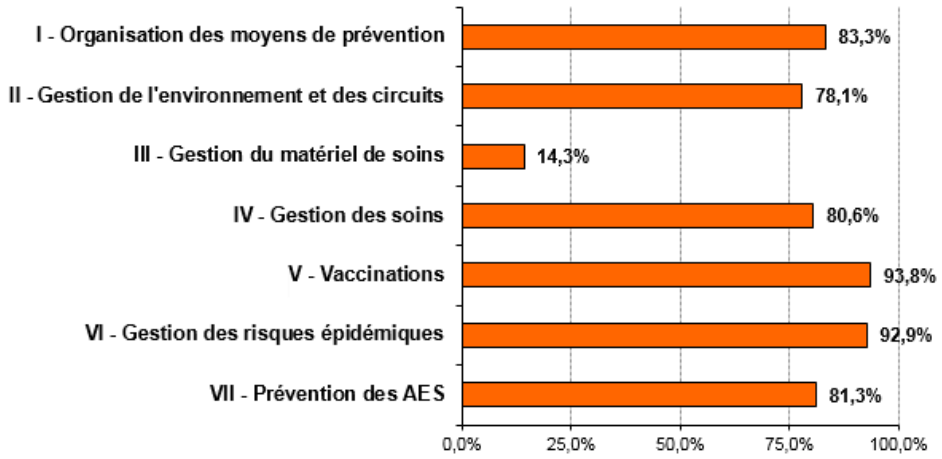
L'équipe d'entretien des locaux disposent des produits et du matériel adaptés pour le nettoyage et la désinfection des locaux. Au niveau des soins, les dispositifs médicaux à usage unique sont privilégiés lorsqu'ils existent.

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) et des audits ont été réalisés en lien avec la SLAE en 2008, 2013, 2015 et 2016.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Résultat de l'autoévaluation réalisée avec le manuel du GREPHH le 20/01/2017 : 78 %



Lors de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents entre septembre 2015 et mars 2016, 85 % des répondants se disaient satisfaits du confort de leur chambre et du traitement de leur linge (86 % en 2012).

Points forts :

- Adhésion à la SLAE *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 :

- Formaliser les modalités de nettoyage et désinfection des dispositifs médicaux réutilisables.
- Actualiser le protocole relatif aux précautions « standard ».

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'établissement.
- Développer un partenariat avec les établissements de santé de proximité, en particulier la filière gériatrique hospitalière.

Objectifs spécifiques de l'établissement :

- Traiter le risque lié à l'absence d'oxygène dans l'établissement.
- Signer le contrat de coordination des intervenants libéraux avec les médecins traitants.
- Signer une convention de prestation de service avec l'officine dispensant les médicaments.
- Réfléchir aux risques liés à l'absence de pharmacie à usage interne.
- Sécuriser le circuit du médicament *(source : dialogue de gestion convention tripartite)*.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

L'établissement a établi des partenariats avec des établissements de santé proches et un service d'hospitalisation à domicile. Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est éditable en cas de transfert à partir du dossier de soins informatisé du résident.

Une dizaine de médecins, un orthophoniste et un masseur kinésithérapeute interviennent à titre libéral dans la résidence sans avoir signé le contrat de coordination. Ils ont accès sur site au dossier de soins des résidents, avec un code d'accès personnel, afin de consulter et compléter les informations relatives à l'état de santé de leurs patients. La prescription des médicaments est informatisée.

Les infirmiers, la psychologue et l'ergothérapeute consultent systématiquement le dossier informatisé du résident avant la prise en soins, la prise de connaissance est variable en fonction de la charge de travail pour le reste de l'équipe qui reste cependant informée des éléments importants à travers les transmissions orales.

La Commission de coordination gériatrique est constituée, tous les intervenants libéraux y sont conviés. Depuis 2013, elle est partagée avec les Résidences *Les Ligériennes* dans l'objectif de rationaliser le nombre de réunions pour les médecins traitants intervenant dans plusieurs établissement, cependant le taux de participation reste faible.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux d'hospitalisation en urgence : 75 %

Numérateur : nombre de résidents ayant été hospitalisés en urgence une ou plusieurs fois entre le 1er janvier et le 31 décembre 2016.
Dénominateur : nombre de résidents ayant été hospitalisés en 2016.

Résultat de l'audit sur le circuit du médicament en EHPAD sans PUI réalisé avec l'outil de QualiRel Santé le 10 octobre 2017 :

Chapitre « Prescription » : 91 %

Chapitre « Coordination entre les partenaires et continuité de la prise en soins » : 70 %

Points forts :

- Port du « gilet jaune » pendant la préparation des piluliers.

Actions d'amélioration :

- 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 *(source : dialogue de gestion convention tripartite)*.
- Promouvoir la signature du contrat de coordination des intervenants libéraux auprès des médecins traitants.
- Inviter les médecins traitants à participer à l'élaboration de l'ordre du jour et l'animation de la Commission de coordination gériatrique.
- Réengager le dialogue avec le pharmacien d'officine en vue d'obtenir la signature d'une convention.
- 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 :

- Développer la réflexion et les connaissances quant à l'individualisation des aides techniques à apporter au résident en fonction de son handicap.
- Sécuriser les abords de l'institution au regard de la praticabilité des allées.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Les objectifs formulés dans les projets d'accompagnement personnalisés des résidents prennent en compte la politique de maintien des capacités. La philosophie de soins Humanitude intègre le projet de verticaliser tous les résidents en capacité de tenir debout au minimum 20 minutes chaque jour. L'une des actions mises en place dans la résidence a été la suppression progressive des toilettes complètes au lit. En juillet 2017, 4 résidents sur 60 n'étaient jamais verticalisés pour raisons médicales. Sauf exception (maladie ou fatigue passagère), aucun résident ne reste alité une journée complète.

Le niveau d'autonomie des résidents est évalué à l'aide de la grille AGGIR, à l'entrée et au minimum une fois par an après échange en réunion pluridisciplinaire. Un plan personnalisé de soins et d'aide, intégré au dossier de soins informatisé, est en place. Il est actualisé après un échange en réunion pluridisciplinaire, au minimum deux fois par an : lors de la réévaluation du PAP et avant la période estivale en prévision des remplacements de personnel.

49 résidents présentent une incontinence urinaire et/ou fécale. Les plans de soins personnalisés prévoient au cas par cas des alternatives à l'utilisation systématique de protections comme l'accompagnement aux toilettes à heures fixes. Des référents « incontinence » sont identifiés parmi l'équipe soignante.

L'ergothérapeute intervenant dans la structure accompagne l'équipe dans le choix du matériel adapté à chaque résident (cannes, déambulateurs, fauteuils…) et l'organisation de sa chambre. En juillet 2017, 7 résidents étaient accompagnés à la marche.

L'aménagement des espaces extérieurs est en cours. Il intègre un projet de parcours de santé.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations : 18 %

Numérateur : nombre de résidents dont l'item déplacement à l'intérieur s'est aggravé entre deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée. Dénominateur : nombre de résidents inclus dans l'enquête ayant eu deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée et sans critère d'exclusion.

Lors de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents entre septembre 2015 et mars 2016, seulement 36 % des répondants trouvaient le personnel suffisamment disponible (56 % en 2012), les commentaires associés évoquant un manque d'effectif ressenti. 92 % cependant se disaient satisfaits de l'aide apportée pour les déplacements (86 % en 2012).

Points forts :

- Politique de verticalité en lien avec la démarche Humanitude.
- Référents « incontinence » identifiés.

Actions d'amélioration :

- Mettre en place une organisation permettant d'actualiser les plans de soins aussi souvent que nécessaire.
- Mener une réflexion sur la répartition du temps d'ergothérapeute sur les quatre sites dans le cadre de la fusion.

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 :

- Intégrer la toilette comme dimension à part entière du Projet d'Accompagne-ment Personnalisé (PAP).

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Les objectifs formulés dans les projets d'accompagnement personnalisés des résidents prennent en compte la politique de maintien des capacités. Le niveau d'autonomie des résidents à faire leur toilette est évalué à deux niveaux :

- à l'entrée et au minimum une fois par an l'aide de la grille AGGIR.
- lors des toilettes évaluatives réalisées par les infirmiers, dans le cadre de la démarche Humanitude.

Le 06/07/2017, 40 toilettes évaluatives étaient réalisées. Une réévaluation est prévue au minimum une fois par trimestre. Les toilettes évaluatives donnent lieu à la formalisation de toilettes prescrites par les infirmiers, intégrées au plan personnalisé de soins et d'aide. L'actualisation du plan de soins par les infirmiers est parfois différée de quelques jours, pouvant entrainer durant cette période une différence d'accompagnement en fonction des personnels présents.

Les toilettes prescrites précisent les gestes que le résident est capable d'effectuer seul, avec ou sans motivation orale, et les gestes devant être accompagnés ou réalisés par le soignant. Elles intègrent également la classification Humanitude « DADA », basée sur la capacité du résident à rester debout plus ou moins longtemps. La classification détermine si la toilette peut être réalisée debout devant le lavabo, partiellement debout et partiellement assis ou allongé. En juillet 2017, les données étaient les suivantes :

Classification « DADA » des résidents :	Types de toilettes réalisées :
Debout : 20	Toilettes debout : 13
Debout / Assis : 17	Toilettes debout-assis : 34
Assis / Debout : 7	
Assis / Allongés : 14	Toilettes assis-allongés : 13
Allongés : 2	Toilettes complètes au lit : 0

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résidents dont la capacité à faire leur toilette a diminué entre deux évaluations : 15 %

Numérateur : nombre de résidents dont l'item toilette du haut s'est aggravé entre deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée. Dénominateur : nombre de résidents inclus dans l'enquête ayant eu deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée et sans critère d'exclusion.

Lors de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents entre septembre 2015 et mars 2016, 73 % des répondants étaient satisfaits de l'aide apportée pour la toilette (95 % en 2012) et 82 % trouvaient les soins adaptés à leurs besoins (91 % en 2012).

Points forts :

- Mise en place et suivi de la classification « DADA » dans le cadre de l'Humanitude.
- Mise en place des toilettes évaluatives et prescrites par les infirmiers.
- Existence de plans individualisés de soins et d'aide.
- Tenue par les IDE d'un tableau récapitulatif des toilettes évaluatives.

Actions d'amélioration :

- Mettre en place une organisation permettant aux infirmiers d'actualiser les plans de soins dans les heures suivant la toilette évaluative.

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 :

- Inscrire dans la politique de l'établissement la personnalisation de l'accompagnement et généraliser l'élaboration des PAP.
- Former les professionnels à l'entretien et au recueil de données.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Chaque résident a un référent identifié dès son entrée. Une fiche précisant son identité et expliquant son rôle lui est remise. Ce référent est responsable de la rédaction et de la mise en œuvre du projet d'accompagnement personnalisé (PAP).

Une procédure formalisée décrit les modalités de rédaction, validation, diffusion et réévaluation des PAP. Elle précise le rôle du résident, à défaut de son représentant légal, dans l'élaboration et la validation de son projet.

Le recueil de l'histoire de vie débute dès la visite de préadmission. Un document de recueil est également transmis au futur résident, à défaut la famille, avant l'entrée. Les objectifs déclinés dans le PAP se veulent réalisables. Ils prennent en compte les souhaits exprimés par le résident, son état de santé, son bilan gérontologique, son autonomie et les ressources de la structure. Si les souhaits des résidents ne peuvent être réalisés, un compromis est négocié, si besoin la famille est sollicitée.

Le PAP est présenté à l'équipe présente lors des réunions de synthèse mensuelles et consultable dans le dossier du résident. Le suivi est réalisé de manière informelle, la réévaluation est effectuée en réunion de synthèse mensuelle. Le cadre de santé tient à jour un tableau avec dates d'élaboration et de réévaluation des PAP.

En moyenne, une vingtaine de PAP sont rédigés chaque année, soit pour un tiers des résidents. Environ 60 % sont rédigés dans les 6 premiers mois du séjour mais le rythme des entrées et sorties rend difficile l'établissement de la totalité des PAP. Au moment de l'évaluation, 32 % des PAP existants avaient été signés par le résident ou son représentant. 5 % seulement ont été réévalués.

En fonction de la volonté du résident et de la disponibilité des proches, certaines familles sont impliquées dans la mise en œuvre du PAP. La participation est plus importante à l'UPAD du fait de la taille de l'unité (10 lits).

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résident ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement : 88 %

Numérateur : nombre de résidents entrés au cours des 12 derniers mois et présents depuis au moins 6 mois pour lesquels on retrouve une trace écrite de l'avis du résident donné d'une façon ou d'une autre par lui-même ou son représentant légal sur son projet d'accompagnement.
Dénominateur : nombre de résidents entrés au cours des 12 derniers mois et présents depuis au moins 6 mois.

Points forts :

- Nomination d'un référent soignant pour chaque résident.
- Intégration des PAP au logiciel de soins.

Actions d'amélioration :

- Formaliser le suivi des PAP et les propositions formulées en réunion de synthèse.
- Inviter toutes les parties prenantes lors des réunions de suivi et de réévaluation des PAP.

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 :

- Définir le rôle et la mission de l'animateur et le cadre de l'action des bénévoles.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

L'établissement emploie à temps plein un animateur en gérontologie niveau 4 et accueille des bénévoles appartenant à l'association *Les amis de la maison de la retraite*. La fiche de poste de l'animateur a été révisée en 2016. Une charte du bénévolat a été rédigée en décembre 2012.

Des activités collectives sont organisées en salle d'animation du lundi au vendredi, sauf fériés et congés de l'animateur. Des activités individuelles sont proposées par l'animateur, la psychologue, des personnels soignants en fonction des possibilités et des ressources actuelles, et en lien avec les projets d'accompagnement personnalisés, y compris pour les résidents hébergés à l'UPAD.

Les activités sont diversifiées pour toucher le plus grand nombre : sorties en groupe, promenades, jeux de société, arts plastiques, lecture du journal, détente ou stimulation dans l'espace Snoezelen, bain thérapeutique, accompagnement dans des magasins, diffusion de documentaires, groupe d'échanges, cueillette de fraises, sorties et animations inter-établissements et intergénérationnelles… Les résidents reçoivent la visite deux fois par semaine d'un chien d'éveil (médiation animale). Des résidents apprennent à d'autres résidents à jouer aux cartes et à différents jeux de société.

L'animateur trace les activités qu'il déploie, les noms des participants et l'évaluation de la pertinence ou intérêt suscité dans le dossier de soins informatisé.

La résidence met à disposition une bibliothèque, des journaux et des magazines gracieusement déposés dans la structure. Un correspondant de la bibliothèque municipale visite les résidents pour proposer des ouvrages.

Les chambres sont équipées de prises Internet et de télévision.

Des professionnels de vie (coiffeurs, esthéticiens, pédicures...) interviennent sur rendez-vous.

La satisfaction des résidents est recueillie au quotidien par l'animateur de façon informelle afin d'alimenter son évaluation, et tous les deux à trois ans lors de la réalisation d'une enquête de satisfaction générale auprès des résidents.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de résidents satisfaits des activités proposées : 83 %

Donnée issue de l'enquête réalisée auprès des résidents entre septembre 2015 et avril 2016 (28 % 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'animateur.
- Médiation animale.
- Liens avec les établissements voisins.

Actions d'amélioration :

- Mener une réflexion sur les possibilités de dégager du temps d'animation les week-ends.

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 :

- Développer les objectifs en lien avec la vie sociale.

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 de 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 (10 jours depuis le 01/06/2017). Un espace est réservé dans le restaurant des résidents pour que les familles puissent s'isoler des autres convives. Cette prestation est facturée.

Deux salons sont accessibles au 1er étage de la résidence. Ils sont équipés d'un réfrigérateur, d'un four à micro-ondes et d'une bouilloire. Ils peuvent être réservés pour les occasions particulières.

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…

Des résidents utilisent Internet (Skype, messages électroniques...) pour rester en relations avec leurs proches. L'établissement sera doté d'un réseau Wi-Fi en 2018.

L'animateur et des bénévoles visitent régulièrement 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 : 0,0 %

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 (également en 2014),
- 77 % étaient satisfaits des éléments de la vie sociale (80 % en 2014).

Points forts :

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

Actions d'amélioration :

- Installer le réseau Wi-Fi en 2018.

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 :

- Sécuriser le recueil des désirs des résidents et de leur entourage pour 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 du résident dès son entrée. Les documents d'accueil comportent un formulaire de désignation de la personne de confiance, une information et un formulaire relatifs aux directives anticipées, un formulaire de recueil des souhaits de la personne en cas de décès.

Dans la mesure du possible, le résident en fin de vie reste dans l'établissement, sauf s'il a exprimé un autre souhait.

	2014	2015	2016
Nombre total de décès :	20	10	15
Dont survenue à la résidence :	18 (90 %)	4 (40 %)	15 (100 %)
Dont survenue à l'hôpital :	2	6	0

Une partie de l'équipe soignante a suivi une formation aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie. De nouvelles sessions seront programmées dans les années à venir. L'équipe mobile d'accompagnement en soins de support et palliatifs est sollicitée en cas de difficultés.

L'établissement n'a pas de présence infirmière la nuit et certains traitements ne lui sont pas accessibles, il est cependant possible de mettre en place un dispositif spécifique avec un service d'hospitalisation à domicile pour soulager la douleur physique du résident.

La psychologue intervient auprès du résident lorsque cela s'avère nécessaire. Un ministre du culte peut visiter le résident à sa demande ou à l'initiative de ses proches.

Indicateur et effets constatés pour les résidents :

Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie : 81 %

Numérateur : nombre de résidents entrés au cours des 12 derniers mois et présents depuis trois mois ou plus pour lesquels on retrouve un recueil de leurs souhaits en matière de fin de vie dans le dossier.
Dénominateur : nombre de résidents entrés au cours des 12 derniers mois et présents depuis trois mois ou plus.

Points forts :

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

Actions d'amélioration :

- Promouvoir la formalisation des directives anticipées.

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 :

- Organiser, structurer et formaliser le questionnement éthique et le soutien des équipes.

Constats – Niveau de réalisation des objectifs :

Les proches ont la possibilité de veiller leur parent s'ils le souhaitent, quelle que soit l'heure. Ils disposent des salons des familles pour se désaltérer et se restaurer.

Une psychologue est présente tous les mardis. Elle peut s'entretenir avec les proches, les aider à accepter le départ afin qu'ils puissent accompagner plus sereinement leur parent dans ses derniers moments. La formation soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie permet à l'équipe soignante de soutenir les personnes présentes.

Après le décès, le défunt peut rester dans la résidence jusqu'à la sépulture. Les proches disposent d'un lieu de recueillement, avec un accès réservé à l'arrière du bâtiment et un espace salon. Des boissons sont déposées à leur attention.

Lorsque l'accompagnement du résident est difficile pour l'équipe soignante, la cadre de santé ou le médecin coordonnateur font appel à l'équipe mobile d'accompagnement en soins de support et palliatifs. Une psychologue extérieure à l'établissement peut aussi intervenir ponctuellement. Le personnel dispose aussi d'une plateforme d'écoute téléphonique accessible 24H/24 et 7J/7.

Effets constatés pour les usagers :

Selon les 34 familles ayant renseigné le questionnaire « Décès » (taux de retour de 48 % entre 2013 et 2016) :

- les souhaits du résident ont à leur connaissance été recueillis pour 85 %, et toujours respectés le cas échéant,
- leurs propres souhaits ont été recueillis pour 88 % et toujours respectés le cas échéant,
- leur souffrance psychique a été prise en compte pour 82 %,
- 100 % ont été satisfaits des conditions matérielles mises à leur disposition,
- **97 % ont été globalement satisfaits de l'accompagnement par nos équipes, pour le résident et eux-mêmes.**

Sur 19 des questionnaires retournés étaient écrits des remerciements à l'attention des équipes pour la gentillesse et les attentions prodiguées.

Points forts :

- Diffusion d'une enquête à l'attention des proches dans les semaines suivant le décès.
- Présence d'une psychologue une fois par semaine dans l'établissement 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 :

- Promouvoir la plateforme d'écoute auprès des personnels.
- Analyser les statistiques d'utilisation de la plateforme d'écoute en CHSCT ou instance équivalente.

3.2 Le plan d'amélioration du service rendu

Un plan d'actions pluriannuel mutualisé avec 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.

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

Intitulé de l'action :	Pilote(s)	Échéance
Mettre en place des visites de préadmission par le médecin coordonnateur.	Médecin coord.	2018
Mener une réflexion sur la sensibilisation aux principes Humanitude pour les personnels remplaçants.	Cadre de santé	2018
Mener une réflexion sur la pertinence de faire prescrire la mise en déclive lorsqu'elle est utilisée pour prévenir les chutes.	Cadre de santé	2018
Formaliser l'organisation existante pour le recueil et le traitement des plaintes et réclamations.	Équipe qualité	2018
Rappeler aux familles l'existence de la fiche de communication.	Direction	2018
Systématiser la présentation d'un bilan des réclamations et remerciements en CVS au moins une fois par an.	Direction	2018
Actualiser les protocoles relatifs à la prévention et la prise en soins de la douleur et les promouvoir auprès des professionnels.	Équipe qualité	2019
Promouvoir l'utilisation des échelles d'hétéro-évaluation de la douleur et la traçabilité des résultats dans le dossier de soins du résident.	Médecin coord.	2018
Mener une réflexion sur l'accompagnement de la douleur psychique du résident.	CLUD	2019
Poursuivre la mise en place des toilettes évaluatives et des toilettes prescrites par les infirmiers.	Cadre de santé	En continu
Actualiser et compléter si besoin la procédure de prévention et de prise en soins des escarres.	Médecin coord.	2018
Définir et formaliser les modalités de réévaluation du risque d'escarre.	Médecin coord.	2018
Définir les modalités de formation des personnels remplaçants aux positions de confort.	Cadre de santé	2018
Nommer un nouveau référent « escarre » reconnu parmi l'équipe soignante.	Cadre de santé	2018
Formaliser la fiche mission des référents nutrition et hygiène bucco-dentaire.	CLAN	2018
Mettre en place les repas prescrits.	CLAN	2018
Définir et formaliser les modalités de réalisation d'évaluation des troubles de l'humeur et du comportement avec une échelle validée.	Psychologue	2018
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.	Médecin coord.	2018
Formaliser les modalités de nettoyage et désinfection des dispositifs médicaux réutilisables.	Équipe qualité	2018
Actualiser le protocole relatif aux précautions « standard ».	Équipe qualité	2018
Promouvoir la signature du contrat de coordination des intervenants libéraux auprès des médecins traitants.	Direction	2018
Inviter les médecins traitants à participer à l'élaboration de l'ordre du jour et l'animation de la Commission de coordination gériatrique.	Direction	2018

Intitulé de l'action :	Pilote(s)	Échéance
Réengager le dialogue avec le pharmacien d'officine en vue d'obtenir la signature d'une convention.	Direction	2018
Poursuivre le travail engagé pour sécuriser le circuit du médicament.	Cadre de santé	En continu
Mettre en place une organisation permettant d'actualiser les plans de soins aussi souvent que nécessaire, et au minima par les IDE dans les heures suivant la toilette évaluative.	Cadre de santé	2018
Mener une réflexion sur la répartition du temps d'ergothérapeute sur les quatre sites dans le cadre de la fusion.	Direction	2018
Formaliser le suivi des PAP et les propositions formulées en réunion de synthèse.	Cadre de santé	2018
Inviter toutes les parties prenantes lors des réunions de suivi et de réévaluation des PAP.	Cadre de santé	2018
Mener une réflexion sur les possibilités de dégager du temps d'animation les week-ends.	Cadre de santé	2019
Installer le réseau Wi-Fi dans tous les secteurs.	Direction	2018
Promouvoir la formalisation des directives anticipées.	Médecin coord.	2019
Promouvoir la plateforme d'écoute auprès des personnels.	Direction	2018
Analyser les statistiques d'utilisation de la plateforme d'écoute en CHSCT ou instance équivalente.	CHSCT	2018

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 Qualité et Gestion des Risques, commun à la Résidence *Le Havre Ligérien* et aux Résidences *Les Ligériennes*, qui se réunissent au minimum deux fois par an pour évaluer son avancement, identifier les difficultés éventuelles et définir si besoin des moyens supplémentaires.

Les membres du comité valident un rapport annuel d'activité reprenant le nombre de réunions effectives, l'identité des participants, les commissions et les groupes de travail en place, les actions réalisées et en cours, le taux d'avancement du plan d'actions pluriannuel et les axes de travail pour l'année suivante. À compter de 2018, l'évolution d'une sélection d'indicateurs choisis sera incluse dans ce rapport.

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 du 17 octobre 2017,
- la transmission du rapport d'activité annuel du comité de pilotage 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.

Dans l'hypothèse de l'aboutissement du projet de fusion, le présent rapport sera consultable sur le site Internet des Résidences *Les Ligériennes* à partir de janvier 2018.

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 trois années à venir :

- **Préparer la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;**
  Ce qui signifie en termes d'objectifs :
  - mener à terme le « mariage » de la Résidence *Le Havre Ligérien* et des Résidences *Les Ligériennes*,
  - réaliser l'Évaluation Interne sur l'ensemble des sites,
  - actualiser le Projet d'Établissement et établir un nouveau plan d'actions pluriannuel.
- **Poursuivre la démarche d'amélioration et de personnalisation de l'accompagnement ;**
  - assoir le déploiement de la philosophie Humanitude en visant une labellisation dans les cinq ans,
  - 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 (présentation aux résidents et aux proches, suivi et diffusion des indicateurs…).
- **Poursuivre la démarche d'amélioration de la sécurité des soins ;**
  - pérenniser et/ou optimiser 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[14] 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.

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

ANNEXES

1. Référentiel ASSHUMEVIE renseigné entre mars et mai 2017
2. Résultats des dernières enquêtes de satisfaction menées auprès des résidents
3. Résultats des dernières enquêtes de satisfaction menées auprès des proches
4. Résultats des évaluations des pratiques professionnelles menées dans le cadre du CLUD et du CLAN
5. Référentiel du GREPHH relatif à la maitrise du risque infectieux renseigné en janvier 2017
6. Résultats des audits réalisés sur l'hygiène des mains
7. Résultat de l'enquête de satisfaction menée auprès des partenaires en 2015
8. Grilles de l'audit « Circuit du médicament » renseignées en octobre 2017