

2018

# Rapport d'évaluation interne



EHPAD Les Hauts du Château

2, rue du Tire Jarrets

49123 CHAMPTOCE -SUR-LOIRE

Tel.: 02 41 39 91 66

Fax.: 02 41 39 18 98

 ${\color{red}\textbf{Courriel}: \underline{contact@leshautsduchateau.fr}}$ 

Site internet: <u>www.leshautsduchateau.fr</u>

# TABLE DES MATIERES

TABLE I	DES ABREVIATIONS	2
INDEX I	DES FIGURES	3
INDEX I	DES TABLEAUX	3
1. IN	NTRODUCTION	4
2. P	RESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	4
2.1.	CARTE D'IDENTITE	4
2.2.	MISSIONS ET ORIENTATIONS DE L'ETABLISSEMENT	4
Αι	utorisation de l'établissement	4
Pr	rojet d'établissement	5
Εf	ffectif de l'établissement	6
Co	ontractualisations	6
2.3.	CARACTERISATION DE LA POPULATION ACCUEILLIE	8
3. N	//ETHODOLOGIE	11
3.1.	PROTOCOLE D'EVALUATION	11
Le	es choix de temporalités qui ont été retenus pour la réalisation de l'évaluation	11
L'e	organisation et les choix managériaux opérés	13
Le	es attentions particulières lors de la réalisation de la démarche	13
Le	es moyens humains mobilisés au cours de la démarche	13
La	a stratégie de communication autour de la démarche	14
3.2.	STRUCTURATION DE LA DEMARCHE	15
Co	omité de pilotage	15
Μ	1éthodologie	15
Co	onsultation des usagers	16
Co	onsultation des professionnels	16
3.3.	MODALITES DE LA REMONTEE DE L'INFORMATION	16
3.4.	Presentation de la specification des objectifs	16
4. R	ESULTATS	17
4.1.	COMPARAISON AVEC L'EVALUATION PRECEDENTE	17
4.2.	Presentation synthetique des resultats	22
Re	eprésentation graphique des résultats, selon les axes de l'ANESM	22
Re	eprésentation des résultats selon le référentiel AGEVAL®	28
4.3.	Presentation detaillee des resultats, par critere	30
Ľ	accueil et accompagnement de la personne	30
Ca	adre de vie et vie quotidienne	38
Vi	ie sociale des résidents	47
In	npact des éléments de santé sur la qualité de vie	52
Μ	lanagement stratégique	64
М	lanagement des ressources	71
М	lanagement de la qualité et sécurité des soins	80
4.4.	LE PLAN D'AMELIORATION DU SERVICE RENDU	85
4.5.	LES MOYENS DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'AMELIORATION	99
Le	es moyens humains et financiers	99
Ľ	organisation et le management	99
Ľí	information et la communication	99
4.6.	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	99
BIBLIO	GRAPHIE	100
ANNEY	EC	100



### **TABLE DES ABREVIATIONS**

ACEP 49: Association des Centre hospitaliers locaux et EHPAD Publics du Maine et Loire

AMP: Aide Médico-Psychologique

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des établissements et services Sociaux et

Médico-sociaux

ARS: Agence Régionale de Santé

AS: Aide-Soignant

ASH: Agent de Service Hospitalier

CESAME: Centre de Santé Mentale

CHSCT: Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CODIR: Comité de Direction

COS : Comité d'Orientation Stratégique

CPOM: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CTP: Convention tripartite

CVS: Conseil de la Vie Sociale

DARI: Document d'Analyse du Risque Infectieux

EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMSP: Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

ETP: Equivalent Temps Plein

GIR: Groupe ISO Ressources

GMP: GIR Moyen Pondéré

HAD: Hospitalisation à Domicile

Loi HPST: LOI n° 2009-879 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux

Territoires

OPQ: Ouvrier Professionnel Qualifié

PASA: Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

PMP: Pathos Moyens Pondéré

PNNS: Plan National Nutrition Santé

UCC : Unité Cognitivo- Comportementale

UPAD : Unité pour Personnes Âgées Désorientées



# INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Evolution de la répartition des résidents par tranche d'âgede la répartition des résidents par	8
Figure 2: Evolution de la provenance des nouveaux résidents	9
Figure 3 : Evolution des durées moyennes de séjour des résidents présents	9
Figure 4 : Evolution des motifs des sorties définitives	9
Figure 5 : Evolution de la répartition des résidents selon les GIR	10
Figure 6 : Evolution du GMP de l'établissement	10
Figure 7 : Planning prévisionnel de la réalisation de l'évaluation interne	12
Figure 8 : Composition des groupes de travail	13
Figure 9 : Répartition du taux de participation par réunion	14
Figure 10 : Evolution des résultats de l'évaluation interne, selon les axes de l'ANESM – diagra	amme
radar	20
Figure 11 : Evolution des résultats de l'évaluation interne, selon les axes de l'ANESM – graphiq	jue en
barres	21
Figure 12 : Résultats de l'axe 1 : Garantie des droits individuels et collectifs	23
Figure 13 : Résultats de l'axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilit	té des
résidents	24
Figure 14 : Résultats de l'axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidien	ine et
accompagnement de la situation de dépendance	25
Figure 15 : Résultats de l'axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement	26
Figure 16 : Résultats de l'axe 5 : Accompagnement de fin de vie	27
Figure 17 : Synthèse graphique des résultats selon les 5 axes de l'ANESM	27
Figure 18 : Résultats des différents chapitres de l'évaluation interne	28
Figure 19 : Détail des résultats, par référence, du référentiel AGEVAL®	29
INDEX DES TABLEAUX	
Tableau 1 : Effectifs autorisés par la convention Tripartite signée en 2012	6
Tableau 2 : Liste des principaux documents de contractualisation	
Tableau 3 : Répartition de la charge de travail par groupe	
Tableau 4 : Présentation de l'évolution des résultats de l'évaluation interne, selon les axes de l'AN	
,	17



# 1. Introduction

L'établissement « Les Hauts du Château » a été créé en 1947 afin d'accueillir des personnes vulnérables pour les accompagner et les soigner au quotidien. Préventorium à l'origine, la structure pansait les patients atteints de primo-infection tuberculeuse. Avec le succès du programme de lutte et de prévention envers cette maladie, elle modifia sa mission en 1967, pour recevoir les personnes âgées.

De maison de retraite publique jusqu'à la fin 2005, elle s'est transformée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à la suite de la signature de la convention tripartite (CTP) de première génération qui a pris effet au 1er janvier 2006. La convention tripartite engage l'Etat, le conseil départemental du Maine et Loire et l'établissement, dans un objectif de démarche qualité. La renégociation de la CTP a eu lieu en 2012. Depuis son édification, l'établissement fait partie intégrante de l'histoire et de la vie de la commune de Champtocé-sur-Loire.

L'établissement a déjà réalisé une évaluation interne en 2012-2013 pour la période 2013 – 2017. Cette évaluation a été transmise aux autorités le 11 juillet 2013.

Le présent rapport d'évaluation interne, de l'EHPAD les Hauts du Château, est le fruit de la coopération de nombreux acteurs et reflète l'activité de l'établissement au 1er trimestre 2018. Cette évaluation sera une référence importante du système d'amélioration continue de la qualité pour l'établissement sur la période 2018 - 2022.

# 2. Presentation de l'etablissement

# 2.1. <u>Carte d'identité</u>

EHPAD Les Hauts du Château

Numéro FINESS: 490002110

Statut juridique: EHPAD Public

**Direction: Sandrine LAUXERROIS** 

Adresse: 2 rue du Tire Jarret 49123 Champtocé-sur-Loire

Tél.: 02 41 39 91 66

Mail: administration@leshautsduchateau.fr

<u>Site internet</u>: <a href="http://www.leshautsduchateau.fr">http://www.leshautsduchateau.fr</a>

Capacité d'accueil totale : 75 places d'hébergement permanent

Capacité des secteurs EHPAD : 63 logements Capacité du secteur UPAD : 12 logements

# 2.2. <u>Missions et orientations de l'établissement</u>

#### **AUTORISATION DE L'ETABLISSEMENT**

L'EHPAD "Les Hauts du Château" est un lieu de vie qui a pour mission :

- D'accompagner les personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans, dans 75 logements individuels ;
- De répondre aux besoins, attentes et souhaits des résidents ;



• D'accompagner les personnes âgées malades d'Alzheimer ou maladie apparentée grâce à une Unité pour Personnes Âgées Désorientées (UPAD) depuis février 2012.

Le cadre réglementaire est principalement contenu dans la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ainsi que dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui intègre le secteur médico-social.

L'établissement suit également le Plan Maladies Neurodégénératives 2014 - 2019 dans le cadre de son activité auprès des personnes âgées atteintes par la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Le projet régional de santé 2018 - 2022 et la feuille de route pour le territoire du Maine et Loire qui en découle sont des sources locales de projets à réaliser. Ils permettent à l'établissement de se situer par rapport au parcours de santé définis dans notre territoire.

#### PROJET D'ETABLISSEMENT

Issue d'un arbre des valeurs, construit par l'ensemble des personnes présentes dans l'établissement, notre culture d'établissement à laquelle chacun adhère est fondée sur la remise en question permanente de nos pratiques professionnelles. Elle se définit autours des définitions suivantes ;

- **Respect** : sentiment qui incite à considérer quelqu'un avec égard.
- **Bientraitance**: culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être du résident en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.
- **Humanité**: disposition à la compréhension, à l'empathie envers ses semblables qui porte à aider ceux qui en ont besoin.
- **Dignité** : sentiment que quelqu'un a de la valeur, acceptation de la personne telle qu'elle est.
- **Ethique**: réflexion, questionnement pluridisciplinaire qui permet d'adapter au mieux, à un instant, sa pratique professionnelle devant une situation complexe.

Notre établissement, pour proposer aux résidents un accompagnement de qualité, fait face à différents enjeux :

- Adaptation de l'offre médico-sociale de l'établissement aux besoins de la population du territoire (hébergement spécifique pour des personnes souffrant de pathologies psychiatriques, pour des personnes handicapées vieillissantes ou pour des personnes présentant des troubles du comportement sévères, ...).
- Evolution des compétences des professionnels aux besoins spécifiques des résidents.
- Suivi de la réglementation et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM).
- Réponse aux besoins et attentes des résidents et des familles qui évoluent de manière constante.



Afin de répondre aux enjeux de l'accompagnement des résidents, les objectifs de l'établissement sont :

- Faire vivre les **projets d'accompagnement personnalisés** dans toutes les dimensions de l'accompagnement.
- S'approprier la **culture gérontologique** : prévenir, évaluer et adapter.
- Diversifier notre offre en créant des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).
- **Proposer des prestations de type hôtelier** avec l'appui d'une gouvernante (restauration, hygiène des locaux, ...).
- Améliorer les conditions de sécurité et de travail et la qualité de vie des agents (document unique, Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT), temps de rencontre entre les agents pour favoriser la cohésion d'équipe, ...).
- Intégrer la **démarche qualité** dans sa pratique professionnelle (amélioration continue, documentation, traçabilité, audits, ...).

A l'heure actuelle, le projet d'établissement se décline en 34 fiches actions, dont 20% des actions sont réalisées. Il est consultable sur le site internet de l'établissement ainsi qu'en version papier au service qualité.

#### **EFFECTIF DE L'ETABLISSEMENT**

Tableau 1 : Effectifs autorisés par la convention Tripartite signée en 2012.

Direction	1,00 ETP
Administration	3,00 ETP
Services généraux – cuisine	4,00 ETP
Services généraux – service technique	1,00 ETP
Animation – service social	1,00 ETP
ASH, agents de service	15,00 ETP
Psychologue	0,30 ETP
AS et AMP	15,00 ETP
Infirmiers	3,00 ETP
Cadre de santé	1,00 ETP
Ergothérapeute	0,15 ETP
Médecin coordonnateur	0,30 ETP
Total ETP autorisés :	44,75 ETP

#### **CONTRACTUALISATIONS**

Tableau 2 : Liste des principaux documents de contractualisation.

Type de contrat	Date
Contrat de séjour	01/03/2018
Convention tripartite	30/09/2012
Livret d'accueil	03/10/2016
Projet d'établissement	21/02/2017
Règlement de fonctionnement	19/01/2018



La CTP prenant fin en septembre 2017, la démarche de contractualisation par la négociation puis la signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)<sup>1</sup> est en cours de réalisation. Ces deux étapes sont prévues pour le second semestre 2018. Aussi la présente évaluation interne, et notamment son plan d'actions, sera intégrée aux documents utilisés pour la définition des objectifs du CPOM.

Les objectifs institutionnels définis dans la CTP ont été suivis lors de ces 5 années d'application, de septembre 2012 à septembre 2017. Ces objectifs étaient ;

- S'assurer du respect des droits des résidents ;
- Lutter contre la maltraitance et promotion de la bientraitance ;
- Garantir l'expression des résidents et de leurs proches ;
- Mettre en place les Projets d'Accompagnement Personnalisé ;
- Proposer des prestations et un accompagnement de qualité;
- Promouvoir l'intimité des résidents ;
- Maintenir les liens sociaux des résidents ;
- Améliorer la qualité des processus de restauration et d'hôtellerie.

Chaque année, le Comité d'Orientation Stratégique (COS) décline ces objectifs institutionnels en objectifs opérationnels, selon les échéanciers fixés dans la CTP.

L'établissement a également établi des conventions dans différents domaines d'activité :

Sujet de la convention	Cosignataires de la convention	Commune ou ville d'implantation
Prestation pharmaceutique	Pharmacie GUERIN	Champtocé-sur-Loire (49)
Plan bleu	Hôpital de la Corniche Angevine CHU d'ANGERS	Chalonnes-sur-Loire (49) Angers (49)
Ingénieur « Risques légionnelles » Ingénieur « Développement durable »	Association des Centres hospitaliers de proximité et les EHPAD Publics de Maine et Loire (ACEP 49) ARS Pays de Loire Département de Maine et Loire	(49)  Nantes (44)  Angers (49)
Etablissement actif du Plan National Nutrition Santé	Centre de l'Obésité Bernard Descottes ARS Pays de Loire	Saint-Yrieix-La- Perche (87) Nantes (44)
Accompagnement de résidents de populations spécifiques	Centre de Santé Mentale (CESAME)	Sainte Gemmes sur Loire (49)
Management de la qualité	Structure locale d'appui et d'expertise QualirelSanté	Angers (49)
Maîtrise du risque infectieux	Structure locale d'appui et d'expertise ANJELIN	Angers (49)

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> La loi relative à l'Adaptation de la Société au vieillissement dans son article 58 prévoit l'obligation pour les EHPAD de contractualiser avec le Directeur Général de l'ARS (DGARS) et le Président du Conseil départemental, dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) tripartites, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017et jusqu'au 31 décembre 2021.



Sujet de la convention	Cosignataires de la convention	Commune ou ville d'implantation
Maîtrise du risque infectieux	Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS)	Nantes (44)
Accompagnement de résidents en fin de vie Soutien aux proches et aux professionnels	Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)	Ancenis (44)
Accompagnement des résidents	Hospitalisation à Domicile (HAD) St Sauveur	Ste Gemmes sur Loire (49)
Gymnastique adaptée	S.I.E.L. Bleu	Angers (49)
Services spirituels aux résidents	Diocèse d'Angers Paroisse catholique Ste Marie	Angers (49) Loire Auxence (44)
Location de bouteilles d'oxygène médical	ALISEO	Orvault (44)
Groupement d'achats (changes, produits d'entretien)	Centre Hospitalier Saint Nazaire	Saint Nazaire (44)
Groupement d'achats (restauration)	Force 5	Angers (49)
Location d'un véhicule de transport adapté	EHPAD les Moncellières	Ingrandes (49)
Analyses biologiques	Laboratoire BIOMELIS	Chalonnes-sur-Loire (49)
Gazette familiale	Familéo	Saint Malo (35)
Signalement des évènements indésirables graves	ARS Pays de Loire	Nantes (44)
Temps d'activités péri-éducatifs (TAP'S)	Mairie de Champtocé-sur-Loire (jusqu'à juin 2018)	Champtocé-sur-Loire (49)

# 2.3. <u>Caractérisation de la population accueillie</u>

L'ensemble des données de cette partie sont issues du compte administratif 2017.

# Répartition par tranche d'âge

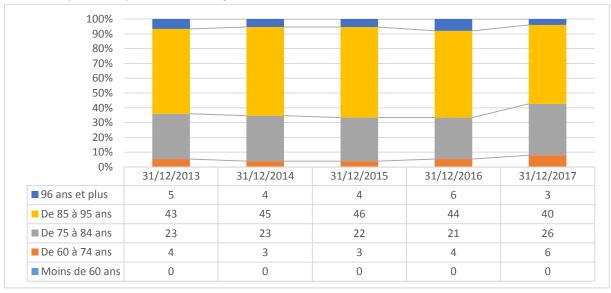


Figure 1 : Evolution de la répartition des résidents par tranche d'âge.



#### Provenance des résidents

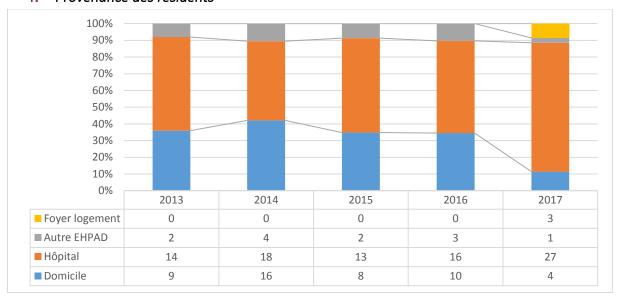


Figure 2 : Evolution de la provenance des nouveaux résidents.

### Durée moyenne de séjour des personnes accompagnées



Figure 3 : Evolution des durées moyennes de séjour des résidents présents.

# **Motifs** de sorties

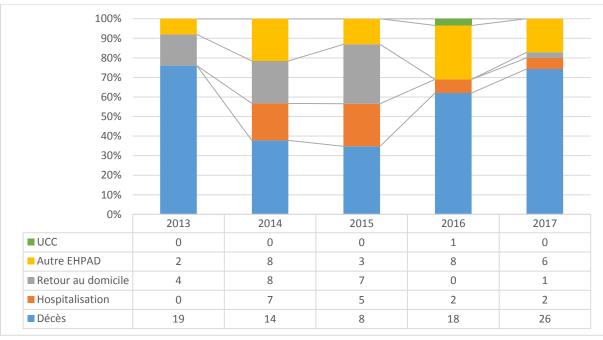


Figure 4 : Evolution des motifs des sorties définitives.



#### Groupes ISO ressources (GIR) des résidents au 31/12 100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0% 2014 2015 2017 2013 2016 ■ GIR 6 2 2 2 2 0 ■ GIR 5 3 2 4 1 1 GIR 4 23 20 23 21 22 ■GIR 3 8 9 6 9 13 GIR 2 29 31 32 26 26 GIR 1 10 11 11 13 13

GIR Moyen Pondéré (GMP) validés 700 690 680 670 660 650 2013 2014 2015 2016 2017 669,2 -GMP 693,6 691,87 676,53 695,73

Figure 5 : Evolution de la répartition des résidents selon les GIR.

Figure 6 : Evolution du GMP de l'établissement.

À la suite de la visite d'un médecin du conseil départemental le 17 mai 2018, le GMP est retenu à 699 pour cette année.

#### PMP de l'établissement

Le PMP de l'établissement a été validé par un médecin de l'Agence Régionale de Santé (ARS) le 25 mai 2018 à 242 points.



# 3. METHODOLOGIE

# 3.1. Protocole d'évaluation

#### LES CHOIX DE TEMPORALITES QUI ONT ETE RETENUS POUR LA REALISATION DE L'EVALUATION

L'évaluation interne est une démarche où l'implication de tous les acteurs de la qualité de vie des résidents est primordiale. En effet un des objectifs principaux de cette méthode est le questionnement sur le fonctionnement de tous les services de l'établissement et la mise en avant des projets réalisés par la structure.

Le cadre réglementaire demande que les résultats de cette évaluation interne soient communiqués aux autorités délivrant l'autorisation au moment de la signature ou du renouvellement du CPOM. La négociation du CPOM étant prévue lors de l'année 2018, il était donc indispensable de réaliser la démarche dès le 1er trimestre 2018.



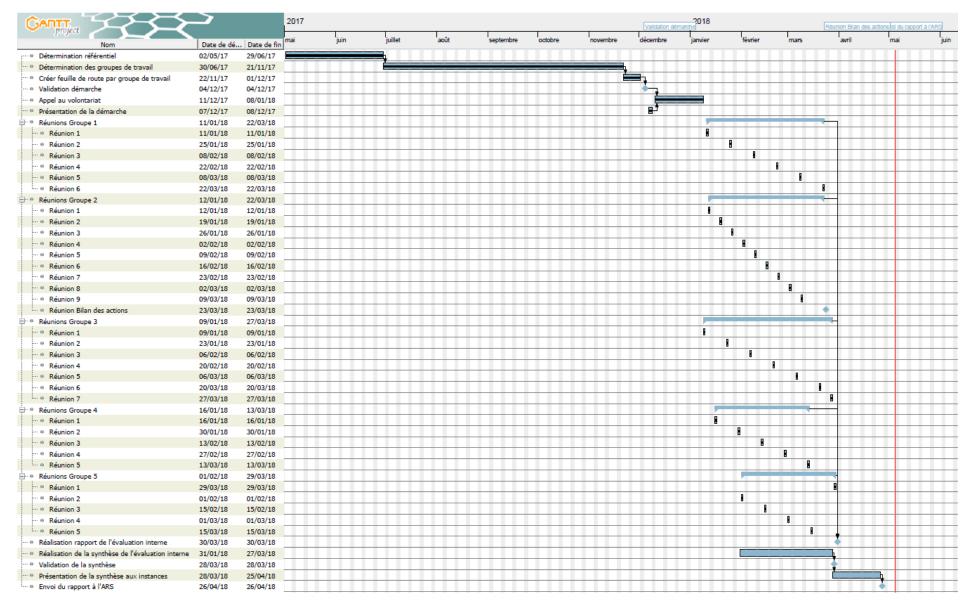


Figure 7 : Planning prévisionnel de la réalisation de l'évaluation interne.



#### L'ORGANISATION ET LES CHOIX MANAGERIAUX OPERES

Toutes les réunions des groupes de travail ont suivi un déroulement commun. Les groupes de travail se réunissaient pour une durée maximale de 1h30, entre 14h30 et 16h, et répondaient aux questions des critères prévus par les animateurs. Ces derniers pouvaient, en fonction de l'avancée des groupes, ajuster le nombre de critères étudiés dans la séance.

L'ensemble des groupes de travail, soit 26 au total, ont été animés par la directrice, la cadre de santé, le qualiticien, le médecin coordonnateur et un élève directeur de l'EHESP (cf. : Tableau 3, page 15, qui répertorie les différents groupes de travail, le nombre de critères étudiés et le nombre de réunions réalisées).

#### LES ATTENTIONS PARTICULIERES LORS DE LA REALISATION DE LA DEMARCHE

La démarche pour l'évaluation interne est participative, aussi il a été nécessaire de réaliser plusieurs sessions de sensibilisation et de communication (réunion du personnel, déplacement lors des transmissions, ...) pour s'assurer que tous les agents aient la même information et qu'ils puissent tous avoir la possibilité de participer.

Le référentiel est un outil clé en main crée par AGEVAL® en lien avec les recommandations de l'ANESM. Aussi certaines questions ne correspondaient pas aux missions de l'établissement ou les termes employés ne correspondaient pas aux valeurs des professionnels. Un ajustement pondéré a été effectué.

Le grand nombre et la grande concentration des réunions ont parfois obligé des agents à venir sur leur temps libre ; cela est d'autant plus vrai pour les personnels de nuit.

L'implication des professionnels et leur engagement ont permis de mener à bien cette mission.

#### LES MOYENS HUMAINS MOBILISES AU COURS DE LA DEMARCHE

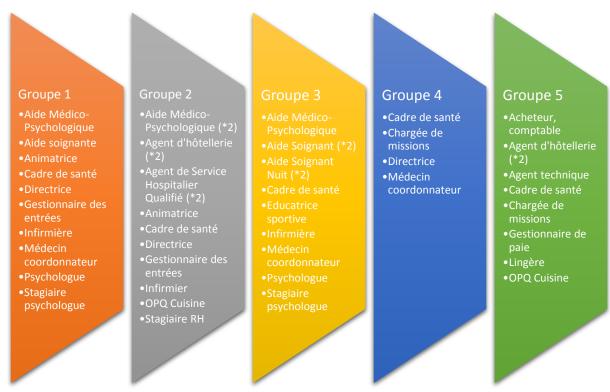


Figure 8 : Composition des groupes de travail.



Au total, 32 agents ont participé aux groupes de travail. Soit :

- 10 Agents de soins
- 6 Agents administratifs
- 4 Agents d'encadrement
- 3 Agents des services généraux
- 3 Infirmiers
- 3 Professionnels paramédicaux
- 2 Agents d'hôtellerie
- 1 Animatrice

L'ensemble des 28 réunions a duré 39 heures. Rapporté au nombre d'agents, c'est une mobilisation de plus de 246 heures qui a été nécessaire pour la réalisation de l'évaluation interne.

Le taux de participation est de 68,47% sur l'ensemble des réunions.

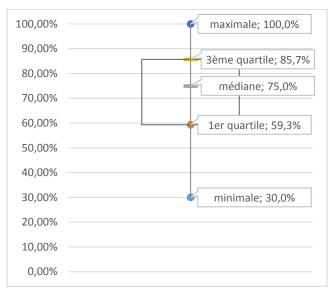


Figure 9 : Répartition du taux de participation par réunion.

#### LA STRATEGIE DE COMMUNICATION AUTOUR DE LA DEMARCHE

La planification et la stratégie de communication a été déterminée par le comité de pilotage de l'évaluation interne puis présentée en commission d'orientation stratégique (COS) et en CODIR. Le qualiticien et l'élève directeur ont réalisé différentes communications et utilisé différents supports afin de s'assurer que l'ensemble des professionnels reçoive les informations relatives à l'évaluation interne.

Lors de la réunion du personnel, le jeudi 7 décembre 2017, le qualiticien est intervenu pour présenter la démarche et les groupes de travail. À la suite de cela le qualiticien s'est déplacé dans les différents secteurs d'activité pour présenter de nouveau la démarche pour les personnes absentes.

En parallèle les rôles des groupes ont été affichés en salle de pause, et des feuilles de volontariat ont été préparées. Les thèmes abordés par chaque groupe ont été affichés sur les mêmes documents.

Enfin un courrier (2017-12-30) a été envoyé à l'ensemble des agents pour présenter la démarche et rappeler les éléments affichés et communiqués.

Une fois les groupes constitués, un courrier (2017-12-57) a été envoyé aux professionnels pour les remercier et leur présenter la composition définitive des groupes de travail.



### 3.2. <u>Structuration de la démarche</u>

#### **C**OMITE DE PILOTAGE

La directrice, l'élève directeur et le qualiticien forment le comité de pilotage. Il a défini le cadre de l'évaluation interne en amont de sa réalisation. Le planning et les dates butoirs ont été définis pour mai 2018. De plus, le comité de pilotage a défini, en préparation de l'évaluation interne, le nombre de groupe de travail, leur composition fonctionnelle, le nombre minimal de participants et les outils utilisés pour la remontée de l'information.

Le comité de direction de l'établissement a été impliqué dans le pilotage de l'évaluation interne dans la validation de la méthode, de la communication et de la temporalité de la démarche.

Le comité de pilotage a ensuite été garant de la bonne tenue des groupes de travail tout au long de la période et du suivi de l'avancement de la remontée d'information relativement au planning prévisionnel.

Enfin la directrice et le qualiticien ont réalisé la validation du plan d'action de l'évaluation interne après prise en considération des autres plans d'actions de l'établissements (projet d'établissement, évaluation externe, DARI, etc.) et la hiérarchisation de ces objectifs sera concomitante à la négociation du CPOM.

#### **M**ETHODOLOGIE

Le référentiel utilisé est celui proposé par la plateforme AGEVAL®. Il a été adapté à la structure en supprimant la référence relative à l'hébergement temporaire.

Le référentiel a été comparé aux recommandations de l'ANESM pour s'assurer que l'ensemble des critères demandés par l'ANESM soient bien présents dans le référentiel AGEVAL®. Puis les objectifs indiqués dans les recommandations ont été mis en corrélation avec le plan du référentiel.

Les groupes de travail ont été préparés pour répartir la charge de travail par chapitre.

**Chapitres étudiés** Nombre de Nombre de critères réunions Groupe 1 Chapitre 1 : Accueil et accompagnement de la personne 126 critères 5 réunions Groupe 2 Chapitre 2 : Cadre de vie et vie quotidienne 193 critères 7 réunions Chapitre 3 : Vie sociale des résidents **Groupe 3** Chapitre 4 : Impact des éléments de santé sur la qualité 185 critères 6 réunions de vie **Groupe 4** 108 critères 4 réunions Chapitre 5 : Management stratégique Chapitre 7 : Management de la qualité et sécurité des soins Chapitre 6: Management des ressources 102 critères 4 réunions Groupe 5

Tableau 3 : Répartition de la charge de travail par groupe.

Les groupes ont été constitués lors de la semaine 52. Les convocations rappelant les jours de réunions ont été rédigées et diffusées durant cette semaine également.

Lors de chaque réunion, les agents étudiaient les critères puis débattaient et argumentaient avant de définir chaque réponse. Chaque élément d'appréciation avait pour modalités de réponse : Oui, En



grande partie, Partiellement, Non ou Non concerné. Pour les aider, les animateurs pouvaient s'appuyer sur la méthode du QQOQCP (Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?). Après les réponses aux critères, les groupes de travail ont déterminé les points forts et axes d'amélioration de l'établissement avant de proposer un plan d'action provisoire.

#### **CONSULTATION DES USAGERS**

Les usagers ont été consultés à travers la dernière enquête de satisfaction réalisée auprès d'eux ainsi que par le café causerie et le Conseil de la Vie Sociale (CVS).

Leur voix était principalement exprimée dans le groupe 2 : Cadre de vie et vie quotidienne et Vie sociale des résidents.

#### **CONSULTATION DES PROFESSIONNELS**

Les professionnels étaient partie prenante de chaque groupe de travail. Aussi il a été précisé, au lancement de chaque groupe, que leur voix représentait l'ensemble de leurs collègues et de l'activité de l'établissement. Ainsi chaque agent engagé dans les groupes de travail a pu exprimer la réalité du terrain pour lui et ses collègues.

### 3.3. <u>Modalités de la remontée de l'information</u>

Le référentiel utilisé pour la réalisation de l'évaluation a été construit spécifiquement de sorte à répondre aux différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM ainsi qu'aux exigences réglementaires qui incombent au secteur social et médico-social.

Ce référentiel comprend les axes définis par l'ANESM à savoir :

- 1 La garantie des droits individuels et collectifs ;
- 2 La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents ;
- 3 Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance ;
- 4 La personnalisation de l'accompagnement ;
- 5 L'accompagnement en fin de vie.

De plus, le référentiel AGEVAL® comprend 3 chapitres spécifiques au management de l'établissement afin d'être le plus complet possible. Ces chapitres complémentaires permettent de répondre au cadre défini dans la circulaire DGCS/SD5C n°2011-398.

# 3.4. Présentation de la spécification des objectifs

Les objectifs de l'évaluation interne sont définis dans la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 et précisés dans la circulaire DGCS/SD5C n°2011-398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans ces textes, il est précisé que l'évaluation interne doit porter à minima sur :

- La promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale;
- La personnalisation de l'accompagnement;
- La garantie des droits et la participation des usagers ;
- La protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.

De plus, elle porte une appréciation sur :



- L'insertion et l'ouverture de l'établissement sur son environnement, l'intégration des différentes ressources internes et externes ;
- L'organisation interne, les ressources humaines et financières, le système d'information.

Le référentiel AGEVAL® porte sur l'ensemble de ces éléments. En complément, et afin de répondre aux critères de l'ANESM, des critères spécifiques à l'accompagnement en fin de vie sont présents.

# 4. RESULTATS

# 4.1. <u>Comparaison avec l'évaluation précédente</u>

Le référentiel utilisé répond aux axes et critères de l'ANESM, mais sa construction est différente. Aussi pour pouvoir comparer les résultats à ceux de la précédente évaluation il est nécessaire de réaliser un tableau de correspondance.

Dans ce tableau, les colonnes de gauches représentent les axes et critères de l'ANESM ainsi que le score de conformité de l'évaluation précédente.

Les colonnes centrales présentent les critères du référentiel AGEVAL® qui répondent aux axes de l'ANESM ainsi que le score de conformité à ces critères.

Enfin la colonne de droite représente l'évolution du score de conformité pour chaque critère.

Tableau 4 : Présentation de l'évolution des résultats de l'évaluation interne, selon les axes de l'ANESM.

ANESM		AGEVAL®		
Critère	Score évaluation précédente	Critères correspondants	Score évaluation actuelle	Evolution du score
1	AXE 1 : La gar	rantie des droits individuels et collectifs		
La garantie des droits individuels	68,51%	1. L'accompagnement à la décision 2. L'admission 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives aux résidents 5.d. Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté 6.c. Respect de l'intimité du résident 6.d. Vie spirituelle des résidents 6.e. Equilibre entre obligations de sécurité et respect de la liberté des résidents 8.d. Identification du résident 12. La participation du résident à la vie de la cité	75,50%	+6,99%
La garantie des droits collectifs	46,82%	5.a. Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance 11. La participation du résident et de ses proches à la vie de l'établissement	80,61%	+33,79%



ANESM		AGEVAL®		
Critère	Score évaluation précédente	Critères correspondants	Score évaluation actuelle	Evolution du score
		28. La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers		
AXE 2 : La prévent	ion des risqu	es liés à la santé inhérents à la vulnérab	ilité des résic	lents
La prévention et la prise en charge de la douleur	41,54%	15.a. Prise en charge de la douleur	58%	+16,46%
La prévention et la prise en charge des chutes	24,44%	15.e. Prise en charge des chutes	93%	+68,56%
La prévention et la prise en charge des escarres	35,00%	15.d. Prise en charge des escarres	81%	+46,00%
La prévention et la prise en charge de la dénutrition	53,33%	7.e. Les repas 15.b. Troubles de l'état nutritionnel 15.f. Hygiène bucco-dentaire	76,19%	+22,86%
La prévention et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement	38,93%	16. Prise en charge spécifique	85,94%	+47,01%
L'analyse et la maîtrise du risque infectieux	36,00%	14. La gestion du circuit du médicament 27.d. Maîtrise du risque infectieux	86,06%	+50,06%
La continuité des soins	29,57%	13.a. Coordination des soins 13.b. Prise en charge des urgences vitales	81,25%	+51,68%
AXE 3 : Le maintien des	s capacités da	ans les actes de la vie quotidienne et l'ad situation de dépendance	ccompagnem	ient de la
Le maintien des capacités de déplacements et l'accompagnement de la personne invalide	65,29%	7.c. Transition entre espace privé et espaces collectifs 7.d. Espace dédié aux repas 13.b. Accompagnement de la dépendance 15.c. Prise en charge de l'incontinence	74,88%	+9,59%
La toilette	67,92%	7.a. Organisation personnalisée du lever, du petit déjeuner et de la toilette	91,00%	+23,08%
	AXE 4 : La pe	ersonnalisation de l'accompagnement		
Le projet personnalisé	24,33%	L'accueil     L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé	61,87%	+37,54%



ANESM		AGEVAL®		
Critère	Score évaluation précédente	Critères correspondants	Score évaluation actuelle	Evolution du score
		6.a. Appropriation du nouveau lieu de résidents		
		6.b. Respect des habitudes de la vie personnelle		
		7.b. Organisation personnalisée du coucher et de la nuit		
		8.b. Les demandes des résidents vers les professionnels		
		8.c. Facteurs de qualité de vie		
La personnalisation des activités individuelles et	30,63%	9.b. Mise en relation dans le cadre des activités collectives d'animation sociale	79,12%	+48,49%
collectives		9.c. Implication des personnels dans la vie sociale des résidents		
La possibilité du		7.f. Diversifier les possibilités de rencontre		
maintien des liens sociaux	42,67%	9.a. Relations entre les résidents dans la vie quotidienne	66,05%	+23,38%
		10. Les relations avec les proches		
	AXE 5:	L'accompagnement de fin de vie		
		17.b. Principes d'accompagnement des résidents en fin de vie		
L'accompagnement de la personne en fin de vie	42,00%	17.d. Modalités de prise en charge des différents symptômes liés à la fin de vie	81%	+39,00%
		17.e. Les besoins spirituels 17.f. La phase terminale		
Le soutien des proches et des professionnels lors des accompagnements de fin de vie	60,00%	17.a. Formation et accompagnement des professionnels 17.c. Places des familles lors de la fin de vie	62,67%	+2,67%

Les graphiques suivants permettent de visualiser l'évolution des résultats.



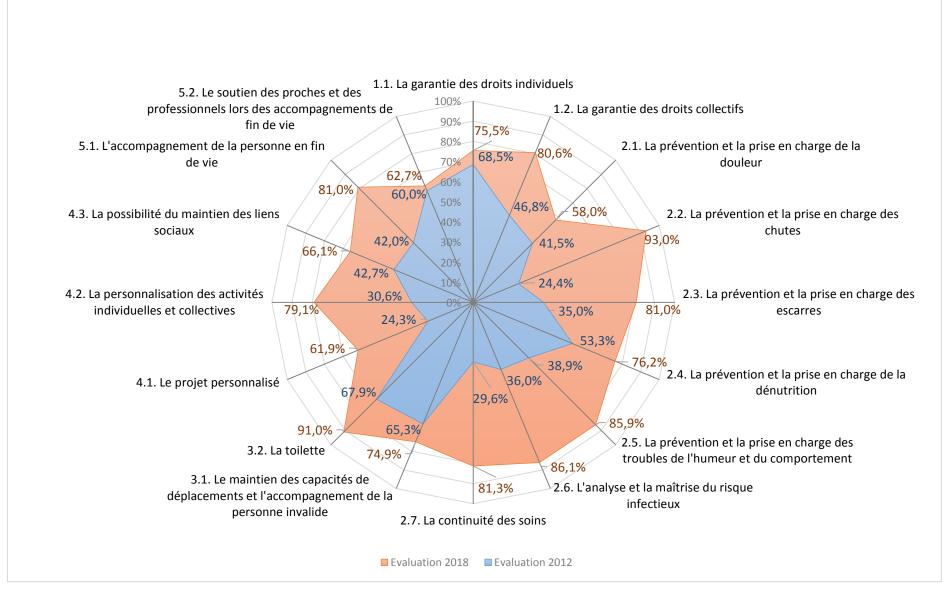


Figure 10 : Evolution des résultats de l'évaluation interne, selon les axes de l'ANESM – diagramme radar.



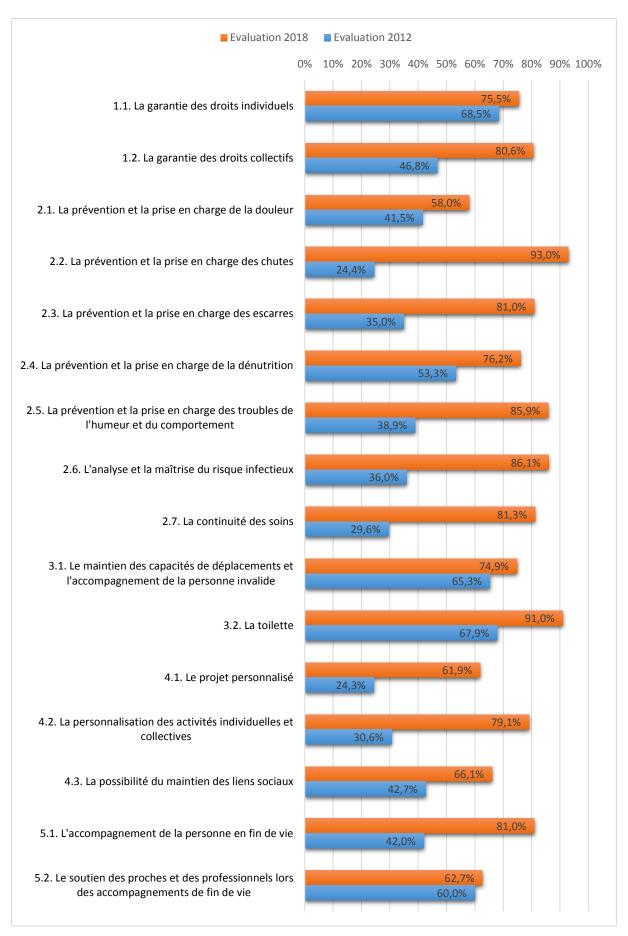


Figure 11 : Evolution des résultats de l'évaluation interne, selon les axes de l'ANESM – graphique en barres.



# 4.2. <u>Présentation synthétique des résultats</u>

# REPRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS, SELON LES AXES DE L'ANESM

# Axe 1 : Garantie des droits individuels et collectifs

Référence 1. L'accompagnement à la décision	
1a. Informations des personnes âgées/familles qui font une demande d'entrée en établissement : la préadmission.	67%
1b. Relations avec les personnes âgées concernées lors de la préadmission et de l'admission	68%
1c. Relations avec les proches qui accompagnent la personne âgée	60%
1d. Dialogue entre la personne concernée et ses proches	50%
Référence 2. L'admission	
2a. Le dossier de demande d'entrée (dossier unique national)	83%
2b. La décision d'admission	95%
2c. La période entre la décision d'admission et l'entrée	88%
2d. Informer précisément sur le droit des usagers	85%
Référence 5. Droits et libertés du résident	
5a. Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	60%
5b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident	100%
5c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident	92%
5d. Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté	67%
Référence 6. La vie privée du résident	
6c. Respect de l'intimité des résidents	86%
6d. Vie spirituelle des résidents	75%
6e. Équilibre entre obligations de sécurité et respect de la liberté des résidents	90%
Référence 8. Les relations au quotidien avec les professionnels	
8d. Identification du résident	67%
Référence 11. La participation du résident et de ses proches à la vie de l'établissement	
11a. Organisation et efficience du conseil de vie sociale	70%
11b. Prise en compte de l'expression de tous les résidents en dehors des cadres formalisés de participation	94%
11c. Implication des usagers, de leurs représentants et des associations	96%
Référence 12. La participation du résident à la vie de la cité	
12a. Exercice du droit civique, rôle d'acteur économique des résidents	69%
Référence 28. La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers	
28a. Le système de gestion des plaintes et réclamations	88%
28b. Évaluation de la satisfaction des résidents et familles	88%
Score de conformité de l'axe 1	77%



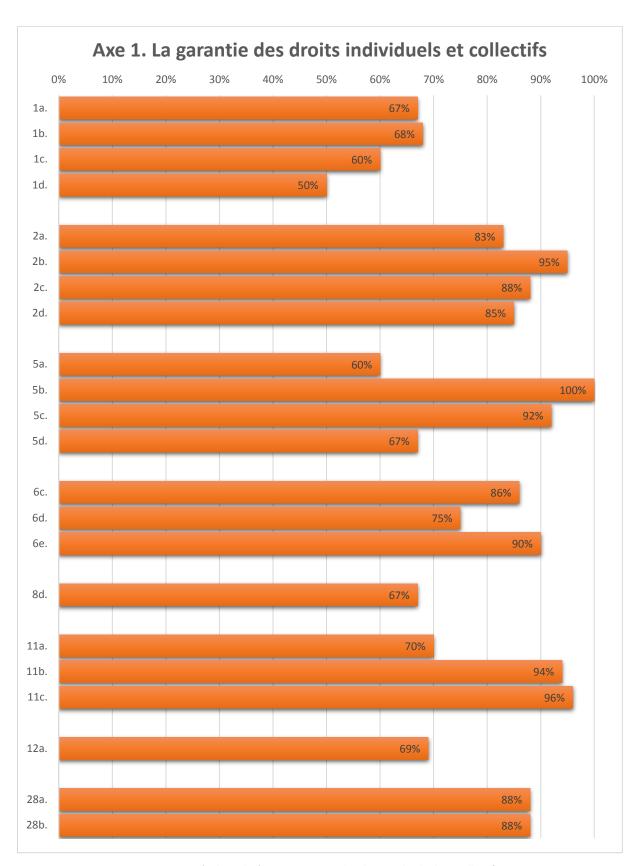


Figure 12 : Résultats de l'axe 1 : Garantie des droits individuels et collectifs.



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

Référence 7. Le résident et la vie collective au quotidien	
7e. Les repas	80%
Référence 13. Soins : coordination des diverses interventions	
13a. Coordination des soins	89%
13c. Prise en charge des urgences vitales	58%
Référence 14. La gestion du circuit du médicament	
14a. Le management du circuit du médicament	81%
14b. La gestion globale du circuit du médicament : prescription, dispensation, stockage, préparation, administration	93%
14c. La gestion du circuit du médicament spécifique à l'EHPAD	63%
Référence 15. La prévention des risques de santé	
15a. Prise en charge de la douleur	58%
15b. Troubles de l'état nutritionnel	89%
15d. Prise en charge des escarres	81%
15e. Prise en charge des chutes	93%
15f. Hygiène bucco-dentaire	43%
Référence 16. Prise en charge spécifique	
16a. Accompagnement des résidents appartenant à une population spécifique	91%
16b. Accompagnement des résidents atteints de détériorations cognitives	100%
16c. Risque suicidaire	58%
Référence 27. Le programme global et coordonné de management de la qualité et la sécurité des soins	
27d. Maîtrise du risque infectieux	92%
Score de conformité de l'axe 2	82%

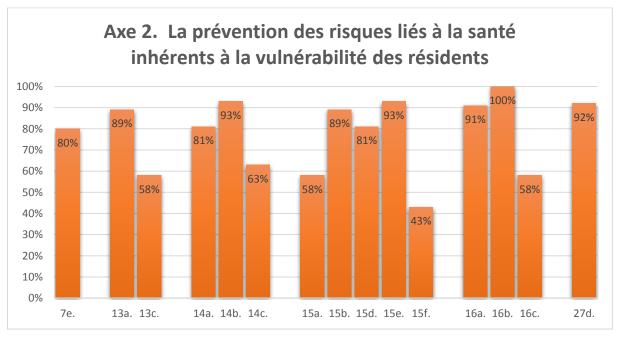


Figure 13 : Résultats de l'axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents.



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

Score de conformité de l'axe	3 79%
15c. Prise en charge de l'incontinence	46%
Référence 15. La prévention des risques de santé	
13b. Accompagnement de la dépendance	85%
Référence 13. Soins : coordination des diverses interventions	
7d. Espace dédié aux repas	100%
7c. Transition entre espace privé et espaces collectifs	80%
7a. Organisation personnalisée du lever, du petit déjeuner et de la toilette	91%
Référence 7. Le résident et la vie collective au quotidien	

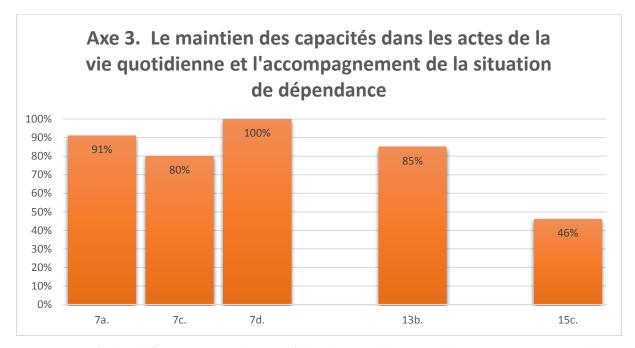


Figure 14 : Résultats de l'axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance



# Axe 4: La personnalisation de l'accompagnement

Référence 3. L'accueil	
3a. Préparer l'arrivée	96%
3b. Permettre à la personne de prendre rapidement des repères	36%
3c. Les premières semaines	50%
3d. Associer et soutenir les proches pendant cette phase	69%
Référence 4. L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé	
4a. Expression de la personne et des proches	54%
4b. Intervention des professionnels	66%
4c. Planifier la co-construction du projet personnalisé	29%
Référence 6. La vie privée du résident	
6a. Appropriation du nouveau lieu de résidence	78%
6b. Respect des habitudes de la vie personnelle	84%
Référence 7. Le résident et la vie collective au quotidien	
7b. Organisation personnalisé du coucher et de la nuit	67%
7f. Diversifier les possibilités de rencontre	85%
Référence 8. Les relations au quotidien avec les professionnels	
8b. Les demandes des résidents vers les professionnels	96%
8c. Facteurs de qualité de vie	100%
Référence 9. Les relations entre les résidents	
9a. Relations entre les résidents dans la vie quotidienne	67%
9b. Mise en relation dans le cadre des activités collectives d'animation sociale	85%
9c. Implication des personnels dans la vie sociale des résidents	65%
Référence 10. Les relations avec les proches	
10a. Relations entre les résidents et leurs proches	79%
10b. Implication des autres acteurs de la vie sociale dans l'établissement	19%
Score de conformité de l'axe 4	65%

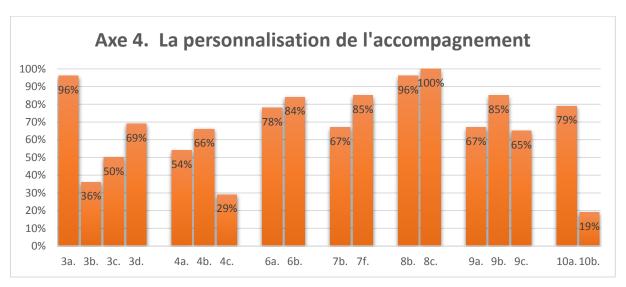


Figure 15 : Résultats de l'axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement.



#### Axe 5 : Accompagnement de fin de vie

Score de conformité de l'axe 5	75%
17f. La phase terminale	100%
17e. Les besoins spirituels	100%
17d. Modalités de prise en charge des différents symptômes liés à la fin de vie	89%
17c. Place des familles lors de la fin de vie	66%
17b. Principes d'accompagnement des résidents en fin de vie	66%
17a. Formation et accompagnement des professionnels	60%
Référence 17. La fin de vie	

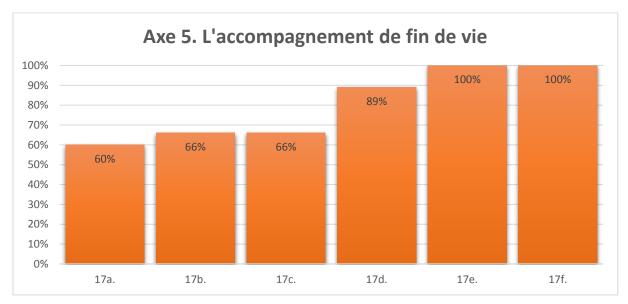
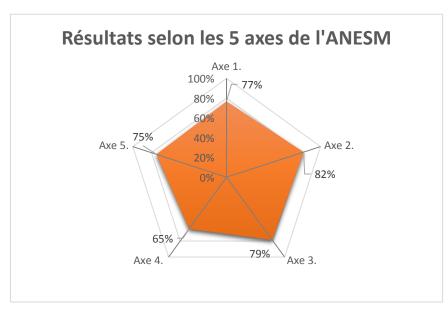


Figure 16 : Résultats de l'axe 5 : Accompagnement de fin de vie

#### Synthèse des résultats selon les axes de l'ANESM

Score de conformité générale de l'évaluation par rapport aux axes de l'ANESM : 75,26%.



Score calculé sur la base d'une moyenne pondérée des critères présentés dans le Tableau 4 : Présentation de l'évolution des résultats de l'évaluation interne, selon les axes de l'ANESM.

Figure 17 : Synthèse graphique des résultats selon les 5 axes de l'ANESM.



#### REPRESENTATION DES RESULTATS SELON LE REFERENTIEL AGEVAL®

Le <u>score de conformité général</u> de l'EHPAD est de <u>**75,80%**</u> sur les 714 éléments d'appréciation du référentiel AGEVAL®.

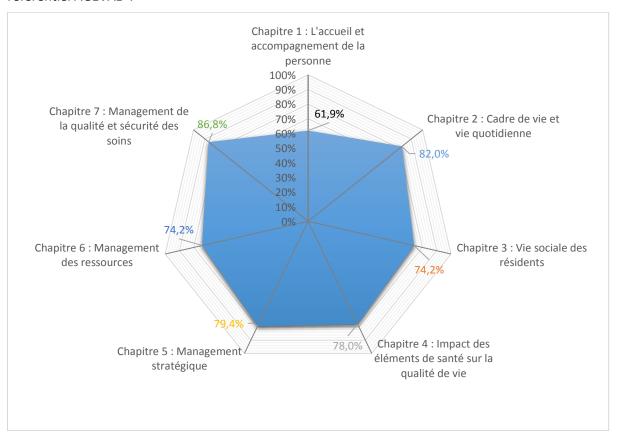


Figure 18 : Résultats des différents chapitres de l'évaluation interne.

Les résultats de chaque référence composant les différents chapitres sont présentés ci-contre.

Le chapitre 1 est composé des références 1 à 4;
Le chapitre 2 est composé des références 5 à 8;
Le chapitre 3 est composé des références 9 à 12;
Le chapitre 4 est composé des références 13 à 17;
Le chapitre 5 est composé des références 18 à 20;
Le chapitre 6 est composé des références 21 à 26;
Le chapitre 7 est composé des références 27 et 28;



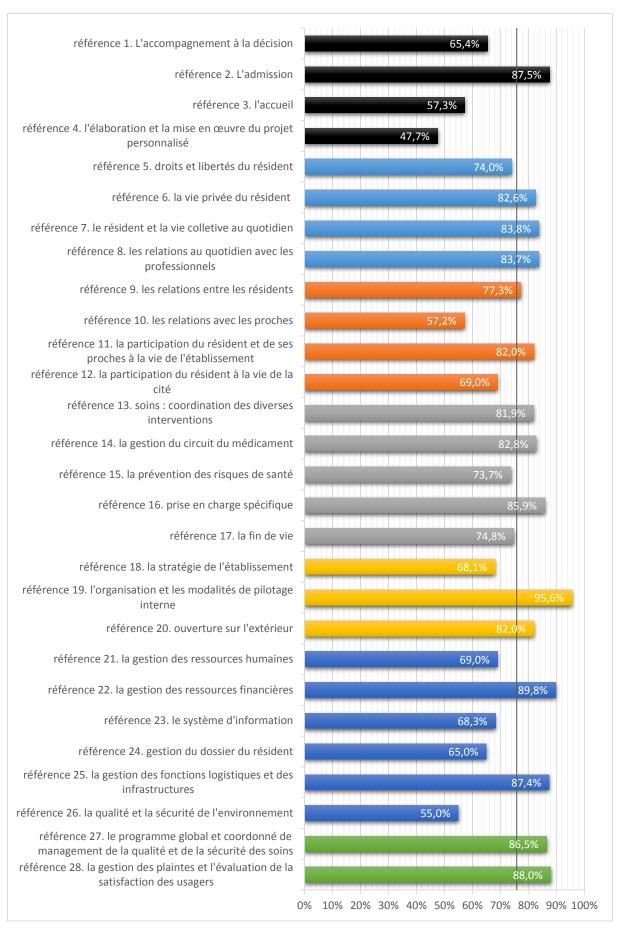


Figure 19 : Détail des résultats, par référence, du référentiel AGEVAL®.



# 4.3. <u>Présentation détaillée des résultats, par critère</u>

# L'ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE

Référence 1 : L'accompagnement à la décision				
Critère 1.a. Informations des personnes âgées/familles qui font une demande d'entrée en établissement : la préadmission.				
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité Axe ANESM correspondant			
19	67%			
Points forts	La visite de préadmission est systématique auprès du futur résident (par le cadre de santé et/ou le médecin coordonnateur). Des informations sont diffusées aux résidents et/ou ses proches (différences entre l'entrée en EHPAD et une hospitalisation, organisation de l'établissement, tarifs, etc.). La visite de l'établissement est proposée à chaque rencontre avec le résident et/ou ses proches.  Il existe un guide de la visite de préadmission.  Le consentement est systématiquement recherché.  Les futurs résidents sont informés de leur inscription sur une liste d'attente. Ils sont recontactés régulièrement afin de faire un point sur le maintien de leur demande.			
Axes d'amélioration	Le protocole de préadmission n'existe pas.			
Objectif(s) Associé(s)	<ul> <li>Garantir l'accès aux informations des personnes âgées/familles qui font une demande d'entrée en établissement.</li> <li>Optimiser la procédure de préadmission</li> <li>Adapter l'information selon son public cible (Evaluation externe – objectif 07)</li> </ul>			
Critère 1.b. Relations avec les personnes âgées concernées lors de la préadmission et de l'admission				
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
11	68%	1		
Points forts	Lors des visites de préadmission, la recherche du consentement du résident est systématique, le niveau de compréhension de la situation par la personne âgée est donc évalué.			



	La psychologue de l'établissement organise des rencontres avec l'ensemble des résidents entrant, notamment ceux présentant des troubles cognitifs sévères. Elle peut donc rechercher le niveau d'assentiment à leur entrée pour tous les profils de résidents.  La désignation d'une personne de confiance est demandée systématiquement avant l'admission et est intégrée au dossier d'admission.		
Axes d'amélioration	La personne de confiance n'est pas désignée systématiquement par le futur résident, mais en général par la famille de celui-ci.  Le rôle de la personne de confiance n'est pas connu par les résidents ni les professionnels, notamment la différence avec la personne référente.		
Objectif(s) Associé(s)	Optimiser la procédure de préadmission S'assurer que chacun (professionnels, résidents, futurs résidents, proches) connaisse le rôle de la personne de confiance Adapter l'information selon son public cible (Evaluation externe – objectif 07)		
Critère 1	.c. Relations avec les proches qui accompagnent la perso	nne âgée	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
5	60%	1	
Points forts	L'écoute du résident est au centre des priorités. Les propersonnalisation de l'accompagnement de leur proche.	L'écoute du résident est au centre des priorités. Les proches sont considérés comme des partenaires dans la personnalisation de l'accompagnement de leur proche.	
	Les informations données aux familles lors de la préadmission ne prennent pas en compte les possibilités d'aides et de soutiens existant dans le territoire et ne précisent pas les places des proches dans la vie de l'établissement.		
Axes d'amélioration	et de soutiens existant dans le territoire et ne précisent p	·	
Objectif(s) Associé(s)	<u> </u>	·	
Objectif(s) Associé(s)	Garantir l'accès aux informations des personnes	as les places des proches dans la vie de l'établissement. âgées/familles qui font une demande d'entrée en	
Objectif(s) Associé(s)	Garantir l'accès aux informations des personnes établissement.	as les places des proches dans la vie de l'établissement. âgées/familles qui font une demande d'entrée en	
Objectif(s) Associé(s)  Crit	Garantir l'accès aux informations des personnes établissement. ère 1.d. Dialogue entre la personne concernée et ses prod	as les places des proches dans la vie de l'établissement. âgées/familles qui font une demande d'entrée en ches	



Axes d'amélioration	Pour les demandes d'admission qui ne répondent pas aux critères d'entrée pas, lors de la réponse au demandeur et ses proches, d'alternatives à l'entr parti de son rôle.  Il n'y a pas de visite de proposée avec les professionnels paramédicaux de l'établissement ne dispose pas des ressources nécessaires.	rée dans la structure, car cela ne fait pas
Objectif(s) Associé(s)	Optimiser la procédure de préadmission	
Bilan de la référence	80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 1.a 1.b 1.c	1.d

Référence 2 : L'admission		
Critère 2.a. Le dossier de demande d'entrée.		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
4	83%	1
Points forts	l'accompagnement et des soins. Le cadre de santé appelle toutes les personnes qui peuve	s dossiers transmis par la direction sur le plan de ent être admises après avis de la commission.  ayant demandé une admission sur leur situation afin de



Axes d'amélioration	La fréquence des relances des personnes ayant demandé une admission est à définir.			
Objectif(s) associé(s)	Optimiser la procédure de préadmission			
Critère 2.b. La décision d'admission				
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité Axe ANESM correspondant			
5	95%	1		
	La commission d'admission est présente et fonctionne.			
Points forts	Une procédure d'admission est formalisée et permet de déterminer l'organisation en interne à suivre pour le traitement de chaque dossier.			
	Lors de l'admission, il est expliqué au futur résident que son entrée en institution n'est pas définitive et qu'il re libre de changer de structure s'il le souhaite			
Axes d'amélioration	La nomination et l'identification en systématique des référents n'est pas effective.			
Objectif(s) associé(s)	Renforcer le rôle du référent			
Cri	tère 2.c. La période entre la décision d'admission et l'ent	rée		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
4	88%	1		
Points forts	La commission d'admission est présente et fonctionne.  Une procédure d'admission est formalisée et permet de déterminer l'organisation en interne à suivre pour le traitement de chaque dossier.  Toutes les informations et conseils nécessaires pour l'entrée du résident dans la structure sont communiqués.			
Axes d'amélioration	/			
Objectif(s) associé(s)	Optimiser la procédure de préadmission			
	Critère 2.d. Informer précisément sur le droit des usagers			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
10	85%	1		
Points forts	La charte des droits et libertés est donnée à l'entrée du résident, dans le livret d'accueil.			



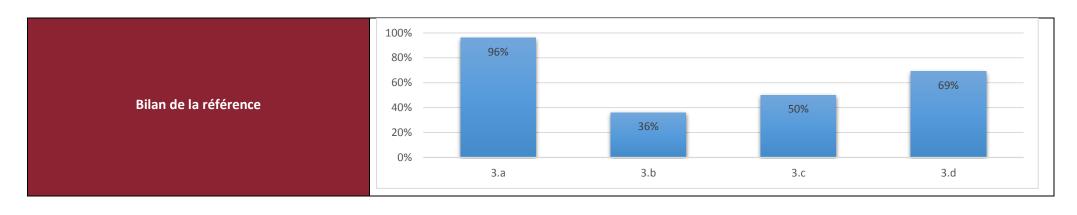
	Les articles de la charte sont majoritairement déclinés dans les documents remis à l'entrée (contrat de séjour, livret d'accueil, règlement de fonctionnement) et les projets d'accompagnement personnalisés sont introduits dès l'admission et réévalués jusqu'à la sortie du résident.  De plus, l'établissement reste à l'écoute des familles pour répondre aux questions qu'elles pourraient avoir par rapport aux différents documents remis.			
Axes d'amélioration	Les modalités de liberté de culte Les modalités d'exercice des droi			endre.
Objectif(s) associé(s)	Améliorer la poursuite de la vie citoyenne  Elaborer les outils de la loi 2002-2 dans une sémantique positive  Faciliter l'accès à la pratique cultuelle des résidents			
Bilan de la référence	100% 80% 83% 60% 40% 20% 2.a	95% 2.b	88% 2.c	2.d

Référence 3 : L'accueil				
Critère 3.a. Préparer l'arrivée				
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité Axe ANESM correspondant			
6	96%	4		
Points forts	L'entrée est organisée en amont par les équipes. La famille et le résident sont accompagnés pour l'arrivée de ce dernier. Les logements peuvent être aménagés avec des objets personnels.			
Axes d'amélioration	Améliorer l'annonce de l'arrivée d'un résident aux autres résidents.			



	Améliorer l'accueil du nouveau résident		
Objectif(s) associé(s)	Renforcer l'information du résident sur ses droits et renforcer sa participation à l'élaboration et la validation		
	de leur PAP ( <i>Projet d'établissement – fiche action n</i> °8,		
Critère	3.b. Permettre à la personne de prendre rapidement des	repères	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
11	36%	4	
Points forts	Un trombinoscope des personnels présents est affiché cl	naque jour dans les différents services.	
Axes d'amélioration	Programmer une visite de l'établissement après l'entrée	du résident.	
Objectif(s) associé(s)	Elaborer la procédure d'intégration des résidents		
	Critère 3.c. Les premières semaines		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
6	50%	4	
Points forts	Une vigilance particulière est mise en place afin de faciliter la vie du résident les premières semaines de sa présence.		
Axes d'amélioration			
Objectif(s) associé(s)	Elaborer la procédure d'intégration des résidents		
Crit	ère 3.d. Associer et soutenir les proches pendant cette pl	nase	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
4	69%	4	
Points forts	Les proches sont informés de la date et de l'horaire d'entrée du résident. Le livret d'accueil est remis aux résidents et aux familles.  Une psychologue est présente pour accompagner les familles. La cadre de santé rencontre les familles qui le demandent. La direction reçoit les familles un ou 2 mois après l'admission du résident et établie un premier bilan oral.		
Axes d'amélioration			
Objectif(s) associé(s)	Elaborer la procédure d'intégration des résidents		





Référence 4 : L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé			
Critère 4.a. Expression de la personne et des proches			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
18	54%	4	
Points forts	L'expression du résident et son consentement sont systématiquement recherchés, les PAP sont signés par les résidents.  La procédure de réalisation des PAP est formalisée, les référents professionnels sont nommés et les recueils auprès des résidents sont réalisés à l'entrée et tout au long du séjour du résident, dans le cadre de la réévaluation du PAP.  Une psychologue, une éducatrice sportive et une ergothérapeute sont présentes dans l'établissement pour évaluer les capacités des résidents (physiques et cognitives).		
Axes d'amélioration	Les résidents ne s'approprient pas la charte des droits et libertés de la personne accueillie.  Les directives anticipées et la personne de confiance ne sont pas désignées systématiquement.  Le rôle et la place du référent familial ne sont pas définis.  Les éléments recherchés dans le recueil ne répondent pas à l'ensemble des éléments désirés (les comportements et attitudes non verbaux, le type d'activités et leurs modalités, ses savoir-faire, sa créativité, ses engagements		



	dans la vie de la cité, les souvenirs valorisants, liés à l'exercice de son ancien métier, de se distraire avec intérêt et prendre du plaisir).  Les modalités de réévaluation / modification du PAP ne sont pas connues de tous les résidents.  Organiser le recueil d'information auprès des parties prenantes afin d'assurer un accompagnement personnalisé	
Objectif(s) associé(s)	S'assurer de la connaissance par toutes les parties pr Renforcer l'information du résident sur ses droits et de leur PAP (Projet d'établissement – fiche action n°8	renforcer sa participation à l'élaboration et la validation
	Critère 4.b. Intervention des professionnels	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
8	66%	4
Points forts	Chaque résident a un référent PAP qui réalise le recueil des informations nécessaires à la construction du PAP et sa réévaluation.  Des réunions pluridisciplinaires sont réalisées pour la formalisation et la réévaluation du PAP. Tous les professionnels de soins, l'animation sont impliqués dans la démarche de construction des PAP.  Les PAP sont réévalués régulièrement par les agents.	
Axes d'amélioration	L'avenant au contrat du séjour en raison de la réalisation du PAP n'est pas formalisé.	
Objectif(s) associé(s)	Améliorer la co-construction des PAP  Améliorer le respect de la confidentialité dans les pratiques professionnelles  S'assurer d'avoir des documents institutionnels conformes à la réglementation	
	ritère 4.c. Planifier la co-construction du projet personnal	lisé
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
14	29%	4
Points forts	Les PAP sont réévalués en réunion pluridisciplinaire, les objectifs sont revus pour être en adéquation avec les souhaits et besoins du résident ainsi que son état de santé.  Les PAP sont tous disponibles sur le logiciel de soins, ainsi tous les agents peuvent les consulter.	



	Les PAP ne sont pas réévalués à chaque changement de l'état de santé du résident.		
	En dehors de la réunion pluridisciplinaire, il n'y a pas de planification de bilans intermédiaires par les agents		
Axes d'amélioration	concernés. La réunion pluridisciplinaire n'est pas réalisée de manière annuelle.		
	Le résident n'est pas présent dans la co-construction de son PAP.		
	Les objectifs du PAP ne font pas l'objet d'un avenant signé, lié au contrat de séjour.		
	Améliorer la co-construction des PAP		
Objectif(s) associé(s)	Renforcer l'information du résident sur ses droits et renforcer sa participation à l'élaboration et la validatio		
	de leur PAP <i>(Projet d'établissement – fiche action n°8)</i>		
	100%		
	80%		
	60%		
Bilan de la référence	40% 54%		
	20%		
	0%		
	4.a 4.b 4.c		

## **C**ADRE DE VIE ET VIE QUOTIDIENNE

Référence 5 : Droits et libertés du résident			
Critère 5.a. Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
5	60%	1	
Points forts	Des formations sur la bientraitance (formations Humanitude) ont été réalisées pour les soignants ainsi que l'animatrice. L'ensemble des résidents sont suivis par une équipe pluridisciplinaire sensibilisés à cette thématique. La démarche de bientraitance (COPIL) est lancée dans l'établissement depuis plusieurs années.		

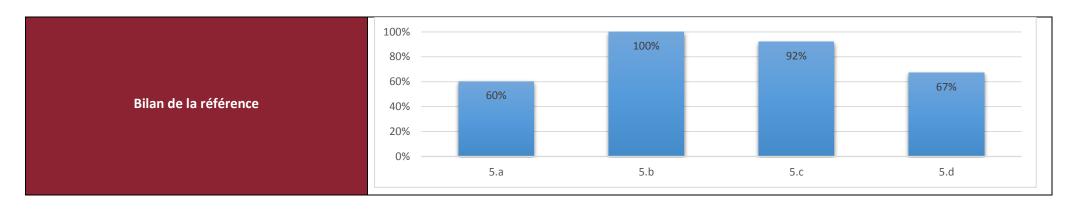


La démarche des PAP est mise en place dans l'établissement et permet d'apporter un accompagnement en adéquation avec les souhaits des résidents.  La déclaration des évènements indésirables, et donc des cas de maltraitance, est un système intégré par les agents.  Le nom des personnes qualifiées concernant le signalement des actes de maltraitance est affiché dans l'établissement avec les modalités de contact et noté dans le livret d'accueil. Le numéro national de signalement des actes de maltraitance est également indiqué dans le livret d'accueil. Le numéro national de signalement des actes de maltraitance est également indiqué dans le livret d'accueil.  La formation à l'Humanitude des professionnels non soignants est à organiser.  Les souhaits des résidents concernant l'utilisation de familiarités (prénom, tutoiement) ne sont pas tracés dans les PAP ou le dossier de soins.  Objectif(s) associé(s)  Il Enrichir la culture de la bientraitance dans l'établissement Il Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques professionnelles (Projet d'établissement—fiche action n°10)  Critère 5-b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident  Nombre d'éléments d'appréciation  Score de conformité  Axe ANESM correspondant  3 100% 1  Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  Il Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5-c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident					
La déclaration des évènements indésirables, et donc des cas de maltraitance, est un système intégré par les agents.  Le nom des personnes qualifiées concernant le signalement des actes de maltraitance est affiché dans l'établissement avec les modalités de contact et noté dans le livret d'accueil. Le numéro national de signalement des actes de maltraitance est également indiqué dans le livret d'accueil.  La formation à l'Humanitude des professionnels non soignants est à organiser.  Les souhaits des résidents concernant l'utilisation de familiarités (prénom, tutoiement) ne sont pas tracés dans les PAP ou le dossier de soins.  Il Enrichir la culture de la bientraitance dans l'établissement Il Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques professionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°10)  Critère 5-b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident  Nombre d'éléments d'appréciation  Score de conformité  Axe ANESM correspondant  3 100% 1  Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  Il Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5-c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident					
agents.  Le nom des personnes qualifiées concernant le signalement des actes de maltraitance est affiché dans l'établissement avec les modalités de contact et noté dans le livret d'accueil. Le numéro national de signalement des actes de maltraitance est également indiqué dans le livret d'accueil.  La formation à l'Humanitude des professionnels non soignants est à organiser.  Les souhaits des résidents concernant l'utilisation de familiarités (prénom, tutoiement) ne sont pas tracés dans les PAP ou le dossier de soins.  Objectif(s) associé(s)  Il Enrichir la culture de la bientraitance dans l'établissement Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques professionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°10)  Critère 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident  Nombre d'éléments d'appréciation Score de conformité Axe ANESM correspondant 3 100% 1  Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  Il Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident		adéquation avec les souhaits des résidents.			
Le nom des personnes qualifiées concernant le signalement des actes de maltraitance est affiché dans l'établissement avec les modalités de contact et noté dans le livret d'accueil. Le numéro national de signalement des actes de maltraitance est également indiqué dans le livret d'accueil.  La formation à l'Humanitude des professionnels non soignants est à organiser.  Les souhaits des résidents concernant l'utilisation de familiarités (prénom, tutoiement) ne sont pas tracés dans les PAP ou le dossier de soins.  Objectif(s) associé(s)  Il Enrichir la culture de la bientraitance dans l'établissement Il Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques professionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°10)  Critère 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident  Nombre d'éléments d'appréciation  Score de conformité  Axe ANESM correspondant  3 100%  1  Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  Il Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère S.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident		La déclaration des évènements indésirables, et donc d	les cas de maltraitance, est un système intégré par les		
l'établissement avec les modalités de contact et noté dans le livret d'accueil. Le numéro national de signalement des actes de maltraitance est également indiqué dans le livret d'accueil.  La formation à l'Humanitude des professionnels non soignants est à organiser.  Les souhaits des résidents concernant l'utilisation de familiarités (prénom, tutoiement) ne sont pas tracés dans les PAP ou le dossier de soins.  Déjectif(s) associé(s)  Il Enrichir la culture de la bientraitance dans l'établissement Il Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques professionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°10)  Critère 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident  Nombre d'éléments d'appréciation  Score de conformité  Axe ANESM correspondant  3 100%  1  Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  Il Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident		agents.			
des actes de maltraitance est également indiqué dans le livret d'accueil.  La formation à l'Humanitude des professionnels non soignants est à organiser.  Les souhaits des résidents concernant l'utilisation de familiarités (prénom, tutoiement) ne sont pas tracés dans les PAP ou le dossier de soins.  Objectif(s) associé(s)  I Enrichir la culture de la bientraitance dans l'établissement Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques professionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°10)  Critère 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident  Nombre d'éléments d'appréciation  Score de conformité  Axe ANESM correspondant  3 100% 1  Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  I Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident		Le nom des personnes qualifiées concernant le sigr	nalement des actes de maltraitance est affiché dans		
La formation à l'Humanitude des professionnels non soignants est à organiser.  Les souhaits des résidents concernant l'utilisation de familiarités (prénom, tutoiement) ne sont pas tracés dans les PAP ou le dossier de soins.  Objectif(s) associé(s)  Il Enrichir la culture de la bientraitance dans l'établissement Il Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques professionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°10)  Critère 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident  Nombre d'éléments d'appréciation  Score de conformité  Axe ANESM correspondant  100%  1  Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  Il Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident		l'établissement avec les modalités de contact et noté da	ns le livret d'accueil. Le numéro national de signalement		
Les souhaits des résidents concernant l'utilisation de familiarités (prénom, tutoiement) ne sont pas tracés dans les PAP ou le dossier de soins.  Objectif(s) associé(s)  Il Enrichir la culture de la bientraitance dans l'établissement Il Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques professionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°10)  Critère 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident  Nombre d'éléments d'appréciation  Score de conformité  Axe ANESM correspondant  1 00%  1 Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  Il Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident		des actes de maltraitance est également indiqué dans le	livret d'accueil.		
les PAP ou le dossier de soins.    Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques professionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°10)   Critère 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident   Nombre d'éléments d'appréciation   Score de conformité   Axe ANESM correspondant		La formation à l'Humanitude des professionnels non soi	gnants est à organiser.		
Objectif(s) associé(s)    Enrichir la culture de la bientraitance dans l'établissement   Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques professionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°10)    Critère 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident   Nombre d'éléments d'appréciation   Score de conformité   Axe ANESM correspondant	Axes d'amélioration	Les souhaits des résidents concernant l'utilisation de fa	miliarités (prénom, tutoiement) ne sont pas tracés dans		
Objectif(s) associé(s)  Il Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques professionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°10)  Critère 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident  Nombre d'éléments d'appréciation  Score de conformité  Axe ANESM correspondant  3  100%  1  Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  Il Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident		les PAP ou le dossier de soins.			
Critère 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident  Nombre d'éléments d'appréciation  Score de conformité  Axe ANESM correspondant  100%  1  Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident		Enrichir la culture de la bientraitance dans l'établisse	ment		
Critère 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du résident  Nombre d'éléments d'appréciation  Score de conformité  Axe ANESM correspondant  3 100% 1  Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  I Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident	Objectif(s) associé(s)	Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques pro	ofessionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°10)		
Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  Il Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident	C	ritère 5.b. Respect de la dignité et de l'intimité du réside	nt		
Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées pendant les soins.  Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis.  Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  I Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident	Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
Points forts Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis. Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s) Il Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident	3	100%	1		
Points forts Un salon des familles est accessible librement au rez-de-chaussée et peut être réservé pour des repas et des après-midis. Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s) Il Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident		Des pancartes "Soins en cours" sont distribuées à tous les agents de soins et permettent de supprimer les entrées			
après-midis. Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s) Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident					
après-midis. Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui permet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.  Axes d'amélioration La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s) Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident	Points forts	   Un salon des familles est accessible librement au rez-c	le-chaussée et peut être réservé pour des repas et des		
Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident			·		
Axes d'amélioration  La porte du salon des familles est verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée.  Objectif(s) associé(s)  Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident		Les souhaits des résidents sont pris en compte ce qui pe	rmet de proposer des soins dans le respect de sa dignité.		
Objectif(s) associé(s)  Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité  Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident	Axes d'amélioration				
Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident		i i			
Nombre d'éléments d'appréciation Score de conformité Axe ANESM correspondant			Critère 5.c. Respect de la confidentialité des informations relatives au résident		
		·			
3 92% 1	Critère 5.c.  Nombre d'éléments d'appréciation	·	au résident  Axe ANESM correspondant		



Points forts	Les formations initiales et continues (notamment l'Humanitude) des agents permettent de s'assurer qu'ils sont sensibilisés au caractère confidentiel des informations qu'ils peuvent connaître.	
Axes d'amélioration	Les échanges à propos de résidents à destination d'un tiers (famille, proche, médecin traitant, autre) ne respectent pas systématiquement la confidentialité nécessaire à ce type d'information.	
Objectif(s) associé(s)	Améliorer le respect de la confidentialité dans les pra	itiques professionnelles
Critère 5.d. Respe	ct des libertés individuelles et gestion des mesures de re	striction de liberté
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
9	67%	1
Points forts	La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante est affichée dans tous les secteurs ainsi que dans le hall d'entrée. Elle est distribuée à l'entrée en hébergement à tous les résidents.  Des réunions sont régulièrement organisées (salon causerie, réunion des familles) autre que le CVS pour nouer le dialogue entre les professionnels et les résidents et leurs proches.  Tous les logements sont individuels, ce qui permet de préserver l'intimité de chacun et sa liberté à aménager son logement comme bon lui semble.  Des réunions pluridisciplinaires sont organisées régulièrement afin de mettre en place, réévaluer ou supprimer des contentions physiques afin de garantir la sécurité des résidents.	
Axes d'amélioration	La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante n'est pas distribuée aux agents.  Certaines mesures de restrictions ne font pas l'objet de prescriptions écrites. Toute restriction de liberté d'un résident ne fait pas l'objet d'un avenant à son contrat de séjour et la recherche de son consentement est systématique. La démarche de réévaluation des contentions physique n'est pas étendue aux autres moyens de restrictions de libertés (ex : système de contrôle de l'errance).	
Objectif(s) associé(s)	S'assurer du respect de la liberté des résidents	





Référence 6 : La vie privée du résident				
Critère 6.a. Appropriation du nouveau lieu de résidence				
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Score de conformité Axe ANESM correspondant		
9	78%	4		
Points forts	L'aménagement du logement est adapté aux capacités de la personne. Le résident peut personnaliser son logement avec du mobilier personnel.  Le projet d'établissement prévoit d'ici 2020 de donner la possibilité aux résidents de choisir la couleur des murs et du revêtement.			
Axes d'amélioration	Il n'est pas demandé au résident son autorisation d'afficher son nom à l'entrée de la résidence.  La déficience visuelle est à prendre en compte dans l'aménagement du logement du résident comme au sein de l'ensemble de l'établissement			
Objectif(s) associé(s)	Améliorer l'accueil du résident en respectant ses choix et ses souhaits  Proposer un cadre de vie adapté aux résidents ( <i>Projet d'établissement – fiche action n°19</i> )			
Critère 6.b. Respect des habitudes de la vie personnelle				
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
8	84%	4		
Points forts	L'établissement respecte les habitudes de vie des résidents.			



	Si un résident ne souhaite pas manger ce qui lui est pr	oposé lors du repas, les cuisiniers proposent un plat de	
	substitution.		
Axes d'amélioration	Si le recueil des gouts alimentaires sont recensés à l'entrée du résident ; il manque le lien entre ce recueil et la commission restauration pour une prise en compte effective lors de l'élaboration des menus.  L'établissement souhaite proposer deux menus, le midi et le soir, afin que les résidents puissent choisir ce qu'ils souhaitent.		
	Le règlement de fonctionnement ne précise pas que les vaccinés.	animaux de compagnie venant de l'extérieur sont bien	
Objectif(s) associé(s)	Proposer un cadre de vie adapté aux résidents ( <i>Proje</i> S'adapter aux souhaits évolutifs des résidents ( <i>Projet</i>	•	
	Critère 6.c. Respect de l'intimité des résidents		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
9	86%	1	
Points forts	Les professionnels de l'établissement respectent, dans le cadre de leurs pratiques, l'intimité du résident dans sa vie quotidienne.  Le personnel de la résidence est sensibilisé à la sexualité des personnes âgées. Des séances d'Analyse des pratiques ont lieu sur la notion de sexualité.		
Axes d'amélioration	Les familles et proches des résidents n'ont pas reçus d'information ou de sensibilisation à la sexualité en EHPAD.		
Objectif(s) associé(s)	Améliorer l'information relative à l'intimité des réside	ents	
	Critère 6.d. Vie spirituelle des résidents		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
5	75%	1	
Points forts	L'établissement respecte la laïcité et la pratique religieuses des résidents.		
Axes d'amélioration	L'établissement n'a pas identifié de personnes ressources sur le territoire pour chacune des principales religions afin de pouvoir transmettre leurs coordonnées.		
Objectif(s) associé(s)	Faciliter l'accès à la pratique cultuelle des résidents		



Critère 6.e. Equilibre entre obligations de sécurité et respect de la liberté des résidents		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
5	90%	1
Points forts	Les risques potentiels du droit à la liberté d'aller et veni restriction de libertés.	r sont évalués avant la mise en place d'un dispositif de
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	Π /	
Bilan de la référence	60% 78% 40% 20% 0%	86% 90% 6.c 6.d 6.e

Référence 7 : Le résident et la vie collective au quotidien		
Critère 7.a. Organisation personnalisée du lever, du petit déjeuner et de la toilette		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
8	91%	3
Points forts	Les habitudes de vie du résident sont respectées autant que possible, notamment pour son sommeil. Une organisation pour la réalisation des toilettes est en place, les toilettes prescrites sont mises en place et permettent d'adapter le geste de soin aux souhaits et besoins du résident.	
Axes d'amélioration	Le petit déjeuner n'est pas en libre-service, les agents d'hôtellerie sont présents dans les secteurs d'hébergement entre 7h30 et 9h30 pour les distributions des petits déjeuners.	
Objectif(s) associé(s)	Optimiser le processus restauration	

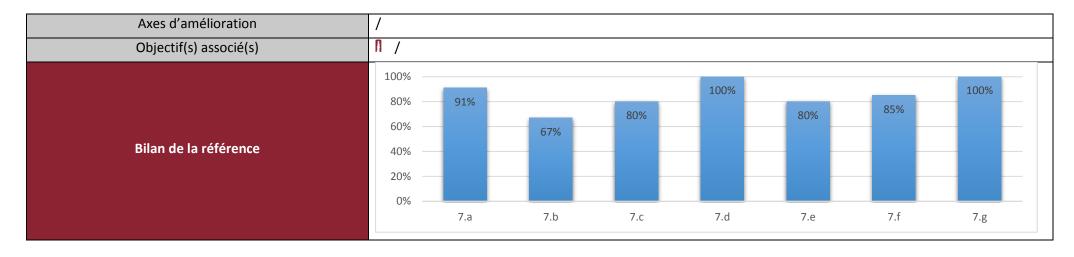


Critère 7.b. Organisation personnalisée du coucher et de la nuit			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
3	67%	4	
Points forts		Des agents sont présents tout au long de la nuit dans l'établissement pour répondre aux besoins des résidents.  Les habitudes de nuit du résident sont respectées et des collations sont proposées la nuit aux résidents.	
Axes d'amélioration	Des temps d'activité sont à programmer la nuit.		
Objectif(s) associé(s)	Améliorer la vie nocturne des résidents  Poursuivre l'amélioration des pratiques relatives au c	ircuit du médicament	
	Critère 7.c. Transition entre espace privé et espaces collect	ifs	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
10	80%	3	
Points forts	Les espaces privés et collectifs sont adaptés à la vie des re	ésidents et notamment des personnes à mobilité réduite.	
Axes d'amélioration	La signalétique n'est pas adaptée aux difficultés des résid	La signalétique n'est pas adaptée aux difficultés des résidents.	
Objectif(s) associé(s)	<ul> <li>Favoriser le déplacement des résidents par une signalétique adaptée</li> <li>Proposer un cadre de vie adapté aux résidents (Projet d'établissement – fiche action n°19)</li> </ul>		
	Critère 7.d. Espaces dédiés aux repas		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
3	100%	3	
Points forts	Le bâtiment est récent et a été conçu pour accueillir l'ensemble des résidents dans un espace convivial. Un salon des familles a été aménagé pour proposer un moment convivial et plus intimiste en famille aux résidents.		
Axes d'amélioration	/	/	
Objectif(s) associé(s)	n /		
Critère 7.e. Les repas			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
24	80%	2	



	La préparation des plats à lieu sur place par une équipe de cuisiniers. Le service à l'assiette est en place au		
	des repas, le midi et le soir, pour le plat chaud.		
	Les menus du jour et à la semaine sont affichés dans les secteurs d'hébergement, et dans la place du village.		
Points forts	Les résidents sont tous invités à manger dans la salle	de restauration, sauf en cas d'incapacité imposant au	
	résident de manger dans son logement ou dans les salon	s de proximité. De plus le résident peut choisir de rester	
	dans son logement pour manger.		
	Le temps du jeûne est respecté.		
	Une attention doit être portée à l'hydratation des réside	nts lors des repas.	
	Le menu de la semaine n'est pas affiché dans la salle de	restauration.	
Axes d'amélioration	Le confort est à améliorer en salle de restauration (insta	llation des résidents sur des chaises).	
	Les agents de cuisine doivent être formés aux textures modifiées et les présentations pouvant être réalisées.		
	Optimiser le processus restauration		
Objectif(s) associé(s)	S'adapter en continu aux besoins des résidents ( <i>Projet d'établissement – fiche action n°20</i> )		
Critère 7.f. Diversifier les possibilités de rencontres			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
5	85%	4	
Points forts	Les locaux sont adaptés pour faciliter les rencontres entre les résidents et leur entourage (famille, professionnel, etc.).		
Axes d'amélioration	Les projets de rénovations n'incluent pas les résidents dans les prises de décisions.		
Objectif(s) associé(s)	Augmenter l'implication des résidents dans la vie de la structure		
Critère 7.g. Les espaces extérieurs			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
	1000/	/	
3	100%		





Référence 8 : Les relations au quotidien avec les professionnels			
Critère 8.a. Identification des professionnels par les résidents et leurs proches			
Nombre d'éléments d'appréciation	d'appréciation Score de conformité Axe ANESM correspondant		
4	75%	/	
Points forts	Chaque agent a sa photo et son nom affiché dans chaque service. Un trombinoscope des professionnels adapté aux résidents est en cours.  L'établissement souhaite, dans le cadre de la philosophie de l'Humanitude, diminuer voire supprimer les tenues blanches type hospitalière des agents pour disposer de tenues civiles de travail ou de tenues colorées.  Les rôles des professionnels sont présentés dans le livret d'accueil des résidents.		
Axes d'amélioration	Les professionnels n'ont pas de badges permettant de les identifier rapidement.		
Objectif(s) associé(s)	Améliorer l'identification des professionnels		
Critère 8.b. Les demandes des résidents vers les professionnels			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
7	96%	4	
Points forts	Les locaux sont bien identifiés et sécurisés.		



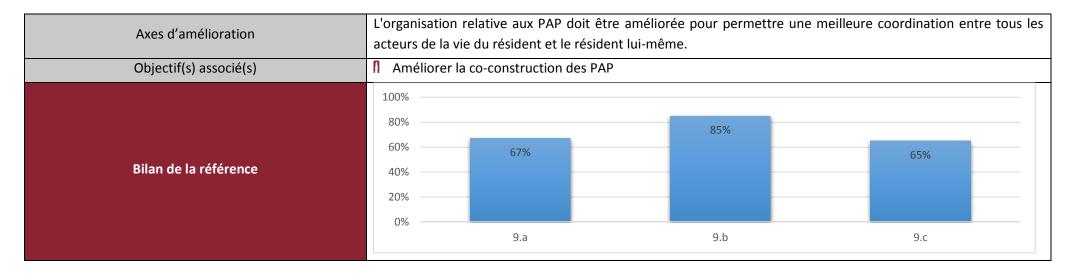
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	<b>n</b> /	
	Critère 8.c. Facteurs de qualité de vie	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
3	100%	4
Points forts	/	
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	n /	
	Critère 8.d. Identification du résident	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
6	67%	1
Points forts	Un trombinoscope et une liste des résidents sont donnés à chaque nouveau personnel. Il y a des photos des résidents à la porte de leur chambre (pour ceux qui le souhaitent).	
Axes d'amélioration	L'établissement n'a pas établi de procédure d'identification des troubles cognitifs.	tion des résidents ne pouvant s'exprimer ou présentant
Objectif(s) associé(s)	Optimiser l'identification des résidents ne pouvant s'e	exprimer ou présentant des troubles cognitifs
Bilan de la référence	100% 80% 60% 75% 40% 20%	100% 67%
	8.a 8.b	8.c 8.d

**VIE SOCIALE DES RESIDENTS** 



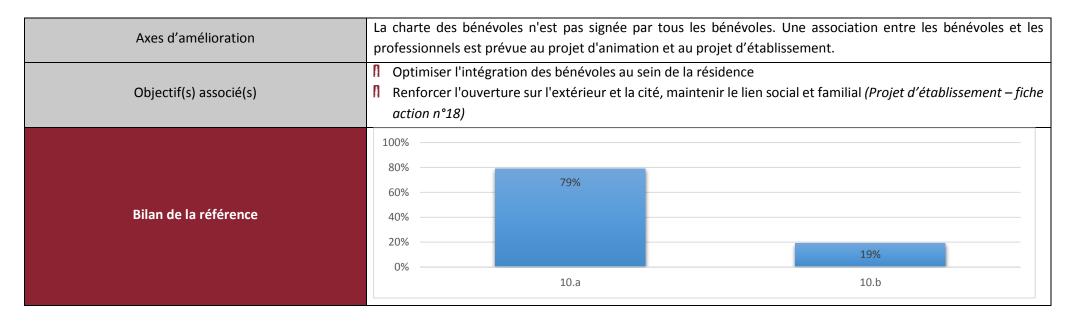
Référence 9 : Les relations entre les résidents			
Crit	Critère 9.a. Relations entre les résidents dans la vie quotidienne		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
3	67%	4	
Points forts	Les locaux permettent les relations et les rencontres ent	re les résidents.	
Axes d'amélioration	Le recueil des habitudes de vie du résident ne sont pas prises en compte dans l'organisation de la vie sociale après le dîner. Il n'y a pas d'organisation prévue pour faciliter la cohabitation à l'arrivée d'un nouveau résident.		
Objectif(s) associé(s)	<ul><li>Améliorer la vie nocturne des résidents</li><li>Elaborer la procédure d'intégration des résidents</li></ul>		
Critère 9.b. Mi	se en relation dans le cadre des activités collectives d'ani	mation sociale	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
12	85%	4	
	L'établissement favorise les liens entre les résidents au travers de l'animation.		
Points forts	Une animatrice est présente à temps pleins sur la structure.		
	Il existe un projet d'animation, une commission animation et Copil animation au sein de la résidence.		
Axes d'amélioration	Une sortie séjour de quelques jours en dehors de l'établissement est en cours réflexion (projet animation)		
Objectif(s) associé(s)	Améliorer la co-construction des PAP  Proposer des animations nouvelles en adéquation avec les souhaits et besoins des résidents (Projet d'animation – objectif 1)		
	Critère 9.c. Implication des professionnels dans la vie sociale des résidents		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
5	65%	4	
Points forts	L'implication des professionnels dans la vie sociale des résidents est mise en avant dans l'établissement.		





Référence 10 : Les relations avec les proches			
Critère 10.a. Relations entre les résidents et leurs proches			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
7	79%	4	
Points forts	Relations entre les résidents et leurs proches et les référents sont favorisées.  Il existe des réunions pluridisciplinaires au sein des équipes pour certaines problématiques.		
Axes d'amélioration	Quand les familles demandent des informations sur leurs parents, elles leur sont données sans systématiquement demander l'accord du résident.		
Objectif(s) associé(s)	Respecter l'accord du résident en toute circonstance		
Critère 10.b. Implication des autres acteurs de la vie sociale dans l'établissement			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
4	19%	4	
Points forts	Il y a une forte implication des acteurs de la vie sociale externes).	dans la vie de l'établissement (bénévoles, intervenants	



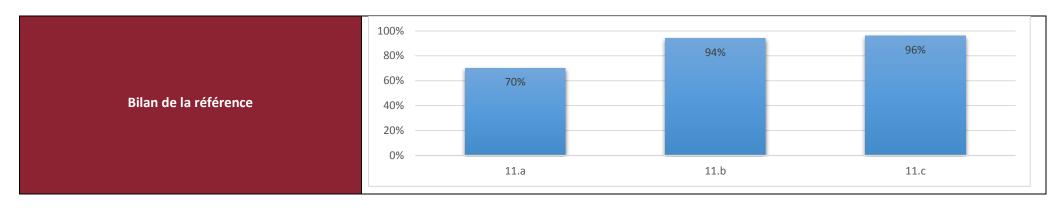


Référence 11 : La participation du résident et de ses proches à la vie de l'établissement			
Critère 11.a. Organisation et efficience du conseil de vie sociale			
Nombre d'éléments d'appréciation	Nombre d'éléments d'appréciation Score de conformité Axe ANESM correspondant		
11	70%	1	
Points forts	Une formation pour les personnes élues a été proposée aux membres élus. Ils n'ont pas souhaité y participer.  Les résidents, par des cafés causeries, s'expriment sur leurs besoins ainsi que les familles. Ces besoins sont remontés auprès du CVS.  Dans le livret d'accueil, le rôle du CVS est présenté.  Les représentants des résidents sont connus de leurs pairs.		
Axes d'amélioration	Pour des raisons de calendrier (élection du Président du CVS en janvier 2018), le Président du CVS n'a pas pu participer à l'évaluation interne.		



	La police des caractères doit être systématiquement agrandie pour permettre une meilleure lisibilité pour les résidents.  La formation des élus résidents/proches au Conseil de la Vie Sociale (CVS) à la communication avec des résidents atteints de troubles de communication inhérents à des handicaps sensoriels et/ou des troubles cognitifs doit être	
	développée.	
Objectif(s) associé(s)	Développer la démocratie sociale	
Critère 11.b. Prise en compte	e de l'expression de tous les résidents en dehors des cadre	s formalisés de participation
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité Axe ANESM correspondant	
4	94%	1
Points forts	La sectorisation des professionnels permet d'éviter le turn-over interne.  Il existe des salons causerie, les enquêtes de satisfaction, permettant l'expression libre des résidents et de leurs familles.  Des fiches de communication sont mises à disposition des résidents et des familles.	
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	Développer la démocratie sociale	
Critère 11.	c. Implication des usagers, de leurs représentants et des a	ssociations
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
6	96%	1
Points forts	L'implication des usagers et de leurs représentants est favorisée. Des réunions avec les familles sont organisées régulièrement.  Le projet d'une association est en cours.	
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	Renforcer l'ouverture sur l'extérieur et la cité, maintenir le lien social et familial ( <i>Projet d'établissement – fiche action n°18</i> )	





Référence 12 : La participation du résident à la vie de la cité		
Critère 12.a. Exercice des droits civiques, rôle d'acteur économique des résidents		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
8	69%	1
Points forts	La vie à l'extérieur des résidents est favorisée (sorties hebdomadaires, courses)	
Axes d'amélioration	S'améliorer sur le maintien des droits civiques des résidents (participation aux élections) en lien avec les familles.	
Objectif(s) associé(s)	Améliorer la poursuite de la vie citoyenne	

## **IMPACT DES ELEMENTS DE SANTE SUR LA QUALITE DE VIE**

Référence 13 : Soins : coordination des diverses interventions		
Critère 13.a. Coordination des soins		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
18	89%	2
Points forts	La permanence des soins est assurée 24h sur 24 dans l'établissement par la présence de personnel soignant diplômé. En cas d'urgence, le personnel soignant peut contacter directement le SAMU (15).	



	L'astreinte de direction est assurée en continu par la dire	ectrice et les personnels désignés.
	Le projet de soins est réalisé.	
	Le dossier de soins est informatisé et est complété par un dossier papier.	
	, ,	e fois que nécessaire. La majorité de ces partenaires sont
	conventionnés avec l'établissement.	·
	La sensibilisation régulière des agents à la déclaration	on des EIG n'est pas systématique. Il ressort que les
	évènements sont retranscris dans les transmissions mais	s que la déclaration comme évènement indésirable n'est
	pas systématique.	
Axes d'amélioration	Les liens avec les médecins spécialistes externes à l'éta	blissement sont maintenus (ophtalmologiste, oto-rhino-
		certains résidents très dépendants ne peuvent pas sortir
	l · · · · ·	binets des médecins spécialistes. Dans ce cas, tous les
	praticiens ne se déplacent pas pour visiter les résidents.	
Objectif(s) associé(s)	Impliquer tous les acteurs de santé dans l'élaboration	, ,
Renforcer les déclarations des événements indésirables		
	Critère 13.b. Accompagnement de la dépendance	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
5	85%	3
	Le niveau de dépendance, GIR, est réévalué mensuellement en équipe pluridisciplinaire. Ce niveau de dépendance	
	est communiqué aux familles présentes et selon leurs de	
Points forts	L'accompagnement au quotidien fait l'objet de plans de soins, issus notamment des toilettes évaluatives, de	
	et de l'évaluation GIR. Les agents appliquent le plan de	
	Les transmissions permettent de faire un suivi quotidien et de réajuster le plan de soins si besoin.	
Axes d'amélioration	Les évolutions du niveau de dépendance ne sont pas communiquées en systématique aux familles des résidents.	
Objectif(s) associé(s)	Optimiser la gestion des plans de soins	
Critère 13.c. P	rise en charge des urgences vitales survenant au sein de l	'établissement
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant



6	58%	2
Points forts	les urgences vitales et quelle est la conduite à tenir.	es secteurs. Une procédure existe définissant ce que sont plômés, et des formations AFGSU sont régulièrement
Axes d'amélioration	La procédure générale de prise en charge d'une urgence La liste du matériel d'urgence n'est pas définie.	vitale existe mais n'est pas réévaluée régulièrement.
Objectif(s) associé(s)	Améliorer la gestion des urgences vitales	
Bilan de la référence	60% 40% 20% 0%	85% 58% 13.b 13.c

Référence 14 : La gestion du circuit du médicament		
Critère 14.a. Le management du circuit du médicament		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
13	81%	2
Points forts	Les erreurs médicamenteuses sont déclarées et analysées. Des actions correctives sont programmées en fonction de ces déclarations.  La liste préférentielle des médicaments a été établie et diffusée (notamment en commission de coordination gériatrique).  L'enquête flash de l'ARS et l'audit du circuit du médicament qui y est associée sont remplies annuellement.	



Axes d'amélioration  Objectif(s) associé(s)  Critère 14.b. La gestion globale du	L'ensemble du personnel n'est pas formé au risque d'erreur médicamenteuse, les actions de formation sont à continuer.  Il n'existe pas de politique de management du circuit du médicament formalisée.  Les recommandations de bonnes pratiques n'ont pas été diffusées auprès des professionnels.  Poursuivre l'amélioration des pratiques relatives au circuit du médicament circuit du médicament prescription, dispensation, stockage, préparation, administration	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
14	93%	2
Points forts	Des groupes de travail ont participé à l'amélioration de circuit du médicament et à sa sécurisation à la suite d'un audit.  Les IDE effectuent la distribution et l'administration des médicaments dans la grande majorité des cas, pour les administrations restantes aux AS, la notion d'acte de la vie courante est précisée sur la prescription.  La pharmacie vient réaliser la préparation des piluliers dans les locaux de l'établissement. Les IDE effectuent ensuite une double vérification des piluliers.  Les piluliers sont identifiés avec nom d'usage, prénoms, date de naissance, photo, numéro de chambre, nom de naissance.  Il est à noter que l'établissement n'accueille pas à ce jour de résidents gérant son traitement de manière autonome (réponse non applicable à la question 14)  La traçabilité de prise ou non prise des médicaments est effectuée médicament par médicament.	
Axes d'amélioration	Le logiciel de soins ne permettant pas l'analyse pharmaceutique, son remplacement est programmé pour l'année 2018.  Il n'existe pas de protocole AVK dans l'établissement.	
Objectif(s) associé(s)	Poursuivre l'amélioration des pratiques relatives au circuit du médicament	
	14.c. La gestion du circuit du médicament spécifique à l'	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
6	63%	2



Points forts	La commission de coordination gériatrique est mise en place, au nombre de deux réunions par an.  Un plan d'action spécifique au circuit du médicament a été formalisé et est suivi au sein de l'établissement.  Les prescriptions sont évaluées par le médecin coordonnateur à l'entrée du résident puis de manière particulière, lorsque le médecin coordonnateur reprend le dossier du résident.		
Axes d'amélioration	Il n'existe pas de politique relative au circuit du médicament formalisée.  L'ensemble des professionnels n'a pas été formé au circuit du médicament et au risque d'erreur médicamenteuse.  Les recommandations de bonnes pratiques de prescription gériatrique ne sont pas diffusées aux professionnels concernés.		
Objectif(s) associé(s)	Poursuivre l'amélioration des pratiques relatives au circuit du médicament		
Bilan de la référence	100% 80% 60% 40% 20% 0% 14.a 14.b 14.c		

Référence 15 : La prévention des risques de santé		
Critère 15.a. Prise en charge de la douleur		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
6	58%	2
Points forts	Une évaluation de la douleur est réalisée en systématique à l'entrée d'un résident.  Des évaluations ponctuelles sont réalisées lorsque les agents sont face à un résident douloureux.	
Axes d'amélioration	L'évaluation de la douleur chez les résidents ainsi que les réévaluations de la douleur par l'ensemble des agents à la fin de la mise en place de mesures de soulagement de la douleur ne sont pas systématiques.	



Objectif(s) associé(s)	La politique générale de prise en charge de la douleur n'est pas promulguée, et les documents relatifs ne sont pas tous connus.  La prise en charge non médicamenteuse de la douleur (aromathérapie, sophrologie, homéopathie, phytothérapie, etc.) est à développer.  Il Améliorer la détection et le suivi de la douleur  Développer la mise en place d'alternatives non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur  Critère 15.b. Troubles de l'état nutritionnel	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
11	89%	2
Points forts	Tous les résidents sont pesés mensuellement.  Un bilan nutritionnel à l'entrée est réalisé puis un bilan annuel.	
Axes d'amélioration	Le bilan nutritionnel n'est pas complété par un bilan sanguin (albumine, crp).  Les formations relatives aux troubles nutritionnels sont à étendre / renforcer.  Le "manger main" est à mettre en place, la démarche est lancée mais non réalisée.  Il n'existe pas de fiche technique de préparation des repas à texture modifiée.  Suite au départ de la diététicienne, un recrutement est en cours.	
Objectif(s) associé(s)	S'adapter en continu aux besoins des résidents S'adapter en continu aux besoins des résidents ( <i>Projet d'établissement – fiche action n°20</i> )	
	Critère 15.c. Prise en charge de l'incontinence	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
7	46%	3
Points forts	Les plans de soins définissent les horaires et type de prise en charge de la continence pour chaque résident.  Les toilettes évaluatives permettent de définir les protocoles à suivre.  Les consommations de produits de continence sont suivies régulièrement par les agents et l'encadrement.  La politique de l'établissement et les procédures et outils de prévention mise en place suivi et réévaluation ne	
Axes d'amélioration	sont pas formalisés.	



	Les outils ne sont pas travaillés lors des commissions incontinence.		
	La commission incontinence n'est pas régulièrement réunie en 2018.		
Objectif(s) associé(s)	Formaliser l'ensemble des documents relatifs à l'incontinence		
Objectin(s) associac(s)	Critère 15.d. Prise en charge des escarres		
Nombre d'éléments d'appréciation	<u> </u>		
		Axe ANESM correspondant	
9	81%	2	
Points forts	Il existe des ressources au sein de l'établissement pour prendre en charge les escarres et les prévenir (personnel, outils d'évaluation).		
	La culture de prise en charge des escarres est plus curati	ve que préventive.	
Axes d'amélioration	Les protocoles de prévention et de prise en charge des e	scarres ne sont pas formalisés.	
	La formation de prévention et prise en charge des escarres n'est pas généralisée.		
Objectif(s) associé(s)	Améliorer la prise en charge et la prévention du risqu	e escarres	
	Critère 15.e. Prise en charge des chutes		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
14	93%	2	
	La commission chute est mise en place et est active.		
	L'établissement dispose d'un éducateur sportif et d'une	ergothérapeute.	
	L'établissement dispose d'un parcours de santé.		
	Des activités physiques supplémentaires sont proposées	aux résidents (Champto'forme).	
Points forts	Une association extérieure propose de la gym douce aux	résidents.	
	Les agents sont sensibilisés aux risques de chute et déclarent l'intégralité des chutes.		
	Toutes les chutes sont évaluées dans le secteur d'hébergement (surveillance post-chute) ainsi que lors des commissions chutes.		
	Le chaussage des résidents a fait partie d'un projet sur l'année 2017 (évaluation, outils pour les agents, etc.).		
Axes d'amélioration	Le parcours de santé n'est pas beaucoup utilisé (organisation non définie, formations à généraliser).		



	Continuer les formations des agents sur le risque de chutes (externe + interne).			
Objectif(s) associé(s)	Optimiser la gestion du risque de chutes			
Critère 15.f. Hygiène bucco-dentaire				
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
7	43%	2		
	Des agents et des résidents ont été sensibilisés à l'hygiène bucco-dentaire en 2017.			
	Les IDE font en systématique un bilan sur l'hygiène buc	co-dentaire à l'entrée.		
Points forts	Les soins d'hygiène bucco-dentaire sont indiqués dans l	e plan de soins.		
	Le projet de soins de l'établissement défini la politique	de l'établissement et ses grandes orientations en terme		
	d'hygiène bucco-dentaire.			
	Les documents relatifs à l'hygiène bucco-dentaire sont à formaliser pour certains, et s'assurer de le			
	prise de connaissance.			
Axes d'amélioration	Peu de personnel a été formé à l'hygiène bucco-dentair			
	Des indicateurs de suivi de l'hygiène bucco-dentaire ne	·		
	·	es pour les résidents et ils ne se déplacent pas en EHPAD,		
	de plus les transports sont payants.			
Objectif(s) associé(s)	Améliorer la prise en charge de l'hygiène bucco-den	taire		
	100%			
	80% 89%	93%		
	60%	81%		
Bilan de la référence	40% — 58% — 46%	420/		
	20%	43%		
	0%			
	15.a 15.b 15.c	15.d 15.e 15.f		



	Référence 16 : Prise en charge spécifique		
Critère 16.a. Accompagnement des résidents appartenant à une population spécifique			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité Axe ANESM correspondant		
11	91%	2	
Points forts	,	L'établissement dispose d'un UPAD sécurisé avec du personnel formé (12 places).  Les PAP sont mis en place pour l'ensemble des résidents.	
Axes d'amélioration	Il n'existe pas de protocole d'accompagnement spécifique ou apparentée.	ue pour les résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer	
Objectif(s) associé(s)	Optimiser l'accompagnement des résidents Alzheime	r	
Critère 16.b.	Accompagnement des résidents atteints de détérioration	ns cognitives	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
2	100%	2	
Points forts	L'établissement dispose d'une psychologue.  Une convention est signée avec le CESAME pour accompagner l'établissement dans l'accompagnement des résidents atteints de détériorations cognitives.  L'analyse des pratiques professionnelles permet de verbaliser et d'exprimer les difficultés rencontrées par les professionnels. Des réunions pluridisciplinaires sont mises en place pour organiser l'accompagnement adapté aux problèmes psychiatriques.		
Axes d'amélioration	/		
Objectif(s) associé(s)	Formaliser les pratiques professionnelles en place		
	Critère 16.c. Risque suicidaire		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
3	58%	2	
Points forts	ts forts L'établissement dispose d'une psychologue.		



	Une convention est signée avec le CESAME pour soutenir l'établissement dans l'accompagnement des résidents avec risque suicidaire.		
	Le risque suicidaire est dépisté en amont par différentes ressources.		
	Les équipes sont sensibles aux signaux et la psychologue est systématiquement avertie. Des réunions pluridisciplinaires ont été mises en place lors de chaque situation critique.		
	Il n'y a pas de formation spécifique de proposée aux professionnels.		
Axes d'amélioration	La prise en charge d'un suicide ou d'un risque suicidaire ne fait pas l'objet d'une procédure.		
	Les disponibilités des services et établissements psychiatriques sur le territoire ne permettent pas une intervention sur site en systématique.		
Objectif(s) associé(s)	Optimiser la gestion du risque suicidaire		
Bilan de la référence	100% — 10		
	20%		

<u>Référence 17 : La fin de vie</u>			
Critère 17.a. Formation et accompagnement des professionnels			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité Axe ANESM correspondant		
10	60%	5	
	Une formation sur les soins palliatifs est proposée aux professionnels.		
Points forts	L'analyse des pratiques professionnelles est mise en place et permet aux agents d'échanger autour l'accompagnement de fin de vie et de se soutenir entre eux.		



	L'établissement a signé une convention avec l'équine r	nobile de soins palliatifs (EMSD) d'un centre hospitalier
	L'établissement a signé une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) d'un centre hospitalier voisin.	
	Les directives anticipées ne sont pas connues par tous les professionnels.	
	Les formations relatives à la fin de vie sont à continuer.	
	Le médecin coordonnateur et les médecins traitants doivent formaliser l'ensemble des décisions prises dans le	
Axes d'amélioration	cadre de la fin de vie sur le logiciel de soins.	
	Les soutiens possibles aux professionnels ne sont pas tous connus.	
	Il n'existe pas d'élément formalisé relatif aux intervention	ons des structures ressources du territoire.
	Le comité éthique n'est pas mis en place.	
	Améliorer l'accompagnement des équipes dans le cac	dre de la fin de vie
	Améliorer les informations disponibles concernant la fin de vie	
Objectif(s) associé(s)	· ·	ofessionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°07)
	Proposer un accompagnement de fin de vie dans la dignité et le respect des convictions ( <i>Projet d'établissement</i>	
	- fiche action n°24)	
Critèr	e 17.b. Principes d'accompagnement des résidents en fin	de vie
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
16	66%	5
	L'établissement a signé une convention avec l'EMSP du centre hospitalier d'Ancenis.	
	L'accompagnement de fin de vie des résidents respecte leurs besoins et attentes. Les méthodes employées sont	
	revues quotidiennement, afin de s'assurer du respect de la dignité, de la prise en compte de la douleur physique	
5	et psychique, et de la bonne mise en place des soins de confort.	
Points forts	Les professionnels connaissent les personnes ressources à mobiliser pour suivre et définir les modalités	
	d'accompagnement de fin de vie.	
	Le projet de soins regroupe les outils et méthodes utilisables par les agents dans le cadre de l'accompagnement	
	de fin de vie.	
		s directives anticipées et la personne de confiance et
Axes d'amélioration	La communication / information des résidents sur les directives anticipées et la personne de confiance et l'accompagnement de fin de vie ne sont pas abordées systématiquement par l'établissement.	
	Taccompagnement de fin de vie ne sont pas abordees sy	stematiquement par retablissement.



	Les procédures relatives à l'accompagnement et l'information/communication en fin de vie ne sont pas formalisées.		
Objectif(s) associé(s)	<ul> <li>Formaliser les documents relatifs à la fin de vie</li> <li>S'assurer de la bonne communication autour de la fin de vie</li> <li>Proposer un accompagnement de fin de vie dans la dignité et le respect des convictions (Projet d'établissement – fiche action n°24)</li> </ul>		
	Critère 17.c. Place des familles lors de la fin de vie		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
8	66%	5	
Points forts	La famille tient une place importante lors de l'accompagnement de fin de vie. Les professionnels se tiennent disponibles et à l'écoute des familles.		
Axes d'amélioration	Les possibilités et modalités de présence des familles tout au long de l'accompagnement de leur proche ne sont pas définies et formalisées.		
Objectif(s) associé(s)	Optimiser l'accompagnement des familles lors de la fi	in de vie	
Critère 17.d. M	lodalités de prise en charge des différents symptômes lié	s à la fin de vie	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
11	89%	5	
Points forts	Les professionnels prodiguent des soins de confort et sont à l'écoute du résident (prise en compte douleur / fatigue, risque escarre). L'accompagnement est entièrement adapté et revu quotidiennement.		
Axes d'amélioration	La douleur des résidents ne fait pas l'objet d'une évaluation précise (échelle de la douleur) même si elle est tracée et prise en compte.  Les soins de bouches sont formalisés mais pas leur organisation (plans de soins).		
Objectif(s) associé(s)	Optimiser l'accompagnement de fin de vie		
	Critère 17.e. Les besoins spirituels		
A. I. W. I	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de comornite	Axe ANESIVI correspondent	



Points forts	Les souhaits spirituels / cultuels du résident et/ou de ses	s proches sont respectés.
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	<b>n</b> /	
	Critère 17.f. La phase terminale	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
6	100%	5
Points forts	Lors de la phase terminale, les agents respectent les son communication etc.).  L'accompagnement de fin de vie prend en compte le compagnement de fin de vie prend en compte le compagnement de fin de vie prend en compte le compagnement de fin de vie prend en compte le compagnement de fin de vie prend en compte le compagnement de fin de vie prend en compte le compagnement de fin de vie prend en compte le compagnement de fin de vie prend en compte le compagnement de fin de vie prend en compagnement	uhaits des résidents et de la famille (accompagnement /
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	<b>n</b> /	
Bilan de la référence	100% 80% 60% 40% 20% 0% 17.a 17.b 17.c	100% 100% 100% 17.d 17.e 17.f

## MANAGEMENT STRATEGIQUE

Référence 18 : La stratégie de l'établissement			
Critère 18.a. Valeurs, missions et stratégie de l'établissement			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
6	100%	/	



Points forts	Le Projet d'Établissement a été travaillé en adéquation avec la réglementation et les recommandations nationales. Sa construction a également pris en compte les indicateurs de suivi nationaux tels que l'enquête flash menée par l'Agence Régionale de Santé ou le tableau de bord de la performance suivi par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance. Il décline ainsi les orientations et la stratégie de l'établissement en fonction notamment des schémas de planification gérontologique, mais aussi des orientations définies dans les documents contractuels tels que la Convention Tripartite ou le futur Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.  Le dialogue avec les partenaires internes et externes est établi et permet l'apport de toutes les parties dans la définition de la stratégie de l'établissement.		
Axes d'amélioration	/		
Objectif(s) associé(s)	Intégrer le projet médical de territoire		
	Critère 18.b. Démarche éthique		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité Axe ANESM correspondant		
3	42%	/	
Points forts	La réflexion éthique a été un fil conducteur lors de la construction du projet d'établissement. De plus les formations Humanitude permettent aux agents d'être sensibilisés à la dimension éthique de leur travail.  Des séances d'Analyse des Pratiques Professionnelles sont organisées à destination des agents, ce sont des moments propices aux échanges sur les pratiques et donc au questionnement éthique.		
Axes d'amélioration	Des formations centrées sur la réflexion éthique ne sont pas intégrées dans le plan de formation du personnel. L'établissement n'a pas formé de comité éthique interne.		
Objectif(s) associé(s)	Développer la démarche éthique dans l'établissement Déployer l'Humanitude et améliorer les pratiques professionnelles (Projet d'établissement – fiche action n°07)		
Critère 18.c. Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
3	75%	/	
Points forts	Le projet d'établissement intègre la politique générale d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. De plus le projet de soins de l'établissement, issu du projet d'établissement, a été validé.		



Axes d'amélioration	Le livret d'accueil du nouvel agent, reprenant la politique d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, est en cours de finalisation.		
Objectif(s) associé(s)	<ul> <li>Favoriser l'appropriation de la démarche d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et de ses attendus</li> <li>Favoriser la prise en compte par les équipes de l'existence de la politique d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins</li> <li>Structurer le processus de recrutement et d'intégration (<i>Projet d'établissement – fiche action n°26</i>)</li> </ul>		
Critère 18.d. Poli	tique et organisation de l'évaluation des pratiques profe	ssionnelles (EPP)	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
4	38%	/	
Points forts	Les agents sont impliqués dans toutes les commissions pluridisciplinaires mises en place dans l'établissement.  Ainsi, ils sont engagés dans la surveillance des risques liés à la santé des résidents. De plus des référents thématiques ont été nommés afin de renforcer les actions de sensibilisation sur le terrain.		
Axes d'amélioration	La politique de mise en place et suivi des EPP n'est pas définie, de même les indicateurs de suivi ne sont pas construits. Les missions de tous les référents thématiques ne sont pas définies et formalisées.		
Objectif(s) associé(s)	Développer une culture de l'évaluation des pratiques professionnelles		
Cr	itère 18.e. Développement d'une culture qualité et sécur	ité	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
2	63%	/	
Points forts	Le plan d'actions d'amélioration de la qualité est formalisé et suivi. Un comité de pilotage de la qualité est instauré et est animé par un qualiticien. Chacun participe à l'amélioration continue de la qualité (fiches de communication, audits réguliers, enquête de satisfaction, etc.).  L'évaluation externe est réalisée conformément à la réglementation et un plan d'actions en a été extrait.		
Axes d'amélioration	L'information des professionnels relative à la politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins est à définir et réaliser à chaque évolution de celle-ci.		
Objectif(s) associé(s)	Développer la culture de la qualité et la gestion des risques (Projet d'établissement – fiche action n°31)		
Critère 18.f. Engagement dans le développement durable			



Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
3	67%	/		
Points forts	Le développement durable fait partie intégrante du projet d'établissement (cf. page 61). De plus la structure est adhérente de l'ACEP 49 qui emploi un ingénieur développement durable et un ingénieur risque légionelle afin d'accompagner les établissements dans ces démarches.  Les achats sont, dans la mesure du possible, orientés vers des circuits courts d'approvisionnement.  Le bâtiment a été construit récemment et la démarche de développement durable était incluse dans le projet, notamment, par exemple, à travers la mise en place de panneaux solaires reliés à la production d'eau chaude.			
Axes d'amélioration	Le développement durable est intégré dans les objectifs de l'établissement, mais des formations ou actions de sensibilisations à destination des agents ne sont pas programmées.			
Objectif(s) associé(s)	Développer la culture développement durable			
Bilan de la référence	100% 80% 60% 40% 20% 0% 18.a 18.b 18.c	63% 67% 18.d 18.e 18.f		

Référence 19 : L'organisation et les modalités de pilotage interne			
Critère 19.a. Direction et encadrement des secteurs d'activité			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
3	92%	/	



Points forts	Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont formalisés et révisés à chaque changement d'organisation et en cas de nécessité.			
Axes d'amélioration	La procédure relative à la subdélégation de la cadre de santé n'est pas mise en application.			
Objectif(s) associé(s)	Finaliser l'organisation du circuit de décision et de délégation			
	Critère 19.b. Fonctionnement des instances			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
4	100%	/		
	Lors d'un CTE, toutes les actions de l'année précédente s	ont reprises systématiquement.		
Points forts	L'articulation entre les instances et leur programmation est respectée et cohérente. Un relevé de conclusions accompagne systématiquement des procès-verbaux pour une synthèse des actions, une meilleure communication et un meilleur suivi.			
Axes d'amélioration				
Objectif(s) associé(s)	<b>n</b> /			
	Critère 19.c. Dialogue social et implication des personnels	5		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
2	100%	/		
Points forts	Les professionnels élisent des représentants du personnel qui les représentent dans chaque instance. Ces représentants du personnel sont consultés sur leurs prérogatives (ex : organisations de travail). Deux formes d'expression sont présentes dans l'établissement :  - La sollicitation directe des représentants du personnel par les agents - Les questionnaires adressés directement aux professionnels (ex : Karasek, qualité de vie au travail)			
Axes d'amélioration	/			
Objectif(s) associé(s)	n /			
Critère 1	Critère 19.d. Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		



2	88%	ó		/
Points forts	Les tableaux de bords et indicateurs annuels sont présentés aux instances représentatives (CTE, CVS).			
Axes d'amélioration	/			
Objectif(s) associé(s)	Optimiser la communicati	on relative aux indicateurs		
Bilan de la référence	100% 80% 92% 60% 40% 20% 0%	100%	100% 19.c	19.d

Référence 20 : Ouverture sur l'extérieur				
Critère 20.a. Se faire connaître du grand public				
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité Axe ANESM correspondant			
3	92% /			
Points forts	L'établissement a réalisé une communication vers le grand public à travers notamment du site internet, de flyers, du livret d'accueil et du projet d'établissement.			
Axes d'amélioration	La mise à jour du site internet n'est pas réalisée de manière régulière.			
Objectif(s) associé(s)	Elaborer un plan de communication pour se faire connaitre  Développer la communication autours des animations et activités ( <i>Projet d'animation – objectif 3</i> )			
Critère 20.b. Perception de l'établissement				
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
8	88%	/		



Points forts	Une information globale sur nos missions, activités et sur notre organisation est réalisée régulièrement au grand public (réunions familles, livret d'accueil).			
Axes d'amélioration	/			
Objectif(s) associé(s)	Optimiser l'information au grand public	Optimiser l'information au grand public		
Critère 20.c. Paysage partenarial				
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
11	75%	/		
Points forts	l'ensemble des partenaires.	Des partenariats sont développés (ex : soins palliatif, psychiatrie, HAD) et des conventions sont formalisées avec l'ensemble des partenaires.  L'établissement est partie prenante des évolutions du parcours de santé territorial.		
	Des contrats de collaboration sont formalisés avec certains partenaires intervenant dans l'établissement (Siel Bleu, école primaire).			
Axes d'amélioration	Le projet d'établissement n'a pas été communiqué aux partenaires.  Les conventions avec les intervenants extérieurs de santé ne sont pas élaborées. Il n'existe pas de convention avec un service hospitalier gériatrique.			
Objectif(s) associé(s)	<ul> <li>Mise à jour des partenariats</li> <li>Optimiser et développer les coopérations et mutualisations. Adhérer au GHT tout en respectant la spécificité de l'activité de l'établissement (Projet d'établissement – fiche action n°05)</li> </ul>			
Bilan de la référence	100% 80% 60% 40% 20% 0%	20.b 20.c		



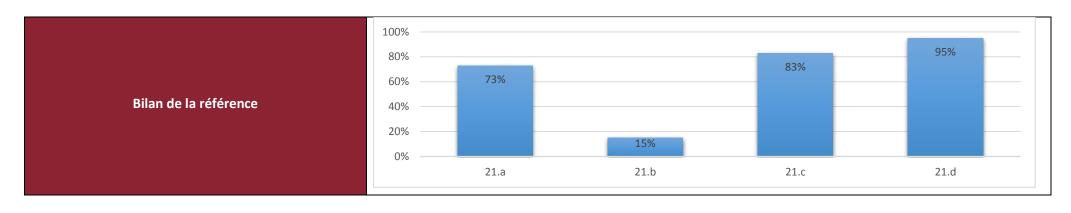
## **M**ANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 21 : La gestion des ressources humaines			
Critère 21.a. Management des emplois et des compétences			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité Axe ANESM correspondant		
14	73%	/	
Points forts	L'établissement respecte les besoins en effectifs en fonction de la charge de travail (par exemple utilisation du GMP par secteur pour évaluer les besoins en soins) et les besoins en compétences. En cas d'absence des agents, des procédures intermédiaires ont été réalisées sur les différents secteurs d'activité. De plus, des postes de remplacements sont prévus.  Les instances représentatives du personnel sont mises en place et fonctionnent. Les dysfonctionnements et remarques sont pris en compte en fonction des contraintes de l'établissement. Le management des effectifs respecte les contraintes budgétaires de l'établissement.  L'accès à la formation est facilité, notamment pour les formations diplômantes.		
Axes d'amélioration	Les critères de remplacement ne sont pas définis. La démarche de recrutement n'est pas formalisée.  Le DPC est partiellement mis en œuvre. Les critères d'évaluation des besoins en formation du personnel doivent être affinés.		
Objectif(s) associé(s)	Améliorer la gestion des emplois et compétences		
	Critère 21.b. Intégration des nouveaux arrivants		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
5	15%	/	
Points forts	Tout nouvel arrivant reçoit : les fiches de tâches, une liste et un trombinoscope des résidents relatif à son secteur d'activité. Un temps de visite de l'établissement est organisé pour les nouveaux agents.		
Axes d'amélioration	Le livret d'accueil est en cours de finalisation. L'intégration des nouveaux arrivants n'est pas organisée et la procédure d'accueil du nouvel arrivant n'est pas formalisée. L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration n'est pas mise en place.		



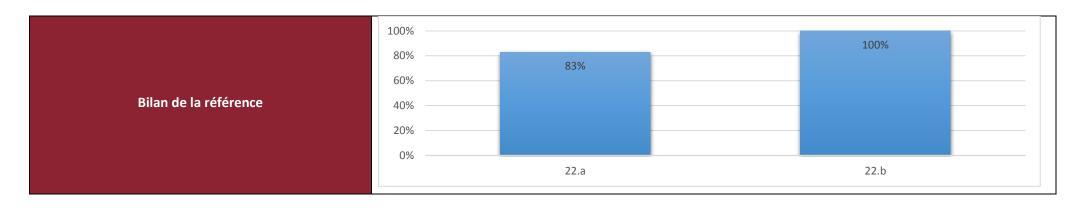
Objectif(s) associé(s)	Organiser l'intégration du nouvel arrivant	
Critère 21.c. Santé et sécurité au travail		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité Axe ANESM correspondant	
6	83%	/
Points forts	La santé et sécurité au travail est un point important, pris en compte dans l'établissement. Le CHSCT est mis en place dans la structure et le DUERP est établi et suivi. Les protocoles d'hygiène sont formalisés et diffusés, un IDE référent hygiène a été nommé et les agents sont formés et sensibilisés régulièrement. Des audits relatifs à l'hygiène sont réalisés régulièrement.  Les sensibilisations et formations incendies sont réalisées régulièrement par un agent formé SIAP 1 ainsi que des structures extérieures.	
Axes d'amélioration	Il n'existe pas de programme de sensibilisation contre le	harcèlement (moral, physique ou sexuel).
Objectif(s) associé(s)	Lutter contre le harcèlement moral, physique ou sexuel	
	Critère 21.d. Qualité de vie au travail	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
5	95%	/
Points forts	La satisfaction du personnel est évaluée, analysée et les conclusions et actions d'amélioration sont présentées dans les instances concernées. La qualité de vie au travail est intégrée dans le projet d'établissement. Quelques actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en place (PNNS, analyse des pratiques professionnelles, temps d'équipe, temps de convivialité (repas de noël,))	
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	Optimiser l'amélioration de la qualité de vie au travail	





Référence 22 : La gestion des ressources financières		
Critère 22.a. Gestion budgétaire		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
3	83%	/
Points forts	Une majorité des postes de dépense sont suivi et analysés régulièrement (mensuel à annuel par des tableaux de bords). Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont conformes au CPOM et déclinés sur 5 ans ainsi qu'annuellement.	
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	Optimiser le suivi de la gestion financière	
	Critère 22.b. Amélioration de l'efficience	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
2	100%	/
Points forts	L'établissement répond aux tableaux de bords de l'ANAP tous les ans.	
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	<b>1</b> /	





Référence 23 : Le système d'information		
Critère 23.a. Système d'information		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité Axe ANESM correspondant	
4	75%	/
Points forts	Des postes informatiques permettent d'accéder à l'ensemble des éléments nécessaires par les professionnels. Les logiciels sont tenus à jour.  Des logiciels spécialisés sont déployés pour aider à la prise de décision. Le système Qualité est externalisé sur une plateforme web.  Le projet d'établissement a défini un plan d'action pour le système d'information (fiche action n°34).	
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	Optimiser le système d'information	
	Critère 23.b. Sécurité du système d'information	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
3	17%	/
Points forts	Des sauvegardes sont réalisées quotidiennement.  Le Plan de Sécurisation de l'Établissement prend en compte la sécurité des systèmes d'information.	
Axes d'amélioration	La performance du serveur a atteint ses limites.	



	La sécurité des systèmes d'information n'est pas organisée ni formalisée et donc la continuité des activités n'est pas assurée en cas de panne.		
Objectif(s) associé(s)	Développer et sécuriser le système d'information (Pro	Assurer la continuité de l'activité en cas de panne Développer et sécuriser le système d'information (Projet d'établissement – fiche action n°34)	
	Critère 23.c. Gestion documentaire		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
4	100%	/	
Points forts	La gestion documentaire est informatisée, le circuit des documents est connu. La diffusion de l'ensemble des documents est réalisée. Les documents sont classés selon des thèmes et les secteurs d'activité.		
Axes d'amélioration	La mise à jour des classeurs de documents papiers nécessite un suivi rigoureux difficile à mettre en œuvre		
Objectif(s) associé(s)	Améliorer la gestion documentaire		
Bilan de la référence	100% 80% 60% 75% 40% 0%	17%	
	23.a	23.b 23.c	

Référence 24 : La participation du résident à la vie de la cité		
Critère 24.a. Gestion du dossier du résident		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
5	65%	/



Points forts	Le système d'information permet la traçabilité et la communication de l'ensemble des données administratives et médicales des résidents, selon la réglementation en vigueur. L'accès par les résidents à leur dossier est formalisé.  Il existe une liste constitutive du dossier administratif et un document de suivi des dossiers mais ces documents ne sont pas formalisés.
Axes d'amélioration	Les règles de tenue du dossier du résident ne sont pas formalisées que ce soit le dossier administratif ou le dossier de soins.  La procédure d'évaluation de la gestion du dossier des résidents n'est pas formalisée.
Objectif(s) associé(s)	Optimiser la gestion des dossiers des résidents

Référence 25 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures		
Critère 25.a. Sécurité des biens et des personnes		
Nombre d'éléments d'appréciation	Nombre d'éléments d'appréciation Score de conformité Axe ANESM correspondant	
11	86%	/
Points forts	Le plan de formations intègre les formations relatives aux gestes de premiers secours et aux gestes et postures de travail. Les dispositifs, des formations et exercices relatifs à la sécurité incendie sont réalisés régulièrement par un agent en interne formé SIAP 1 et en externe par des sociétés agréées.  Un CHSCT et le Document Unique sont mis en places et effectifs dans l'établissement.  Le système d'appel des résidents a été entièrement revu et a été amélioré. Il est entretenu par l'agent technique.	
Axes d'amélioration	La cartographie des risques n'est pas formalisée. Les responsabilités afférentes à la sécurité des biens et des personnes ne sont pas définies.	
Objectif(s) associé(s)	<ul> <li>Optimiser la sécurité des biens et des personnes</li> <li>Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement (Evaluation externe – objectif 15)</li> </ul>	
Critère 25.b. Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant



3	100%	/
	La traçabilité de toutes les opérations de maintenance est effectuée.	
Points forts	L'ensemble des équipements sensibles font l'objet d'un contrat de maintenance.	
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	<b>n</b> /	
	Critère 25.c. Qualité de la restauration	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
7	75%	/
	Le Plan de Maîtrise Sanitaire et la commission restaurat	ion sont mis en place. Les audits de contrôles (Direction
Points forts	Départementale de la Protection des Population, labora	atoire extérieur) sont suivis et des plans d'actions avec
Politis forts	échéancier sont réalisés systématiquement.	
	Les souhaits et goûts des résidents sont écoutés et pris en compte.	
A conflored Providence	Les résidents ne sont pas sollicités pour participer à la commission restauration.	
Axes d'amélioration	Les menus ne sont pas validés, dans leur intégralité, par la diététicienne intervenant dans l'établissement.	
Oh:+:(/-)	Optimiser le processus restauration	
Objectif(s) associé(s)	S'adapter aux souhaits évolutifs des résidents (Projet d'établissement – fiche action n°21)	
	Critère 25.d. Gestion du linge	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
11	91%	/
	Le circuit du linge est formalisé et répond aux bonnes pratiques d'hygiène demandées dans la norm	
	matériel utilisé en blanchisserie est adapté à l'activité.	
Points forts	Un stock tampon de linge est présent dans la blanchisserie en cas d'urgence, les agents concernés connaissent	
	son existence.	
Axes d'amélioration	Le plan de nettoyage de la blanchisserie n'est pas formalisé ni affiché et la traçabilité associée n'est pas réalisée.	
Objectif(s) associé(s)	Optimiser le circuit du linge	
, , , , , ,		



	Critère 25.e. Le circuit de transport des résidents	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
1	100%	/
Points forts	/	
Axes d'amélioration	/	
Objectif(s) associé(s)	Π /	
	Critère 25.f. Achats éco-responsables et approvisionnemen	nts
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
3	92%	/
Points forts	Les secteurs d'activités sont livrés à périodicité défin exemple).	ie (hebdomadaire pour les secteurs hébergement par
Axes d'amélioration	La politique d'achats n'est pas formalisée, l'établissemer	nt étant dans une démarche d'intégration du GHT.
Objectif(s) associé(s)	Formaliser la politique d'achats Optimiser et développer les coopérations et mutualis de l'activité de l'établissement (Projet d'établissement)	sations. Adhérer au GHT tout en respectant la spécificité nt – fiche action n°05)
Bilan de la référence	100% 80% 60% 40% 20% 0% 25.a 25.b 25.c	91% 92% 92% 25.d 25.e 25.f



Référence 26 : La qualité et la sécurité de l'environnement		
Critère 26.a. Gestion de l'eau		
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
2	100%	/
	· · ·	le qualiticien et l'agent technique de l'établissement. De
Points forts	plus, un ingénieur légionelles suit l'établissement dan maintenance et de prévention des risques liés à l'eau es	ns le cadre de son adhésion à l'ACEP 49. Le plan de t en place.
Axes d'amélioration	Les professionnels n'ont pas eu de sensibilisation spécifi	que à la gestion de l'eau.
Objectif(s) associé(s)	Optimiser le circuit de gestion de l'eau	
	Critère 26.b. Gestion de l'énergie	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
2	50%	/
Points forts	Les installations électriques, gaz, etc. sont récentes. Une pompe à chaleur et des panneaux photovoltaïques sont mis en place et fonctionnent. Les installations sont vérifiées au moins une fois par an. Un ingénieur développement durable intervient dans l'établissement dans le cadre de son adhésion à l'ACEP49.	
Axes d'amélioration	La politique de maîtrise des consommations et des dépenses en énergie n'est pas formalisée.	
Objectif(s) associé(s)	Formaliser l'engagement dans la maîtrise des énergies	
	Critère 26.c. Hygiène des locaux	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
5	75%	/
	Il existe des protocoles de bionettoyage. Une traçabilité du bionettoyage est réalisée et est suivie.	
Points forts	Le bionettoyage des espaces privatifs a été réorganisé récemment et permet un passage plus régulier dans chaque logement selon les recommandations d'hygiène en établissement médico-social.	
Axes d'amélioration	Les plans de nettoyage des espaces privatifs ne sont pas formalisés.	
Objectif(s) associé(s)	Optimiser l'hygiène des locaux	



Critère 26.d. Gestion des déchets			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
6	25%	/	
Points forts	Le tri des déchets est mis en place.  Un compteur d'eau spécial permet de séparer les effluents vers le tout à l'égout de l'eau utilisée pour les espaces		
. 6.1.0 . 6.10	verts		
Axes d'amélioration	·	sont à sensibiliser / former sur la gestion des déchets et le types de déchets. Le suivi et la quantification des déchets pas évaluée ni maîtrisée.	
Objectif(s) associé(s)	Améliorer le circuit des déchets  Optimiser le respect des règles d'hygiène (Document d'Analyse du Risque Infectieux – objectif 1)		
Bilan de la référence	100% 80% 60% 40% 50%	75%	
	20% 0% 26.a 26.b	25% 26.c 26.d	

### MANAGEMENT DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS

# Référence 27 : Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins Critère 27.a. Obligations légales et réglementaires Nombre d'éléments d'appréciation Score de conformité Axe ANESM correspondant 75% /



	L'établissement assure la qualité et sécurité des soins en	fonction des obligations de la législation et met en œuvre		
Points forts	les actions relatives aux contrôles réglementaires le cas échéant.			
	Le plan bleu existe.			
Axes d'amélioration	Il n'existe pas de procédure de suivi de la veille réglement	ntaire et normative.		
Objectif(s) associé(s)	S'assurer de la réalisation d'une veille réglementaire	et normative		
Critère	27.b. Programme de gestion des risques et d'amélioration d	e la qualité		
Nombre d'éléments d'appréciation	Nombre d'éléments d'appréciation Score de conformité Axe ANESM correspondant			
8	91%	/		
	Le Plan d'Action Qualité est suivi régulièrement et est co	ommuniqué aux comités de pilotages.		
Points forts	Le rapport d'activité annuel reprend le PAQ et suit son é	evolution.		
	Le suivi des évènements indésirables est formalisé et su	ivi.		
	Les réunions de services doivent s'appuyer, entre autres, sur le PAQ et les actions mises en œuvre doivent être			
Axes d'amélioration	suivies.  Le retour des évènements indésirables et des actions en découlant n'est pas systématiquement réalisé en			
Axes a amenoration				
	de service.			
Objectif(s) associé(s)	Amélioration de la communication et la mise en œuv	re du PAQ		
	Critère 27.c. Gestion des risques			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
1	100%	/		
Points forts	Un poste de qualiticien existe dans l'établissement et il e	est coordonnateur de la gestion des risques.		
Axes d'amélioration	/			
Objectif(s) associé(s)	Améliorer la gestion des risques	1 Améliorer la gestion des risques		
Critère 27.d. Maîtrise du risque infectieux				
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
18	92% 2			



	Le Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS) et la Structure Locale d'Appui e d'Expertise en Hygiène (ANJELIN) sont identifiés et la communication est régulière.			
	d Expertise en Hygiene (Alvielin) sont identifies et la communication est regulière.			
Points forts	Des formations et sensibilisations sont réalisées régulièrement à destination des professionnels. Des audits liés			
1 omts forts	au risque infectieux sont réalisés régulièrement et analysés pour formaliser des actions.			
	Le Document d'Analyse du Risque Infectieux a été réalisé en janvier 2017 et des actions d'amélioration de la			
	maîtrise du risque infectieux ont été créées.			
A W (1)	L'hygiène des mains des résidents doit être travaillée (m	éthodes à proposer, suivi par les professionnels, etc.).		
Axes d'amélioration	La communication relative au traitement et à la désinfec	ction des dispositifs médicaux n'est pas totale.		
Objectif(s) associé(s)	Améliorer l'hygiène des mains des résidents			
Objectif(s) associe(s)	Optimiser le respect des règles d'hygiène (Document	Optimiser le respect des règles d'hygiène (Document d'Analyse du Risque Infectieux – objectif n°1)		
Critère 27.e. Évaluation des risques				
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
3	58%	/		
	Les risques sont évalués dans tous les secteurs et une c	Les risques sont évalués dans tous les secteurs et une culture de l'évaluation des risques s'est développée dans		
	l'établissement.			
Points forts	L'établissement a mis en place des documents institu	tionnels d'évaluation des risques : Document Unique,		
	Document d'Analyse du Risque Infectieux, Plan de Maîtr	ise Sanitaire, Carnet Sanitaire d'eau, etc.		
Axes d'amélioration	La cartographie des risques n'est pas formalisée.			
Objectif(s) associé(s)	Faire évoluer la gestion corrective du risque à la gesti	on préventive du risque		
	Critère 27.f. Gestion des événements indésirables			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant		
6	83% /			
Points forts	Les agents notifient dans les transmissions toutes les anomalies qu'ils ont pu observer auprès des résidents.			



	Les professionnels déclarent systématiquement tous le évènements indésirables sont analysés et traités, des actilianalyse des évènements indésirables, des actions de procession de la cellule de crise liée sont formalisés.  L'archivage des évènements indésirables est assuré.	cions curatives et correctives sont mises en place. Lors de
	Le bilan des évènements indésirables est présenté au CO  La différence entre évènement indésirable et anomalie n	
Axes d'amélioration	Le bilan des évènements indésirables n'est pas présenté	·
Objectif(s) associé(s)	Optimiser la gestion des évènements indésirables	
	Critère 27.g. Gestion de crise	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant
4	88%	/
Points forts	Les procédures d'urgences relatives au plan bleu sont en auprès des agents.	place. Des exercices incendies sont réalisés tous les ans
Axes d'amélioration	La formation aux nouveaux professionnels n'est pas syste	ématique à leur arrivée.
Objectif(s) associé(s)	Optimiser la gestion de crise	
Bilan de la référence	60% — 75% — — — — — — — — — — — — — — — — — — —	92% 83% 88% 27.d 27.e 27.f 27.g
	Z7.d Z7.U Z7.C	27.u 27.e 27.1 27.g



Référence 28 : La	gestion des plaintes et l'évaluation de la satis	faction des usagers	
Critère 28.a. Système de gestion des plaintes et réclamations			
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
4	88%	1	
Points forts	·	ns existe, les principaux acteurs de ce circuit ont des entées au CVS et aux agents concernés au travers des ne à l'origine de la plainte ou de la réclamation.	
Axes d'amélioration	La procédure de gestion des plaintes et réclamations plaintes et réclamations n'est pas définie.	n'est pas formalisée et la communication du bilan des	
Objectif(s) associé(s)	Optimiser la gestion des plaintes et réclamations		
Cr	itère 28.b. Évaluation de la satisfaction des résidents et far	milles	
Nombre d'éléments d'appréciation	Score de conformité	Axe ANESM correspondant	
6	88%	1	
Points forts	Des enquêtes de satisfaction sont réalisées régulièrement Le CVS est informé des résultats et un relevé de conclus	nt (tous les deux ans) auprès des résidents et des familles. ions est réalisé et communiqué à chaque séance.	
Axes d'amélioration	La continuité de la mise en œuvre des actions n'est pas	suffisamment assurée.	
Objectif(s) associé(s)	S'assurer de la bonne mise en œuvre des actions issu	ues des enquêtes de satisfaction	
Bilan de la référence	100% 80% 60% 40% 20%	88%	
	28.a	28.b	



## 4.4. Le plan d'amélioration du service rendu

L'évaluation interne a pour but d'améliorer les pratiques de l'établissement au regard des recommandations nationales. Le plan d'action a été établi par les membres des groupes de travail et a été validé par le comité de pilotage afin de s'assurer de sa cohérence. Finalement, le plan d'action créé 85 objectifs, déclinés en 239 actions. De plus 49 actions, issus de 16 objectifs extérieurs, ont été intégrés pour répondre aux demandes de l'évaluation interne, issus de l'évaluation externe et du projet d'établissement.

Le tableau suivant présente les objectifs créés lors de l'évaluation interne.

Objectif : Garantir l'accès aux informations des personnes âgées/familles qui font ur établissement.	ne demande d'enti	rée en
Action	Pilote	Echéance
Distribuer le livret d'accueil lors de la visite de préadmission	Cadre de santé	2018
Maintenir à jour le livret d'accueil à destination des personnes âgées / familles / résidents	Qualiticien	2018
Formaliser et diffuser la charte de confiances entre les proches et l'établissement	Cadre de santé	2019
Objectif: Optimiser la procédure de préadmission		
Action	Pilote	Echéance
Définir et formaliser les modalités d'organisation de la préadmission	Commission admission	2018
Proposer en systématique au mandataire désigné d'être présent à la visite de préadmission	Cadre de santé	2018
Demander lors de la visite de préadmission si une démarche de protection juridique est en cours	Cadre de santé	2018
Mener une réflexion générale sur les informations demandées lors de la préadmission en vue de la personnalisation de l'accompagnement	Commission admission	2018
Formaliser le système de rappel automatique des listes d'attentes	Responsable informatique	2018
Planifier les visites de préadmission régulièrement et non selon les besoins	Commission admission	2019
Mener une réflexion sur la présence de la psychologue lors des visites de préadmission	Commission admission	2019
Proposer dans la mesure du possible un temps de vie dans l'établissement au futur résident (repas, animation)	Cadre de santé	2019
Vérifier la situation financière du résident à l'inscription afin d'anticiper les demandes d'aide sociale	Commission admission	2019
Objectif : S'assurer que chacun (professionnels, résidents, futurs résidents, proches) personne de confiance	connaisse le rôle	de la
Action	Pilote	Echéance
Définir ce qu'est une personne de confiance et s'assurer de l'appropriation de la définition par les professionnels	Commission Bientraitance	2019
Définir ce qu'est une personne référente et s'assurer de l'appropriation de la définition par les professionnels	Commission PAP	2019
Revoir les supports de communication pour les résidents et leurs proches relatifs à la personne de confiance et la personne référente	Qualiticien	2019
Objectif : Renforcer le rôle du référent		
Action	Pilote	Echéance



Revoir les modalités de nomination des référents	Cadre de santé	2019
Revoir les modalités d'identification des référents auprès des résidents et de leur famille, proches ou tuteurs	Cadre de santé	2019
Objectif : Faciliter l'accès à la pratique cultuelle des résidents		
Action	Pilote	Echéance
Mettre en place une liste des personnes ressources à intégrer au livret d'accueil du résident	Qualiticien	2019
S'assurer, notamment au travers de la commission Bientraitance et du comité éthique, que les agents soient sensibilisés au respect des religions	Cadre de santé	2019
Définir les modalités de libertés de cultes pour l'ensemble des grandes religions	Direction	2019
Le cas échéant proposer des conventions / chartes de fonctionnement avec les représentants des cultes	Direction	2019
Objectif : Améliorer la poursuite de la vie citoyenne		
Action	Pilote	Echéance
Définir et formaliser les informations à communiquer aux résidents et à leurs familles relatives à l'exercice des droits civiques	Direction	2018
Compléter le contrat de séjour pour faire apparaître la liberté de droit de culte et d'exercice des droits civiques	Qualiticien	2018
Améliorer la communication auprès des résidents et des familles sur les droits civiques	Qualiticien	2018
Objectif: Elaborer les outils de la loi 2002-2 dans une sémantique positive		
Action	Pilote	Echéance
Modifier la rédaction du règlement de fonctionnement en intégrant les autorisations à la place des interdits	Qualiticien	2019
Objectif : Améliorer l'accueil du nouveau résident		
Action	Pilote	Echéance
Personnaliser les attentions à destination des nouveaux résidents	Animatrice	2019
Objectif : Élaborer la procédure d'intégration des résidents		
Action	Pilote	Echéance
Programmer une visite de l'établissement après l'entrée du résident.	Cadre de santé	2018
Formaliser un organigramme adapté pour les résidents	Qualiticien	2018
Améliorer la présentation des activités possibles dès l'entrée	Animatrice	2018
Réaliser un bilan d'entrée lors de l'élaboration du PAP initial	Cadre de santé	2019
Elaborer un recueil d'observation de l'intégration au cours des premières semaines	Cadre de santé	2019
Organiser un bilan avec le résident sur son intégration	Direction	2019
Communiquer à la famille les informations que le résident autorise, relatives à son entrée dans l'établissement	Cadre de santé	2019
Mettre en place un système de parrainage par les résidents pour faciliter la cohabitation (salle de restaurant, secteur)	Cadre de santé	2019
Objectif : S'assurer de la connaissance par toutes les parties prenantes du rôle et de	la place de chacur	າ
Action	Pilote	Echéance
Organiser et programmer des temps de lecture de la charte des droits et libertés aux résidents par un professionnel	Cadre de santé	2019
Les Hauts  Evaluation interno 2019 Pannert complet	Dago 96 cur 100	

Définir le rôle du référent familial	Cadre de santé	2019
Formaliser une plaquette décrivant le rôle du référent familial, à destination des résidents et des familles	Cadre de santé	2019
Organiser et programmer des temps d'échanges avec les résidents et des professionnels autours de la charte des droits et libertés	Direction	2019
S'assurer de la nomination d'un référent familial pour tous les résidents	Cadre de santé	2019
Objectif: Organiser le recueil d'information auprès des parties prenantes afin d'assu	rer un accompagn	ement
personnalisé		
Action	Pilote	Echéance
Compléter les grilles de recueil des éléments de vie et des souhaits des résidents pour définir avec eux le type d'activité à proposer et leurs modalités de réalisation	Qualiticien	2019
Ajouter, dans la fiche de recueil PAP, un item permettant de spécifier le comportement, les éléments non-verbaux observés, le niveau de participation du résident	Qualiticien	2019
S'assurer que le résident sache que les éléments constitutifs du PAP peuvent être modifiés à échéance définie et à tout moment selon ses souhaits	Groupe PAP	2019
Organiser les évaluations physiques et cognitives à l'entrée pour qu'elles soient réalisées systématiquement	Groupe PAP	2019
Organiser et programmer la communication des documents relatifs aux directives anticipées et à la personne de confiance à destination des résidents	Groupe Bientraitance	2019
Réaliser régulièrement des temps d'informations, à destination des familles, relatifs aux directives anticipées et à la personne de confiance	Direction	2019
Objectif : Améliorer la co-construction des PAP		
Action	Pilote	
	FIIOLE	Echéance
Renforcer le lien entre l'animation et les soins lors de la construction des PAP	Groupe PAP	2018
Renforcer le lien entre l'animation et les soins lors de la construction des PAP  Planifier les activités personnalisées dans les secteurs (AS/AMP)		
	Groupe PAP	2018
Planifier les activités personnalisées dans les secteurs (AS/AMP)  Mener une réflexion sur les modalités de réévaluation des PAP et des bilans	Groupe PAP Cadre de santé	2018 2018
Planifier les activités personnalisées dans les secteurs (AS/AMP)  Mener une réflexion sur les modalités de réévaluation des PAP et des bilans associés  Mettre en place la signature d'un avenant au contrat de séjour pour les objectifs	Groupe PAP  Cadre de santé  Groupe PAP	2018 2018 2018
Planifier les activités personnalisées dans les secteurs (AS/AMP)  Mener une réflexion sur les modalités de réévaluation des PAP et des bilans associés  Mettre en place la signature d'un avenant au contrat de séjour pour les objectifs du PAP	Groupe PAP Cadre de santé Groupe PAP Direction Groupe PAP	2018 2018 2018 2018
Planifier les activités personnalisées dans les secteurs (AS/AMP)  Mener une réflexion sur les modalités de réévaluation des PAP et des bilans associés  Mettre en place la signature d'un avenant au contrat de séjour pour les objectifs du PAP  Mener une réflexion sur la place du résident au sein de la commission PAP	Groupe PAP Cadre de santé Groupe PAP Direction Groupe PAP	2018 2018 2018 2018
Planifier les activités personnalisées dans les secteurs (AS/AMP)  Mener une réflexion sur les modalités de réévaluation des PAP et des bilans associés  Mettre en place la signature d'un avenant au contrat de séjour pour les objectifs du PAP  Mener une réflexion sur la place du résident au sein de la commission PAP  Objectif : Améliorer le respect de la confidentialité dans les pratiques professionnelle	Groupe PAP Cadre de santé Groupe PAP Direction Groupe PAP	2018 2018 2018 2018 2019
Planifier les activités personnalisées dans les secteurs (AS/AMP)  Mener une réflexion sur les modalités de réévaluation des PAP et des bilans associés  Mettre en place la signature d'un avenant au contrat de séjour pour les objectifs du PAP  Mener une réflexion sur la place du résident au sein de la commission PAP  Objectif : Améliorer le respect de la confidentialité dans les pratiques professionnelle Action  Mettre en place un cahier de recueil des observations des professionnels sur les	Groupe PAP Cadre de santé Groupe PAP Direction Groupe PAP es	2018 2018 2018 2018 2019 Echéance
Planifier les activités personnalisées dans les secteurs (AS/AMP)  Mener une réflexion sur les modalités de réévaluation des PAP et des bilans associés  Mettre en place la signature d'un avenant au contrat de séjour pour les objectifs du PAP  Mener une réflexion sur la place du résident au sein de la commission PAP  Objectif : Améliorer le respect de la confidentialité dans les pratiques professionnelle Action  Mettre en place un cahier de recueil des observations des professionnels sur les résidents dans le cadre de la préparation des PAP ou de leur réévaluation  Former les agents et s'assurer qu'ils proposent des endroits calmes et appropriés	Groupe PAP Cadre de santé Groupe PAP Direction Groupe PAP es Pilote Cadre de santé	2018 2018 2018 2018 2019 Echéance 2018
Planifier les activités personnalisées dans les secteurs (AS/AMP)  Mener une réflexion sur les modalités de réévaluation des PAP et des bilans associés  Mettre en place la signature d'un avenant au contrat de séjour pour les objectifs du PAP  Mener une réflexion sur la place du résident au sein de la commission PAP  Objectif : Améliorer le respect de la confidentialité dans les pratiques professionnelle Action  Mettre en place un cahier de recueil des observations des professionnels sur les résidents dans le cadre de la préparation des PAP ou de leur réévaluation  Former les agents et s'assurer qu'ils proposent des endroits calmes et appropriés pour échanger des informations à propos d'un résident	Groupe PAP Cadre de santé Groupe PAP Direction Groupe PAP es Pilote Cadre de santé Cadre de santé	2018 2018 2018 2018 2019  Echéance 2018 2019
Planifier les activités personnalisées dans les secteurs (AS/AMP)  Mener une réflexion sur les modalités de réévaluation des PAP et des bilans associés  Mettre en place la signature d'un avenant au contrat de séjour pour les objectifs du PAP  Mener une réflexion sur la place du résident au sein de la commission PAP  Objectif : Améliorer le respect de la confidentialité dans les pratiques professionnelle Action  Mettre en place un cahier de recueil des observations des professionnels sur les résidents dans le cadre de la préparation des PAP ou de leur réévaluation  Former les agents et s'assurer qu'ils proposent des endroits calmes et appropriés pour échanger des informations à propos d'un résident  Formaliser le respect de la confidentialité par les professionnels	Groupe PAP Cadre de santé Groupe PAP Direction Groupe PAP es Pilote Cadre de santé Cadre de santé Cadre de santé Cadre de santé	2018 2018 2018 2018 2019 Echéance 2018 2019 2019
Planifier les activités personnalisées dans les secteurs (AS/AMP)  Mener une réflexion sur les modalités de réévaluation des PAP et des bilans associés  Mettre en place la signature d'un avenant au contrat de séjour pour les objectifs du PAP  Mener une réflexion sur la place du résident au sein de la commission PAP  Objectif : Améliorer le respect de la confidentialité dans les pratiques professionnelle  Action  Mettre en place un cahier de recueil des observations des professionnels sur les résidents dans le cadre de la préparation des PAP ou de leur réévaluation  Former les agents et s'assurer qu'ils proposent des endroits calmes et appropriés pour échanger des informations à propos d'un résident  Formaliser le respect de la confidentialité par les professionnels  Faire connaître la législation concernant le secret professionnel	Groupe PAP Cadre de santé Groupe PAP Direction Groupe PAP es Pilote Cadre de santé Cadre de santé Cadre de santé Cadre de santé	2018 2018 2018 2018 2019  Echéance 2018 2019 2019



Ajouter une clause sur les modalités de partage de l'information entre professionnels dans le contrat de séjour	Qualiticien	2019
Objectif : Enrichir la culture de la bientraitance dans l'établissement		
Action	Pilote	Echéance
Afficher dans les PAP les souhaits des résidents sur les modalités de conversation et de familiarité avec eux (tutoiement, utilisation du prénom,)	Groupe PAP	2019
Diffuser la charte de bientraitance et s'assurer de son appropriation par les agents	Cadre de santé	2019
Rédiger, diffuser et présenter aux résidents et leurs proches des supports permettant de déclarer des évènements indésirables voire des actes de maltraitance	Qualiticien	2019
Diffuser la charte de bientraitance et s'assurer de sa compréhension et son appropriation par les résidents	Groupe Bientraitance	2019
Objectif : Favoriser le maintien des liens sociaux dans le respect de l'intimité		
Action	Pilote	Echéance
Laisser la porte du salon des familles déverrouillée en permanence	Qualiticien	2018
Objectif : S'assurer du respect de la liberté des résidents		
Action	Pilote	Echéance
Distribuer à l'ensemble des agents la Charte des Droits et Libertés de la Personne Âgée Dépendante	Cadre de santé	2018
Identifier les mesures de restrictions de libertés qui nécessitent des prescriptions	Médecin coordonnateur	2018
Elaborer un avenant au contrat de séjour concernant la mise en place de restriction des libertés	Qualiticien	2019
S'assurer que toutes les mesures de restrictions de libertés nécessitant une prescription médicale en fassent réellement l'objet	Médecin coordonnateur	2019
Actualiser la procédure relative à la gestion des dépôts des biens	Comptable	2019
Organiser les réunions de réévaluation pour tous les moyens de restrictions de libertés utilisés dans l'établissement	Médecin coordonnateur	2019
Objectif: Améliorer l'accueil du résident en respectant ses choix et ses souhaits		
Action	Pilote	Echéance
Intégrer dans la procédure d'admission le choix d'afficher le nom du résident à l'entrée de la résidence	Commission admission	2019
Objectif : Améliorer l'information relative à l'intimité des résidents		
Action	Pilote	Echéance
Informer les résidents des horaires de bio-nettoyage	Qualiticien	2019
Créer un groupe de travail sur la sexualité en EHPAD	Direction	2020
Préparer et programmer une réunion spécifique au thème de la sexualité en EHPAD, à destination des familles et proches des résidents	Direction	2021
Objectif: Optimiser le processus restauration		
Action	Pilote	Echéance
Favoriser l'installation des résidents sur une chaise au moment des repas	Cadre de santé	2018
Diffuser l'information concernant les horaires des repas (menus, entrée salle de restauration, etc.)	Qualiticien	2018



Réorganiser le circuit de validation des menus et s'assurer de sa mise en place	Commission restauration	2019
Mettre en place un suivi de l'hydratation pour les résidents à risques identifiés	Cadre de santé	2019
Mettre en place l'information des consommateurs sur les allergènes présents dans les repas	Qualiticien	2019
Améliorer le fonctionnement et le suivi du cahier de recueil des remarques	Service cuisine	2019
Mettre en place d'un petit déjeuner en libre-service	Service cuisine	2022
Objectif : Améliorer la vie nocturne des résidents		
Action	Pilote	Echéance
Mettre en place des activités calmes la nuit	Cadre de santé	2020
Organiser la vie sociale des résidents en fonction du recueil de vie la nuit	Cadre de santé	2020
Objectif : Poursuivre l'amélioration des pratiques relatives au circuit du médicament		
Action	Pilote	Echéance
Diffuser les recommandations de bonnes pratiques concernant la sécurisation du circuit du médicament	Qualiticien	2019
Formaliser les documents relatifs à l'administration des somnifères	Médecin coordonnateur	2019
Formaliser la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du résident	Médecin coordonnateur	2019
Pérenniser les actions de sensibilisation / formation des agents au risque d'erreur médicamenteuse	Médecin coordonnateur	2019
Formaliser et diffuser un protocole AVK	Médecin coordonnateur	2019
Mettre à disposition des professionnels des recommandations des bonnes pratiques de prescription gériatrique	Médecin coordonnateur	2019
Présenter les recommandations des bonnes pratiques de prescription gériatrique lors d'une commission de coordination gériatrique	Médecin coordonnateur	2019
Changer le logiciel de soins pour améliorer les éléments relatifs au circuit du médicament	Acheteur	2019
Objectif: Favoriser le déplacement des résidents par une signalétique adaptée		
Action	Pilote	Echéance
Adapter la signalétique (gros caractères, etc.)	Qualiticien	2020
Objectif: Augmenter l'implication des résidents dans la vie de la structure		
Action	Pilote	Echéance
Impliquer les résidents dans les choix architecturaux (peintures, réfections, aménagements, etc.)	Direction	2021
Objectif : Améliorer l'identification des professionnels	<u></u> _	
Action	Pilote	Echéance
Donner un badge à chaque professionnel	Chargée de missions	2020
Élaborer le projet de tenues professionnelles	Chargée de missions	2020
Objectif : Ontimiser l'identification des récidents ne neuvent d'exprimer eu présente	nt dos traublas sa	





Action	Pilote	Echéance
Créer une procédure d'identification des résidents ne pouvant s'exprimer ou présentant des troubles cognitifs	Cadre de santé	2020
Mettre en place des moyens d'identification des résidents présentant des troubles cognitifs ou ne pouvant n'exprimer	Cadre de santé	2020
Objectif: Respecter l'accord du résident en toute circonstance		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser systématiquement l'accord du résident concernant les informations à transmettre à leur famille	Cadre de santé	2019
Objectif : Optimiser l'intégration des bénévoles au sein de la résidence		
Action	Pilote	Echéance
Faire signer la charte des bénévoles à chaque bénévole	Chargée de missions	2019
Objectif : Développer la démocratie sociale		
Action	Pilote	Echéance
Assurer une meilleure lisibilité des documents lors des CVS et en dehors (compte rendu) pour les résidents et les familles	Qualiticien	2018
Mettre en place une formation spécifique pour les élus du CVS (résidents et familles) sur les troubles de la communication des résidents	Direction	2020
Impliquer les élus dans la gestion du CVS	Direction	2020
Favoriser l'expression des résidents en dehors des cadres formalisés d'expression	Direction	2020
Objectif: Renforcer les déclarations des évènements indésirables		
Action	Pilote	Echéance
Rendre plus accessible les fiches de déclaration d'évènements indésirables	Qualiticien	2018
Organiser l'évaluation de l'accompagnement par l'analyse des évènements indésirables	Qualiticien	2019
Informatiser les feuilles de déclaration d'évènements indésirables	Qualiticien	2019
Sensibiliser régulièrement l'ensemble des agents à la déclaration des évènements indésirables	Qualiticien	2022
Objectif : Impliquer tous les acteurs de santé dans l'élaboration et le suivi du projet d	de soins	
Action	Pilote	Echéance
Organiser une réunion d'information à destination des agents pour l'appropriation du projet de soins	Qualiticien	2018
Organiser une commission de coordination gériatrique spécifique au projet de soins	Qualiticien	2019
Solliciter la participation des libéraux à chaque mise à jour du projet de soins	Qualiticien	2019
Objectif: Optimiser la gestion des plans de soins		
Action	Pilote	Echéance
Informatiser les plans de soins	Cadre de santé	2020
Formaliser la procédure d'utilisation du plan de soins	Cadre de santé	2020
Objectif: Améliorer la gestion des urgences vitales		
Action	Pilote	Echéance



Réévaluer la procédure relative aux urgences vitales	Médecin coordonnateur	2019
Mettre en place une liste de matériel en fonction de la procédure	Médecin coordonnateur	2019
Informer les familles et les résidents sur les modalités internes de gestion des urgences vitales	Médecin coordonnateur	2019
Objectif : Améliorer la détection et le suivi de la douleur		
Action	Pilote	Echéance
Définir une échelle unique d'évaluation de la douleur	Médecin coordonnateur	2018
Communiquer l'échelle et veiller à son appropriation par les agents	Médecin coordonnateur	2018
Définir les modalités de réévaluation de la douleur et les communiquer en systématique	Médecin coordonnateur	2019
Créer, renseigner et évaluer des indicateurs pertinents relatifs à la douleur	Qualiticien	2019
Objectif : Développer la mise en place d'alternatives non médicamenteuses dans la p	orise en charge de	la douleur
Action	Pilote	Echéance
Définir les alternatives non médicamenteuses possibles à proposer et les moments où les appliquer	Médecin coordonnateur	2019
Former les agents à ces techniques	Médecin coordonnateur	2020
Diffuser et appliquer, en amont d'une prise en charge médicamenteuse, les alternatives	Médecin coordonnateur	2020
S'assurer que les agents ne soient pas en difficultés dans l'application de ces techniques	Médecin coordonnateur	2020
Objectif: S'adapter en continu aux besoins des résidents		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser les fiches techniques de préparations des repas à texture modifiée	Service cuisine	2019
Créer, renseigner et évaluer des indicateurs pertinents relatifs à l'état nutritionnel	Cadre de santé	2020
Objectif: Formaliser l'ensemble des documents relatifs à l'incontinence		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser les procédures et outils liés à la prise en charge de l'incontinence (prévention, mise en place, suivi, réévaluation)	Cadre de santé	2019
Définir la politique de prise en charge de l'incontinence	Médecin coordonnateur	2019
Objectif : Améliorer la prise en charge et la prévention du risque escarres		
Action	Pilote	Echéance
Créer, renseigner et évaluer des indicateurs pertinents relatifs aux escarres	Qualiticien	2019
Mettre à jour les documents de prévention et de prise en charge des escarres	Médecin coordonnateur	2019
Programmer le plan de formation relatif aux escarres pour l'ensemble des agents	Chargée de missions	2020
Formations en interne par le médecin coordonnateur sur le risque escarres	Médecin coordonnateur	2020
Les Hauts		·



Objectif : Optimiser la gestion du risque de chutes		
Action	Pilote	Echéance
Poursuivre la formation des agents sur l'utilisation du parcours de santé	Educateur sportif	2019
Définir l'organisation d'utilisation du parcours de santé	Educateur sportif	2019
Poursuivre les formations externes relatives au risque de chute	Chargée de missions	2022
Proposer des temps de formation/sensibilisation en interne sur le risque de chute	Educateur sportif	2022
Objectif : Améliorer la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser et diffuser les procédures d'évaluation, de suivi, de réévaluation de l'hygiène bucco-dentaire	Médecin coordonnateur	2019
Formaliser et diffuser les outils et protocoles relatifs à l'hygiène bucco-dentaire	Médecin coordonnateur	2019
Définir les possibilités et modalités d'hygiène bucco-dentaire pour les résidents avec troubles cognitifs importants	Médecin coordonnateur	2019
Généraliser les formations des agents à l'hygiène bucco-dentaire	Chargée de missions	2020
Sensibiliser les familles et résidents à l'hygiène bucco-dentaire	Médecin coordonnateur	2020
Objectif : Optimiser l'accompagnement des résidents Alzheimer		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser un protocole relatif à l'accompagnement des résidents Alzheimer	Médecin coordonnateur	2019
Objectif: Formaliser les pratiques professionnelles en place		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser la procédure d'accompagnement des résidents atteints de détériorations cognitives	Cadre de santé	2019
Objectif: Optimiser la gestion du risque suicidaire		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser la prise en charge du risque suicidaire dans l'établissement	Médecin coordonnateur	2020
Proposer aux agents des formations relatives au risque suicidaire	Chargée de missions	2022
Objectif : Améliorer les informations disponibles concernant la fin de vie		
Action	Pilote	Echéance
Mettre à jour la procédure Conduite à tenir en cas de décès	Médecin coordonnateur	2019
Sensibiliser / Former les professionnels aux directives anticipées	Médecin coordonnateur	2019
Objectif : Améliorer l'accompagnement des équipes dans le cadre de la fin de vie		
Action Action	Pilote	Echéance



Définir les modalités de sollicitation des soutiens aux professionnels  Former les personnes ressources au soutien des professionnels  Objectif: Formaliser les documents relatifs à la fin de vie  Action  Formaliser la procédure relative à la communication autours de	Cadre de santé Cadre de santé Cadre de santé	2019 2019 2019
Former les personnes ressources au soutien des professionnels  Objectif : Formaliser les documents relatifs à la fin de vie  Action  Formaliser la procédure relative à la communication autours de	Cadre de santé	
Objectif : Formaliser les documents relatifs à la fin de vie  Action  Formaliser la procédure relative à la communication autours de		2019
Action  Formaliser la procédure relative à la communication autours de	D'I. L	
Formaliser la procédure relative à la communication autours de	0:1-1-	
Formaliser la procédure relative à la communication autours de	Pilote	Echéance
l'accompagnement en fin de vie	Cadre de santé	2019
1 1 5	Médecin coordonnateur	2019
Objectif: S'assurer de la bonne communication autour de la fin de vie		
Action	Pilote	Echéance
Organiser et tracer la communication aux résidents de la rédaction des directives anticipées et la désignation de la personne de confiance	Cadre de santé	2019
Organiser le recueil des souhaits des résidents (directives anticipées, personne de confiance, refus des traitements de maintien en vie ou réanimation,)	Cadre de santé	2019
Objectif: Optimiser l'accompagnement des familles lors de la fin de vie		
Action	Pilote	Echéance
1 0	Médecin coordonnateur	2019
Définir le rôle de l'EHPAD quant à l'accompagnement des familles après le décès de leur proche	Direction	2020
Objectif : Optimiser l'accompagnement de fin de vie		
Action	Pilote	Echéance
Systématiser l'évaluation de la douleur avec une échelle commune	Médecin coordonnateur	2019
	Médecin coordonnateur	2019
Objectif : Intégrer le projet médical de territoire		
Action	Pilote	Echéance
Prandra an compte la projet médical du territoire	Médecin coordonnateur	2020
Prénarer l'intégration dans le projet médical de territoire	Médecin coordonnateur	2021
Objectif : Développer la démarche éthique dans l'établissement		
Action	Pilote	Echéance
	Direction	2020
Adhérer au comité éthique régional		
Former le personnel à la réflexion éthique	Chargée de missions	2021
Former le personnel à la réflexion éthique	missions	
Former le personnel à la réflexion éthique  Objectif : Favoriser la prise en compte par les équipes de l'existence de la politique d'ai	missions	
Objectif : Optimiser l'accompagnement de fin de vie  Action  Systématiser l'évaluation de la douleur avec une échelle commune  Organiser et programmer les soins de bouches dans l'accompagnement de fin de vie  Objectif : Intégrer le projet médical de territoire  Action  Prendre en compte le projet médical du territoire  Préparer l'intégration dans le projet médical de territoire  Objectif : Développer la démarche éthique dans l'établissement	Médecin coordonnateur Médecin coordonnateur  Pilote Médecin coordonnateur Médecin coordonnateur  Médecin coordonnateur	2019  2019  Echéance 2020  2021  Echéance



S'assurer de la prise de connaissance et de l'appropriation du projet de soins	Médecin	2019
	coordonnateur	at da aaa
Objectif : Favoriser l'appropriation de la démarche d'amélioration de la qualité et la sattendus	securite des soins	et de ses
Action	Pilote	Echéance
Organiser la revue annuelle du PAQ en équipe pluridisciplinaire	Qualiticien	2020
Adapter les formations et pratiques professionnelles aux objectifs de la politique d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins	Cadre de santé	2022
Objectif: Développer une culture de l'évaluation des pratiques professionnelles		
Action	Pilote	Echéance
Définir les EPP à suivre annuellement avec leurs indicateurs	Direction	2019
Définir la communication des résultats des EPP (instances, professionnels, autres)	Qualiticien	2020
Définir les rôles et missions des référents thématiques issus des EPP	Direction	2020
Assurer le suivi des indicateurs pour chaque commission associée	Qualiticien	2022
Objectif : Développer la culture développement durable		
Action	Pilote	Echéance
Définir la politique "environnement, économie, social, sociétal"	Qualiticien	2022
Sensibiliser le personnel à ces thématiques	Qualiticien	2022
Objectif : Finaliser l'organisation du circuit de décision et de délégation		
Action	Pilote	Echéance
Revoir les procédures relatives à la subdélégation	Direction	2019
Communiquer les procédures relatives à la subdélégation et veiller à leur appropriation	Direction	2019
S'assurer de la mise en œuvre de la procédure de subdélégation	Direction	2019
Objectif: Optimiser la communication relative aux indicateurs		
Action	Pilote	Echéance
Définir les modalités de communication des indicateurs annuels pour les résidents, leurs proches ainsi que les professionnels	Qualiticien	2019
Objectif: Elaborer un plan de communication pour se faire connaitre		
Action	Pilote	Echéance
Constituer un groupe de pilotage relatif à la communication de l'établissement vers l'extérieur	Direction	2021
Objectif: Optimiser l'information au grand public		
Action	Pilote	Echéance
Renforcer la sensibilisation du grand public sur le vieillissement	Médecin coordonnateur	2022
Organiser des journées "portes ouvertes" régulièrement	Direction	2022
Objectif: Mettre à jour des partenariats		
Action	Pilote	Echéance
Réaliser une synthèse du projet d'établissement à destination des partenaires et leur faire parvenir	Qualiticien	2018

Adresser les conventions de partenariat aux intervenants extérieurs	Cadre de santé	2019
Demander à établir une convention avec les services de gérontologie du territoire de santé	Médecin coordonnateur	2019
Objectif : Améliorer la gestion des emplois et compétences		
Action	Pilote	Echéance
Définir la procédure de recrutement	Chargée de missions	2019
Définir des critères quantitatifs de recrutement	Chargée de missions	2020
Finaliser la mise en place du DPC	Chargée de missions	2020
Objectif : Organiser l'intégration du nouvel arrivant		
Action	Pilote	Echéance
Finaliser le livret d'accueil	Chargée de missions	2019
Organiser l'accueil et l'intégration du nouvel arrivant et formaliser la procédure correspondante	Chargée de missions	2019
Mettre en place l'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration	Chargée de missions	2019
Objectif : Lutter contre le harcèlement moral, physique ou sexuel		
Action	Pilote	Echéance
Définir un programme de sensibilisation contre le harcèlement	Chargée de missions	2019
Objectif : Optimiser l'amélioration de la qualité de vie au travail		
Action	Pilote	Echéance
Mettre en place le groupe de pilotage des ressources humaines	Direction	2020
Continuer la démarche de mise en place d'actions d'amélioration de la qualité de vie au travail	Qualiticien	2022
Objectif : Optimiser le suivi de la gestion financière		
Action	Pilote	Echéance
Étendre les tableaux de bord de suivi à l'ensemble des comptes budgétaires	Comptable	2019
Créer la procédure de gestion budgétaire	Comptable	2019
Objectif : Optimiser le système d'information		
Action	Pilote	Echéance
Changer de logiciel de soins	Responsable informatique	2019
Étudier la faisabilité des interfaces entre logiciels	Responsable informatique	2019
Objectif : Assurer la continuité de l'activité en cas de panne		
Action	Pilote	Echéance
Finaliser la procédure de sauvegarde des données	Responsable informatique	2019



Changer le serveur	Responsable informatique	2019
Organiser la sécurité du système d'information	Responsable informatique	2020
Objectif : Améliorer la gestion documentaire		
Action	Pilote	Echéance
Dématérialiser la gestion documentaire dans les services d'activité	Qualiticien	2021
Objectif: Optimiser la gestion des dossiers des résidents		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser les règles de gestion des dossiers	Cadre de santé	2019
Formaliser les indicateurs de suivi de la gestion des dossiers	Cadre de santé	2019
Objectif : Optimiser la sécurité des biens et des personnes		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser et diffuser la cartographie des risques	Qualiticien	2020
Établir un plan d'action en lien avec la cartographie des risques	Qualiticien	2020
Définir les responsabilités relatives à la sécurité des biens et des personnes	Direction	2020
Finaliser la formalisation des procédures relatives à la sécurité des biens et des personnes	Qualiticien	2020
Objectif : Optimiser le circuit du linge		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser le plan de nettoyage de la blanchisserie et l'afficher	Qualiticien	2019
Créer le système de traçabilité du nettoyage	Qualiticien	2019
Étudier le système de lavage à l'ozone	Qualiticien	2019
Programmer et réaliser un audit type RABC	Qualiticien	2020
Objectif : Formaliser la politique d'achats		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser un planning d'approvisionnement en matériel	Acheteur	2019
Intégrer le GHT départemental	Direction	2020
Formaliser la politique d'achats en fonction des principes du GHT	Direction	2021
Objectif : Optimiser le circuit de gestion de l'eau		
Action	Pilote	Echéance
Préparer et adapter des sensibilisations spécifiques à chaque secteur d'activité	Qualiticien	2021
Objectif : Formaliser l'engagement dans la maîtrise des énergies		
Action	Pilote	Echéance
Définir et formaliser une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie	Direction	2021
Objectif : Optimiser l'hygiène des locaux		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser les plans de nettoyage	Qualiticien	2019



Diffuser / afficher les plans de nettoyage	Qualiticien	2019
Objectif : Améliorer le circuit des déchets		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser la procédure spécifique DASRI	Qualiticien	2019
Former et sensibiliser les professionnels à la gestion des déchets	Qualiticien	2019
Étudier la consommation de papiers pour les impressions	Qualiticien	2019
Programmer des actions d'amélioration spécifiques à la consommation des papiers	Qualiticien	2020
Évaluer le volume et le poids des déchets de chaque catégorie	Qualiticien	2020
Objectif: S'assurer de la réalisation d'une veille réglementaire et normative		
Action	Pilote	Echéance
Définir les responsabilités dans le suivi de la veille réglementaire et normative	Direction	2021
Formaliser une procédure de suivi de la veille réglementaire et normative	Qualiticien	2021
Objectif : Améliorer la communication relative au PAQ et sa mise en œuvre		
Action	Pilote	Echéance
S'assurer que les ordres du jour des réunions de services tiennent compte des actions du PAQ et des évènements indésirables	Qualiticien	2019
Diffuser et s'approprier les recommandations de bonnes pratiques professionnelles	Qualiticien	2020
Définir les modalités de communication auprès des résidents vis-à-vis des objectifs et actions régulièrement	Qualiticien	2020
Objectif : Améliorer la gestion des risques		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser la procédure de coordination de la gestion des risques	Qualiticien	2020
Objectif : Améliorer l'hygiène des mains des résidents		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser les modalités de lavage et désinfection des mains pour les résidents	Qualiticien	2020
Diffuser les documents relatifs à l'hygiène des mains des résidents	Cadre de santé	2020
Former les agents à l'hygiène des mains des résidents	Cadre de santé	2020
Communiquer auprès des résidents sur les modalités d'hygiène des mains	Cadre de santé	2020
Objectif : Faire évoluer la gestion corrective du risque à la gestion préventive du risq	ue	
Action	Pilote	Echéance
Systématiser la possibilité d'actions préventives lors de l'analyse des évènements indésirables	Qualiticien	2018
Intégrer dans le plan de formation pluriannuel la notion de gestion et de prévention des risques	Chargée de missions	2019
Formaliser la procédure relative à la prévention	Cadre de santé	2019
Etendre la culture de la prévention dans tous les secteurs d'activité	Cadre de santé	2019
Objectif : Optimiser la gestion des évènements indésirables		
Action	Pilote	Echéance
Systématiser la diffusion du bilan des évènements indésirables aux professionnels	Qualiticien	2019
Les Hauts		Ī

Formaliser de la différence entre anomalie et évènement indésirable	Qualiticien	2019
Sensibiliser et former les agents à la déclaration des anomalies et évènements indésirables	Qualiticien	2020
Objectif : Optimiser la gestion de crise		
Action	Pilote	Echéance
Systématiser la formation du nouveau professionnel à son arrivée, notamment la conduite à tenir en cas d'alarme incendie	Cadre de santé	2019
Systématiser la mise à jour annuelle du plan bleu et des procédures de gestion de crise associées	Qualiticien	2019
Objectif: Optimiser la gestion des plaintes et réclamations		
Action	Pilote	Echéance
Formaliser la procédure de gestion des plaintes et réclamations	Qualiticien	2019
Définir les modalités de communication du bilan des plaintes et réclamations	Qualiticien	2019
Objectif : S'assurer de la bonne mise en œuvre des actions issues des enquêtes de satisfaction		
Action	Pilote	Echéance
Intégrer les résultats des enquêtes de satisfaction au PAQ global	Qualiticien	2018



## 4.5. Les moyens de mise en œuvre du plan d'amélioration

#### **LES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS**

Pour chaque objectif présenté dans le plan d'actions, des pilotes ont été nommés au regard des actions à mettre en œuvre et des commissions qu'ils suivent. Les moyens alloués pour atteindre ces objectifs sont ceux contenus dans le cadre de la convention tripartite. Vingt-sept professionnels participent à des commissions et groupes de travail au 21/06/2018.

L'Evolution Prévisionnelle des Recettes et Dépenses (EPRD) pour la période 2018-2022 est en cours de préparation. Lors de la négociation du CPOM les moyens de la structure seront également arrêtés.

Les résidents et leurs proches seront impliqués lorsque nécessaire à travers le CVS ou directement sur la base du volontariat.

#### L'ORGANISATION ET LE MANAGEMENT

L'organisation de réalisation du plan d'actions repose sur la mise en place et le suivi, par leurs pilotes, de groupes de travail. Lors de ces groupes de travail, les membres du personnel présents, mais aussi les résidents ou des intervenants extérieurs, organiseront et programmerons la mise en application des solutions nécessaire à la réalisation du plan d'action. La dynamique et l'organisation en groupes de travail permet d'impliquer l'ensemble des acteurs du quotidien à tous les niveaux de décision et donc de réaliser des actions concrètes qui répondent aux besoins des résidents et des professionnels. Au quotidien, 9 commissions mènent les projets de l'établissement et réalisent les actions des différents objectifs fixés au sein de la structure.

Lors des réunions de direction, les pilotes des différents groupes présentent l'avancée de leurs groupes. C'est dans chaque comité de pilotage qu'un suivi plus détaillé est réalisé, et le comité de pilotage de la qualité sera la commission qui centralisera l'avancée de chaque commission.

Le rapport annuel d'activité du qualiticien annonce chaque année l'avancement du plan d'action.

#### L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION

Les résultats de l'évaluation interne seront présentés lors du conseil d'administration du mercredi 24 octobre 2018.

L'avancement du plan d'action sera communiqué aux membres du conseil d'administration annuellement, avec la présentation des rapports d'activité. Les membres du CVS seront informés selon les mêmes modalités.

L'information des résidents, de leurs proches et des professionnels sera réalisée par différents temps de communication, réalisés par la directrice et le qualiticien. De plus une synthèse des résultats sera mise à disposition de chacun.

# 4.6. <u>Conclusion et perspectives</u>

La réalisation de l'évaluation interne répond à plusieurs objectifs :

- Étudier les pratiques mises en place dans l'établissement ;
- Comparer les pratiques mises en place aux recommandations nationales ;
- Définir les objectifs stratégiques pour les 5 prochaines années ;
- Fédérer les équipes autours des projets d'amélioration continue ;
- Présenter concrètement aux instances, aux usagers et au grand public les activités et projets de l'établissement.



Au vu des résultats de l'étude des critères du référentiel, les objectifs stratégiques de l'établissement pour les 5 ans à venir sont :

- La personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement des résidents ;
- La proposition des soins et un accompagnement de qualité, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles;
- Le développement de la participation des résidents à la vie de l'établissement et à la vie sociale autour de l'établissement;
- L'amélioration de l'accompagnement de fin de vie des résidents, de même que l'accompagnement de leurs proches dans cette période difficile, ainsi que des professionnels.

Le présent rapport permet de regrouper l'ensemble des éléments répondant à ces objectifs et de les communiquer de façon détaillée.

Il sera mis à disposition de toute personne désirant le consulter. De synthèses de ce document seront également disponible.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Articles du code de l'action sociale et des familles :
  - o Article L312-8
  - o Articles D312-203 à 204
- Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Circulaire DGCS/SD5C n°2011-398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
- L'évaluation interne, Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux Conseil national de l'évaluation sociale et médicosociale 2006
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
   ANESM 2012

# **ANNEXES**

- 1 Support de présentation de la démarche à l'ensemble du personnel
- 2 Synthèse de présentation de la démarche

