



EVALUATION INTERNE 2019

RAPPORT



EHPAD Résidence Puy Martin
Impasse Puy Martin | 87410 LE PALAIS SUR VIENNE



res.puymartin-lepalais@wanadoo.fr



05.55.04.43.00

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Page 1

PARTIE 1 : L'ETABLISSEMENT ET LES ELEMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITES

Page 2

1.1. Présentation générale de l'établissement	2
1.1.1. Carte d'identité	2
1.1.2. Historique et implantation géographique	2
1.1.3. La gouvernance	2
1.1.4. Les ressources humaines	3
1.2. Cadre réglementaire, missions et principaux objectifs des activités	4
1.2.1. L'autorisation	4
1.2.2. Les missions contenues dans l'autorisation	4
1.2.3. La contractualisation (CPOM)	5
1.2.4. Les valeurs, le projet d'établissement et les principaux objectifs qui en découlent	6
1.2.5. Le projet architectural	6
1.3. Les caractéristiques de la population accueillie	6
1.3.1. Données démographiques et sociales	6
1.3.2. Indicateurs d'autonomie des résidents	7
1.3.3. Indicateurs de santé des résidents	8
1.3.4. Indicateurs d'activité et tendance	9
1.3.5. Evolutions significatives constatées et impacts	9
1.4. La spécification des objectifs (cadre évaluatif)	11

PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

Page 13

2.1. Le protocole d'évaluation	13
2.1.1. Choix d'entrée et temporalité	13
2.1.2. Les grandes étapes de la démarche	14
2.2. Les acteurs impliqués dans la démarche et choix du référentiel	14
2.2.1. Le pilotage de l'évaluation	14
2.2.2. Cadre évaluatif et choix du référentiel	15
2.2.3. Modalités de participation des usagers et de leurs représentants	15
2.2.4. Association des professionnels	16
2.2.5. Association des réseaux de santé, partenaires extérieurs, libéraux	17
2.3. Les sources d'informations et outils utilisés	17
2.4. L'évaluation des critères du référentiel via l'outil AGEVAL	18
2.5. Les difficultés rencontrées	19

PARTIE 3 : LES RESULTATS

Page 20

3.1. Niveau d'atteinte des objectifs du référentiel	20
3.2. L'intégration des recommandations	21
3.3. Synthèse des résultats par thème et plan d'amélioration du service rendu (fiches actions)	.22 à 37
3.4. L'information et la communication	38

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Page 39

TABLE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

LISTE DES ANNEXES



INTRODUCTION

La loi du 2 janvier 2002 a introduit une obligation d'évaluation pour les EHPAD.

Notre établissement s'est engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité de ses activités et de ses prestations depuis déjà plusieurs années, se dotant d'un responsable qualité formé (DU Qualité et DU auditeur-évaluateur).

La démarche d'amélioration continue de la qualité est un élément majeur de la politique institutionnelle qui se base sur les différentes réflexions collectives engagées notamment lors de l'élaboration du CPOM et du Projet d'Etablissement en 2017, ce dernier ayant intégré dans son diagnostic les résultats des dernières évaluations interne et externe respectivement réalisées en 2011 et 2013, fixant ainsi un certain nombre d'objectifs susceptibles de répondre à l'évolution des besoins et attentes de la population accueillie.

En mars 2017, Les autorités tarificatrices ont porté à la connaissance de l'ensemble des établissements, le cycle des échéances à respecter (Evaluations Interne et externe, PE/CPOM) permettant de garantir la poursuite d'un fonctionnement autorisé.

La notion d'évaluation est accueillie aujourd'hui par les professionnels comme une opportunité de réfléchir aux pratiques, d'échanger, de décloisonner et de prendre le temps d'analyser pour améliorer le fonctionnement de l'établissement et les pratiques professionnelles au regard des besoins de la population accueillie aujourd'hui et ce, en adéquation avec les missions et contraintes de l'établissement, notamment budgétaires.

Différents projets ont été menés ou sont en cours avec la mise en place de groupes de travail portant notamment sur l'élaboration du programme technique détaillé du projet architectural (reconstruction du bâtiment) ou encore portant sur l'accueil du résident, le projet hôtelier, le linge, le plan de sécurisation de l'établissement (PSE.)

Nous réaffirmons aujourd'hui, au travers de la démarche d'évaluation interne, la poursuite de notre engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité selon le cycle du PDCA (Roue de DEMING), méthode structurée permettant la mise en œuvre d'un plan d'actions au plus proche des besoins et attentes des usagers et des professionnels.

C'est aujourd'hui, au-delà de l'évaluation, de vérifier les effets sur les résidents, au regard de leurs besoins et attentes et de réajuster nos objectifs et actions en conséquence.

« La qualité est l'affaire de tous » W. Edwards DEMING (1900–1993)

PARTIE 1 : L'ETABLISSEMENT ET LES ELEMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITES

1.1 Présentation générale de l'établissement

1.1.1 Carte d'identité

EHPAD Résidence Puy Martin

Numéro FINESS : 870007663

Statut juridique : Etablissement public autonome / Fonction Publique Hospitalière

Direction : Sabine FARVACQUE

Adresse : Impasse Puy Martin

87410 Le Palais-sur-Vienne

Tél. : 05.55.04.43.00

Mail : res.puymartin-lepalais@wanadoo.fr

Capacité d'accueil officielle : 80 lits

1.1.2 Historique et implantation géographique

Implantée sur la commune du Palais-sur-Vienne près de Limoges (87), la résidence Puy Martin ouvre ses portes avec un statut associatif. Construite en Mars 1971, elle comprenait 73 foyers logements, ce qui correspondait à l'époque à une demande forte de la population.

De 1990 à 2000, la Résidence est transformée en Maison de Retraite gérée par le Centre Communal d'Action Sociale (Fonction Publique Territoriale), puis en Maison de Retraite médicalisée lors de son changement de statut en Juillet 2000.

Au 1^{er} janvier 2003, la Maison de Retraite Médicalisée du Palais-sur-Vienne entre dans la réforme des E.H.P.A.D. (Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) et prend à ce jour cette nouvelle appellation. Elle comprend aujourd'hui une capacité d'hébergement de 80 lits.



1.1.3 La gouvernance

La gestion de l'Ehpad est en direction commune avec l'Ehpad Résidence la Valoine de Feytiat, situé à 14 kms et ce, depuis l'année 2001.

Peu à peu, cette direction commune a évolué vers une convention de gestion commune officialisée en 2008, convention qui s'est donnée trois objectifs :

- **L'optimisation des moyens humains**

- ↳ Une équipe de direction et un encadrement commun aux deux Ehpad
- ↳ La mise à disposition de compétences spécifiques
- ↳ L'organisation d'un système de gardes et astreintes commun aux deux Ehpad

- **L'optimisation de la logistique matérielle et de la gestion administrative, comptable et économique**
 - ↳ L'optimisation de moyens matériels : mise à disposition de matériels entre établissements et collaboration entre les deux Ehpads afin d'assurer la continuité du service et le maintien d'un niveau de prestation dans les périodes difficiles (ex : dépannage ponctuel en cas de panne de machine en lingerie sur un des deux sites)
 - ↳ Un réseau informatique et de communication inter-établissements

- **L'harmonisation des projets, des actions et pratiques professionnelles**
 - ↳ Des axes de travail communs et identiques dans le cadre du projet d'établissement
 - ↳ Des réunions inter-établissements favorisant une collaboration harmonieuse (commission de menus, commission de formation, commission de coordination gériatrique, réunions interservices...)

Une évaluation de cette convention est à prévoir afin de la faire évoluer et ce, compte tenu que le projet architectural va accroître la coopération entre ces deux établissements avec notamment la centralisation de l'administration générale et de la logistique sur le nouvel établissement du Palais-sur-Vienne.

1.1.4 Les ressources humaines

Au 1^{er} janvier 2019, l'établissement est organisé « par services » et comprend :

Service	Effectif : (*mutualisation avec l'EHPAD de Feytiat)
Service ADMINISTRATIF (Direction, Finances et Achats, RH, Accueil, secrétariat médico-social, Economat, Logistique) :	1 Directeur* (50%) 1 Responsable financier*(50%) 1 Assistante Médico-Administrative, 1 Chargé des Ressources Humaines* (50%) 1 Responsable RH*(50%), 1 Référente sociale et familiale 1 Chargé des affaires logistiques* (50%), 1 magasinier*(50%)
Service QUALITE	1 Qualificienne* (50%)
Service ANIMATION	1 animatrice
Service SOINS :	1 Médecin Coordonnateur* (50%) 1 cadre de santé, 5 IDE, 15 AS 8 ASH (+ 2 ASH renfort) 1 Ergothérapeute (vacations)
Service CUISINE et HOTELLERIE :	1 responsable restauration* (50%)
Pour la Cuisine :	4 cuisiniers dont un second, 1 CUI (20h)
Pour l'Hôtellerie :	3 AEQ, 1 ASQH, 1 AEQ renfort, 3 CUI (20h)
Service TECHNIQUE :	1 responsable technique* (50%) 1 ouvrier professionnel
Service BLANCHISSERIE :	1 lingère (AEQ)



1.2 Cadre réglementaire, missions et principaux objectifs des activités

1.2.1 L'autorisation :

Suite aux dernières évaluations internes et externes, réalisées respectivement en 2011 et 2013, l'établissement a vu son autorisation de fonctionnement renouvelée pour une durée de 15 ans à partir du **3 janvier 2017**. En outre, cette autorisation vaut habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

1.2.2 Les missions contenues dans l'autorisation :

L'établissement s'inscrit dans le cadre réglementaire des dispositions de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) qui intègre le secteur médico-social. Les missions de l'Ehpad sont encadrées par les autorités publiques qui autorisent les structures et contrôlent la réalisation des missions.

L'EHPAD Puy Martin situé sur la commune du Palais-sur-Vienne à environ 15 minutes du centre-ville de Limoges est un établissement public autonome médico-social, sous statut de la Fonction Publique Hospitalière, qui assure une mission de service public et participe à la permanence, la continuité, la sécurité et la qualité des soins et de l'hébergement.

Il accueille des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, et dont l'état de santé ne permet plus le maintien au domicile et ce, quelle que soit leur situation sociale. Sur dérogation, l'accueil peut être étendu aux personnes de moins de 60 ans. Il propose à ce jour **84 lits d'hébergement permanent** (dont 4 lits non-officiels).

L'EHPAD Résidence Puy Martin est donc un lieu de vie et de soins qui assure la dispensation des soins médicaux et paramédicaux adaptés associés à la fourniture d'un socle minimal de prestations d'hébergement avec :

- ↪ L'accueil et gestion administrative du séjour
- ↪ L'hébergement
- ↪ La restauration
- ↪ Le blanchissage
- ↪ L'animation de la vie sociale

Cette mission essentielle s'exerce toutefois aujourd'hui dans des conditions difficiles en lien avec :

- ↪ La vétusté de la structure (taux d'environ 84%) et un projet de reconstruction en cours pour une ouverture en 2021.
- ↪ Un accroissement de la dépendance des résidents accueillis avec notamment une évolution des profils accueillis (maladie neurodégénératives)
- ↪ Un contexte financier contraint
- ↪ Une inadéquation entre le nombre de professionnels soignants et les exigences de prise en soin
- ↪ L'absence d'unité spécifique de type Alzheimer ou PASA
- ↪ L'absence de formule d'hébergement en accueil séquentiel (accueil de nuit, de jour et hébergement temporaire).

Dans ce contexte, l'établissement mène en continu une réflexion visant l'amélioration des prestations délivrées aux usagers au travers d'une démarche d'amélioration continue de la qualité de ses prestations en plaçant le résident au cœur des préoccupations et ce, afin d'adapter au mieux la prise en charge de la population accueillie.

	EHPAD Puy Martin Le Palais/Vienne	EVALUATION INTERNE L'établissement et les éléments de cadrage	2019
			Page 5 sur 37

1.2.3 La contractualisation (CPOM)

Pour les EHPAD, la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit la signature de CPOM tripartites (établissement, ARS, CD) au plus tard au 01/01/2022.

Le CPOM de l'EHPAD du Palais-sur-Vienne a été prévu par l'arrêté conjoint de programmation (ARS/CD) N° 88-2016.

Après deux conventions tripartites et sur la base d'un diagnostic partagé, l'EHPAD résidence Puy Martin a donc contractualisé un CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) avec le Conseil départemental et l'Agence Régionale de Santé.

La signature est intervenue en août 2018 avec effet rétroactif au 1er janvier 2017 et ce, pour une durée de 4 ans.

Le CPOM introduit une approche sur le parcours de la personne et une logique de partenariats renforcés avec les acteurs et réseaux du territoire (Hospitalisation à domicile par exemple...). Il constitue un outil stratégique pluriannuel afin de répondre aux enjeux d'accompagnement des usagers d'EHPAD.

Toutefois, une signature tardive du contrat dont la durée est de 4 ans au lieu de 5 ans, concentre la réalisation des objectifs sur une période limitée, peu propice à une mise en œuvre efficiente. Un bilan sera réalisé début 2020.

1.2.4 Les valeurs, le projet d'établissement et les principaux objectifs qui en découlent

Le projet d'établissement 2017 - 2021 est le fruit d'un travail collectif, constituant notre cadre de référence, traduisant nos valeurs, nos visions, notre intention et notre éthique dans l'accueil et la prise en charge des personnes accueillies dans notre établissement "en plaçant le résident au cœur de nos préoccupations".

Il contribue à fédérer l'ensemble des acteurs professionnels dans l'exercice de leur métier, fil rouge de notre philosophie de prise en charge des résidents accueillis dans notre établissement.

Les valeurs sont axées sur :

- **L'accueil** des personnes âgées dépendantes dans le respect de leurs droits, de leurs libertés, et dans la promotion de la bientraitance
- **Le respect** de l'usager dans ses choix, en fonction de ses possibilités et fondé sur le prendre soin, sur les capacités restantes des personnes avec le sentiment de dignité quel que soit l'âge ou les pathologies.
- **Le prendre soin** en garantissant le bien-être de la personne et en assurant sa protection et sa sécurité
- **L'accompagnement** personnalisé des personnes âgées, tout au long de leur vie dans l'établissement en prenant en compte leur singularité, en proposant un accompagnement personnalisé et en évitant de faire "à la place de".

La concrétisation des visions a permis de se projeter dans un univers de prise en charge adaptée à nos valeurs et ainsi permettre d'impulser celles-ci dans le futur projet architectural mieux adapté aux besoins des personnes accueillies mais aussi des professionnels avec :

- ↳ un établissement adapté à l'accueil de la population âgée dépendante disposant de locaux fonctionnels, lumineux, climatisés, intégrant des espaces sécurisés et conviviaux.
- ↳ des chambres individuelles adaptées aux besoins et difficultés de chacun en intégrant des chambres communicantes pour les couples ou encore pour les personnes à forte corpulence...

- ↪ un équipement mobilier confortable et ergonomique,
- ↪ des jardins aménagés et facilement accessibles,
- ↪ des espaces de vie avec des ambiances différentes,
- ↪ des interactions riches et régulières organisées avec l'extérieur,
- ↪ une ouverture sur le territoire, un renforcement de la dynamique de réseau pour favoriser le continuum de vie des personnes accueillies,
- ↪ une gestion des ressources humaines mettant l'accent sur la politique de formation professionnelle afin d'améliorer les connaissances, l'apprentissage de nouvelles techniques et pratiques professionnelles.
- ↪ une gestion des ressources humaines imprégnée d'une réflexion permanente sur l'amélioration des conditions de travail,
- ↪ une gestion optimisée

Le projet d'établissement 2017-2021 traduit la réflexion engagée par les acteurs de l'établissement et s'articule au travers de 4 axes traduits en objectifs et intégrant des indicateurs de suivi.

1.2.5 Le projet architectural

Dès 2003, une réflexion s'est engagée entre la direction, le conseil d'administration et les autorités tarificatrices (ARS et Conseil Départemental) pour aboutir à la finalisation d'un projet architectural d'envergure.

Ainsi, après avoir étudié plusieurs scénarii, c'est finalement la reconstruction de l'établissement intégrant une extension de capacité de 56 lits qui a été actée conformément à l'arrêté d'autorisation de l'ARS du Limousin en date du 8 Juillet 2013.

En effet, l'environnement architectural ne permet plus d'organiser un cadre de vie approprié et conforme aux recommandations et aux besoins et attentes des personnes accueillies dans notre structure.

Le **taux de vétusté de la construction est de 84 %**, ce qui impacte sur la gestion de l'établissement et la prise en charge des résidents au quotidien (cadre de vie, accompagnement, ...) et sur la qualité de vie au travail des professionnels.

Le projet architectural est acté. Le futur établissement proposera 140 lits comprenant 99 lits d'EHPAD, 10 lits d'hébergement, 2 unités spécifiques Alzheimer de 14 lits et 3 places d'accueil de nuit.

Les travaux ont débutés début 2019 par le terrassement. Le nouvel établissement en construction se situe à moins de 300 m de l'établissement actuel sur le lieu-dit « Le MAS ».

L'ouverture du nouvel établissement est prévue pour la fin de l'année 2021. Le devenir du bâtiment existant devra être étudié en amont du déménagement.

L'évaluation se fait aujourd'hui dans ce contexte d'attente forte d'une structure adaptée aux besoins et attentes des résidents mais aussi des professionnels.

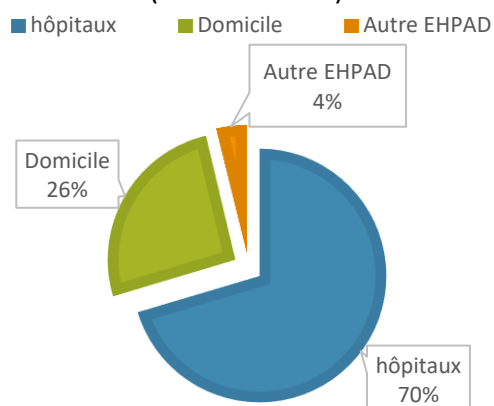
1.3 Les caractéristiques de la population accueillie

1.3.1 Données démographiques et sociales :

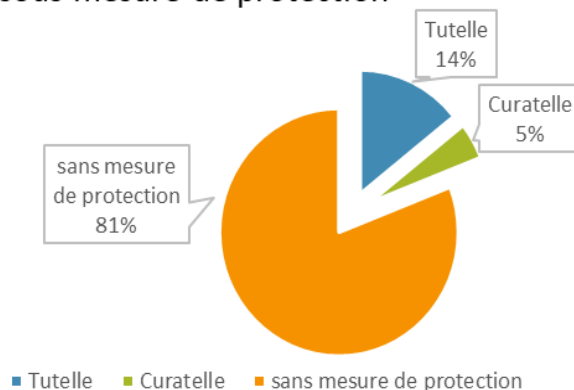
L'établissement accueille des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, principalement issues du bassin local et provenant essentiellement des hôpitaux.



Origine des entrées en 2018
(27 résidents)



Répartition des résidents
sous mesure de protection



Tranches d'âges		Hommes	Femmes	TOTAL	POURCENTAGE
55	60	0	0	0	0
61	65	1	0	1	1.20
66	70	0	0	0	0
71	75	0	0	0	0
76	80	2	2	4	4.82
81	85	2	8	10	12.05
86	90	6	20	26	31.33
91	95	8	21	29	34.94
96	100	0	4	4	4.82
101	110	1	8	9	10.84
Totalisation		20	63	83	

Au 31/12/2018, l'EHPAD compte 83 résidents avec une moyenne d'âge générale de 90 ans, 10 mois et 14 jours contre 89 ans et 11 mois en 2017.

La moyenne d'âge pour les hommes est de 88 ans et pour les femmes, 91 ans.

Age d'entrée le plus fréquent en 2018	Entre 86 et 95 ans	
--	---------------------------	--

1.3.2 Indicateurs d'autonomie des résidents :

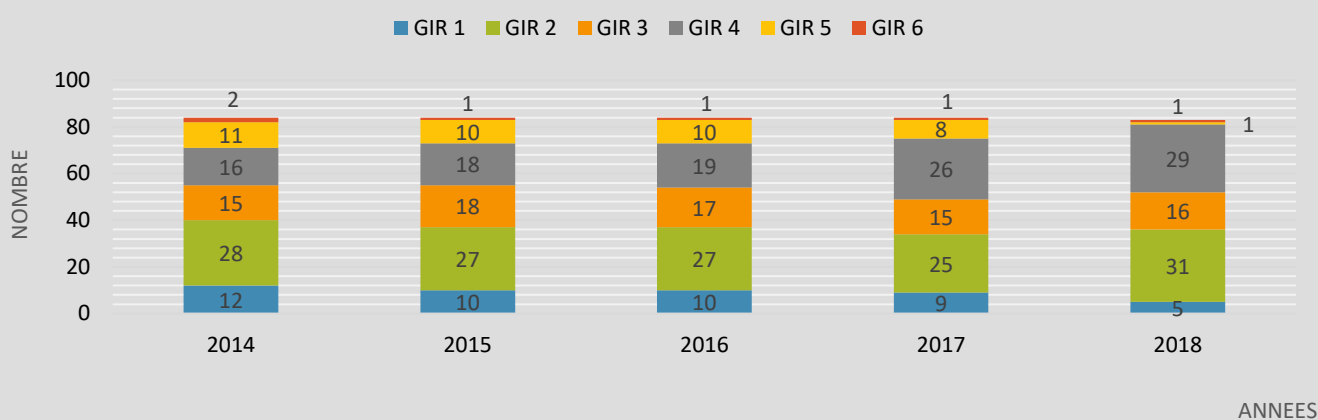
GMP¹ (dernier GMP validé en date du 30.06.2018)	715
---	------------

En 2018, le **profil type d'une admission à l'EHPAD** du Palais-sur-Vienne est une femme de 89 ans avec un niveau de dépendance 3/4 qui entre suite à une hospitalisation. Son séjour durera en moyenne 3 ans.

¹ Indicateur permettant d'évaluer la charge de travail de l'équipe soignante en fonction de l'autonomie des Résidents



Evolution de la dépendance sur 5 ans



Une évaluation du GMP est prévue en juin 2020.

1.3.3 Indicateurs de santé des résidents :

PATHOS Moyen Pondéré² (dernier PMP validé en date du 30.06.2018)	169
--	------------

Une nouvelle coupe PATHOS est prévue en 2020.

Pour autant, le public accueilli présente aujourd'hui les caractéristiques suivantes :

Profil poly-pathologiques	↑
Troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer ou troubles neuro-dégénératifs)	↑
Trouble de l'incontinence	↑

Quelques indicateurs de santé, en l'absence de rapport médical, issus des données de prise en charge médicamenteuse MEDISSIMO (Pharmacien référent) :

Périmètre	Nombre résident	%	Indications principales :
Echantillon de Résidents du 01/01/2019 au 30/11/2019	85	100 %	Prise en charge médicamenteuse via le système MEDISSIMO
Sous Antalgiques	72	84.7 %	Douleur
Sous Antidépresseurs	49	57.6 %	Etats dépressifs
Sous Neuroleptiques	22	25.9 %	Etats psychotiques aigus et chroniques, la schizophrénie et les troubles délirants
Sous Benzodiazépines	36	42.4 %	Insomnies anxiété

² Indicateur permettant d'évaluer la charge de travail de l'équipe soignante en fonction des pathologies des résidents

L'établissement travaille en partenariat avec des réseaux de santé (conventions) :

- HAD (Hospitalisation à domicile) du CHU et SSL
- EMESPA (Equipe mobile d'évaluation psychiatrique de la personne âgée) du CHS Esquirol à Limoges
- EMSP (Equipe mobile de soins palliatifs du CHU de limoges), LINUT pour les principaux.
- LINUT (diététicienne et suivi de la dénutrition)
- EHPADENT (prise en charge bucco-dentaire)

1.3.4 Indicateurs d'activité et tendance (année 2018) :

Durée moyenne de séjour	1 107 jours	➔
Taux d'activité : hébergement permanent y compris absence de + et – 72 heures) avec 4 lits non officiels	104,26 %	➔
Taux d'hospitalisation complète : diminution sensible du nombre de journées d'absence (-64.38%) essentiellement hospitalisation – Politique de maintien des PA avec l'aide des médecins traitants et des réseaux.	1.48 %	⬇

1.3.5 Evolutions significatives constatées et impacts :

Concernant secteur médico-social, le schéma départemental de l'autonomie 2015-2019 préconise plusieurs axes importants que l'organisme gestionnaire va devoir intégrer dans la formalisation des orientations stratégiques :

- Adapter l'offre d'hébergement aux nouveaux besoins

Renforcer la capacité d'accueil en Ehpap, améliorer la transition domicile/Ehpap et l'accompagnement des personnes hébergées notamment les patients atteints de la maladie Alzheimer et de maladies apparentées

- Proposer une évolution des capacités de prise en charge des personnes âgées

Le schéma, reprenant certains points mentionnés dans les recommandations formulées par l'ANESM, insiste sur les points suivants :

Les établissements du secteur médico-social devront :

- ↳ Rechercher des modalités de développement de la mission de centre de ressources ;
- ↳ Diversifier les modalités d'accueil et développer notamment les accueils séquentiels ;
- ↳ Expérimenter des modalités d'accueil à la journée ;
- ↳ Renforcer la professionnalisation et la qualification des professionnels ;
- ↳ Contribuer à la fluidité du parcours de la personne âgée (dossier de liaison domicile-établissement, visite de préadmission) ;
- ↳ Proposer une qualité de prise en charge (ressources humaines conforme au ratio agent-lit, personnalisation de l'accompagnement, culture de la bientraitance, le développement d'équipements domotiques et de la télémédecine, les économies d'énergie et la protection des locaux contre les chocs

thermiques, l'intégration d'une démarche de haute qualité environnementale et de développement durable) ;

- ↪ S'inscrire dans une filière gériatrique ;
- ↪ Avoir un rôle de plate-forme de services ;
- ↪ Encourager l'ouverture sur l'extérieur.

Le Programme Régional de Santé 2018-2027 définit un certain nombre de priorités qui intéressent le secteur médico-social :

- ↪ Développer la prévention et la promotion de la santé
- ↪ Favoriser l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement (sur le plan social, géographique et de l'organisation, notamment des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et des personnes les plus démunies)
- ↪ Renforcer la coordination, la qualité, la sécurité, la continuité et la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales
- ↪ Améliorer l'organisation des parcours de santé (coopération et coordination des acteurs de santé....)
- ↪ Préparer et adapter le système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Les évolutions constatées par l'établissement :

Constats	Impacts sur l'accompagnement
Augmentation de l'âge moyen d'entrée en EHPAD.	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnérabilité accrue nécessitant des actions de prévention +++ (Chute, dénutrition, risque infectieux, perte d'autonomie ...) - Adaptation de l'alimentation et de l'aide aux repas. - Adaptation des activités d'animation.
Augmentation du nombre d'hommes admis en EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> - Complexité des admissions (attribution de chambre, changement de chambres...) afin de répondre aux demandes.
Evolution des profils (Augmentation des maladies neuro-dégénératives...)	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de compétences adaptées (accompagnement thérapeutique) - Gestion des difficultés de cohabitation par les soignants. - Difficultés à envisager des sectorisations impactant sur l'optimisation du temps soignant au chevet du résident (absence d'unité spécifiques, locaux inadaptés...)
Augmentation de l'état de dépendance physique (augmentation des personnes en fauteuils roulants)	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement et temps de transfert plus longs (impact sur les organisations soignantes) - Augmentation de l'aide à la vie quotidienne. - Effectifs en inadéquation avec la charge de travail et les besoins des résidents. - Locaux inadaptés.
Provenance des résidents (hôpitaux)	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à évaluer le degré de consentement au moment de l'admission. - Adaptation plus difficile. - Pas de visite de préadmission possible (urgence)
Durée moyenne de séjour plus courte	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à atteindre l'indicateur préconisé (100%) dans l'élaboration et le suivi des projets personnalisés. - Augmentation de la charge de travail liée à la gestion des admissions en lien avec le turn-over.

Au vu du nombre de résidents présentant des troubles cognitifs, l'établissement ne dispose actuellement d'aucune unité spécifique de prise en charge, ni de projet d'accompagnement thérapeutique en l'absence de compétences identifiées.

1.4 La spécification des objectifs – (cadre évaluatif) :

Les principaux objectifs d'intervention, impartis au secteur social et médico-social sont définis dans la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et les critères d'appréciations énoncés dans le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 à savoir :

- La garantie des droits individuels et la participation des résidents
- Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance (La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie des usagers)
- La prévention des risques liés à la vulnérabilité des résidents
- La prise en compte personnalisée des attentes et des besoins
- L'accompagnement de fin de vie

Eu-égard aux activités communes des EHPAD définis dans la recommandation de bonne pratiques publiées par l'ANESM en février 2012 « L'Evaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », il est recommandé d'évaluer les activités centrées sur les résidents selon 5 axes :

- AXE 1 : Garantie des droits individuels et collectifs
- 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
- AXE 4 : Personnalisation de l'accompagnement
- AXE 5 : Accompagnement de la fin de vie

L'évaluation des cinq axes centrés sur les résidents permet d'interroger les objectifs spécifiquement poursuivis par la résidence Puy Martin dans son projet d'établissement, sur la base d'une caractérisation actualisée de la population accueillie.

Les objectifs du Projet d'établissement

- Mettre en œuvre la reconstruction du bâtiment
- Définir l'organisation générale dans le nouvel établissement
- Etudier le devenir du bâtiment existant
- Optimiser la gestion de la maintenance des équipements et matériels
- Poursuivre le développement du système d'information
- Optimiser la coopération inter-EHPAD
- Reconsidérer la prestation linge et hygiène des locaux
- Définir une politique de mieux être au travail
- Poursuivre la montée en compétences des professionnels
- Elaborer un programme d'amélioration de la qualité
- Améliorer l'écoute client
- Promouvoir une politique de bientraitance
- Adapter la fonction restauration aux enjeux institutionnels de demain
- Mettre en œuvre une démarche de développement durable
- Structurer la continuité du parcours domicile-EHPAD
- Développer et évaluer les partenariats
- Poursuivre l'expérimentation astreinte IDE de nuit.



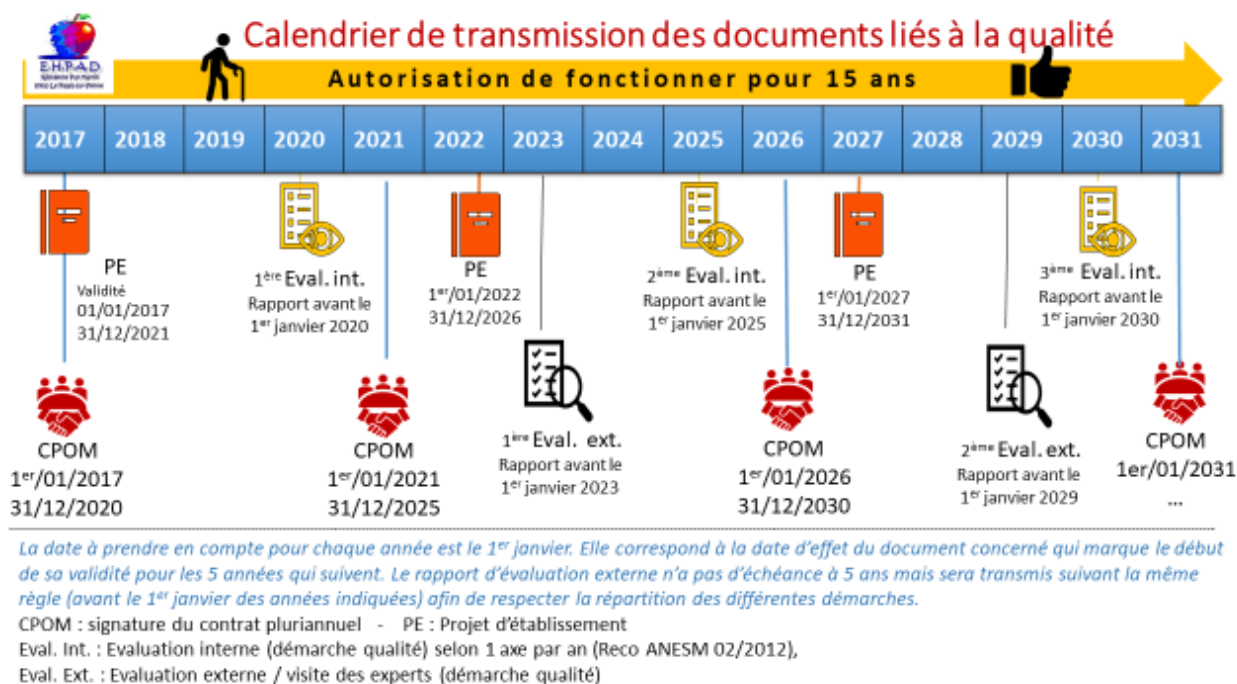
- Améliorer la coordination et la régulation médicale
- Garantir prévention et sécurité des soins
- Consolider le dispositif sécurisé du circuit du médicament
- Evaluer et garantir la maîtrise du risque infectieux
- Définir le rôle et la place des aidants
- Repenser les activités d'animation
- Poursuivre la mise en œuvre des projets personnalisés
- Garantir un accompagnement de fin de vie de qualité

PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

2.1. Le protocole d'évaluation

2.1.1 Choix d'entrée et temporalité

Un calendrier délivré par courrier le 7.03.2017 par les autorités de tarification (Conseil Départemental et l'ARS) fixe les nouvelles échéances de transmissions des documents liés à la qualité. Ce calendrier a été intégré au CPOM.



Bien que conscients que la démarche doit être menée en continu sur cinq ans (1 axe par an), le choix de mener cette évaluation dans sa totalité en 2019 repose sur une décision de la direction au regard :

- ↪ de la réception du courrier conjoint ARS/CD précisant le calendrier,
- ↪ de la concomitance avec les autres démarches déjà engagées et chronophages : CPOM, projet d'établissement, projet architectural,
- ↪ de leur articulation nécessaire,
- ↪ de la nécessité de se doter d'un outil de pilotage, facilitateur pour la poursuite du processus d'évaluation interne et de son suivi. (Cf. fiche action n°11 - CPOM 2017-2020).

Sur ce dernier point, forts des enseignements des précédentes évaluations et afin de mieux impliquer les différents acteurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et notamment sur le suivi du plan d'amélioration, le Directeur et la Qualificienne ont recherché en 2018 un outil de pilotage qui permettrait d'optimiser la démarche qualité. L'objectif premier étant d'avoir une vision globalisée des différentes sources d'amélioration (CPOM, PE, Evaluations interne et externe, audits...) regroupées dans un plan d'actions unifié (PAQ unifié) afin d'avoir une meilleure lisibilité des objectifs communs, de mieux identifier et prioriser les actions à mener pour progresser, de suivre leur mise en œuvre et leur effets (mise en place d'indicateurs).

L'outil AGEVAL a été choisi et mis en place fin 2018. Il comprend notamment les modules suivants :

- Evaluations
- Plan d'actions
- Indicateurs
- Enquêtes

2.1.2 Les grandes étapes de la démarche

Phase 1 PREPARATION COMMUNICATION	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lettre d'engagement du Directeur ▪ Création d'un comité de pilotage (COFIL) ▪ Identification du cadre évaluatif et validation du référentiel en comité de pilotage. ▪ Définition et organisation du planning d'évaluation (8 groupes de travail intégrant l'ensemble des thèmes du référentiel) avec validation en comité de pilotage ▪ Communication sur la démarche en réunion interservices, en réunions de services par les responsables, aux différentes instances et notamment le CVS, par voie d'affichage et via les fiches de paie (Flash info) ▪ Appel à participation des professionnels, des partenaires et réseaux par l'IDEC et la qualitiennne, des membres du CVS avec présentation de la démarche par la qualitiennne. 	De Novembre 2018 A janvier 2019
Phase 2 DIAGNOSTIC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recueil d'éléments d'information ▪ Etude de documents ▪ Analyse et renseignement du référentiel en groupe de travail ▪ Préparation et lancement des enquêtes de satisfaction (réfèrent familiaux, résidents) avec validation du COFIL 	De Février 2019 à juin 2019
Phase 3 SYNTHESE DES RESULTATS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présentation des différents travaux de groupes et validation des plans d'action proposés en comité de pilotage en adéquation avec les objectifs du PE. ▪ Etude des enquêtes et présentation aux familles et aux résidents. ▪ Analyse des différentes remontées. ▪ Rédaction et relecture du rapport ▪ Validation du rapport en comité de pilotage 	Juin à Novembre 2019
Phase 4 COMMUNICATION DES RESULTATS et SUIVI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envoi des rapports au CD et à l'ARS ▪ Présentation des résultats en comité de pilotage (plan d'amélioration de la qualité) ▪ Présentation aux instances (CTE, CVS, CA ...) ▪ Communication via le petit journal et le site internet ▪ Suivi du plan d'actions 	Décembre 2019 à Mars 2020

2.2. Les acteurs impliqués dans la démarche et choix du référentiel

2.1.1 Le pilotage de l'évaluation

Il a été créé un Comité de pilotage d'évaluation interne. Il a été confié à cette instance les responsabilités suivantes :

- Elaborer et/ou adapter le référentiel d'auto-évaluation
- Structurer, organiser et suivre la démarche d'évaluation et prendre les décisions,

- Croiser les regards des différentes parties prenantes (administrateurs, directeur, infirmier coordinateur, cadre et responsable de services, usagers, partenaires)
- Confirmer le niveau de cotation des critères,
- Prioriser les actions d'amélioration,
- Superviser l'avancée du plan d'amélioration.
- Formaliser l'actualisation du projet d'établissement.

La qualitiennne a été désignée comme chef de projet afin d'animer et coordonner la démarche et assurer les missions suivantes :

- Former et informer les professionnels
- Assurer le lien entre le comité de pilotage et les groupes de travail
- Assurer un soutien technique, méthodologique et logistique aux groupes de travail, au COPIL
- Coordonner et animer les groupes de travail
- Renseigner le référentiel via l'outil AGEVAL lors des groupes de travail.
- Elaborer et/ou réunir les principaux documents supports et outils nécessaires à la démarche (convocations, synthèses, supports de communication, formalisation des enquêtes, ...)
- Rendre compte à la direction, communiquer sur la démarche en interne et en externe.
- Rédiger le rapport d'auto-évaluation qui sera soumis au COPIL en relecture pour validation avant transmission aux autorités de tarification.

Acté en novembre 2018, le Comité de pilotage est constitué des membres de la Réunion Inter Services de l'EHPAD. Une fiche de missions a été diffusée et expliquée par la Qualitiennne. Le comité de pilotage a été constitué de manière stratégique avec des critères de représentativité des différents services et afin de ne pas démultiplier les réunions eu-égard aux contraintes d'organisation du moment.

2.1.2 Cadre évaluatif et choix du référentiel

Pour réaliser la démarche d'évaluation, le comité de pilotage a fait le choix de s'appuyer sur un référentiel déjà existant ([ANNEXE 1](#)), conforme à la recommandation de bonnes pratiques de février 2012³ et utilisé par d'autres EHPAD du département et ayant reçu l'aval du qualiticien du Conseil Départemental.

Le Comité de pilotage a pour autant vérifié qu'il soit compréhensif, qu'il corresponde bien aux spécificités de l'établissement (missions, valeurs, et caractéristiques de la population accueillie, recommandations de bonnes pratiques) et aux objectifs inscrits dans le Projet d'Etablissement.

Après analyse et quelques ajustements par le Comité de Pilotage, ce référentiel a été intégré à l'Outil AGEVAL par la qualitiennne.

2.1.3 Modalités de participation des usagers et de leurs représentants :

Les modalités de participation des résidents (consultation, concertation et co-production) ont été organisées et proposée à plusieurs niveaux :

- Par une invitation à participer aux groupes de travail pour les représentants des usagers et des familles (représentant élu au CVS) : 0 participation.
- Par la diffusion de deux enquêtes de satisfaction ([ANNEXES 4 et 5](#))

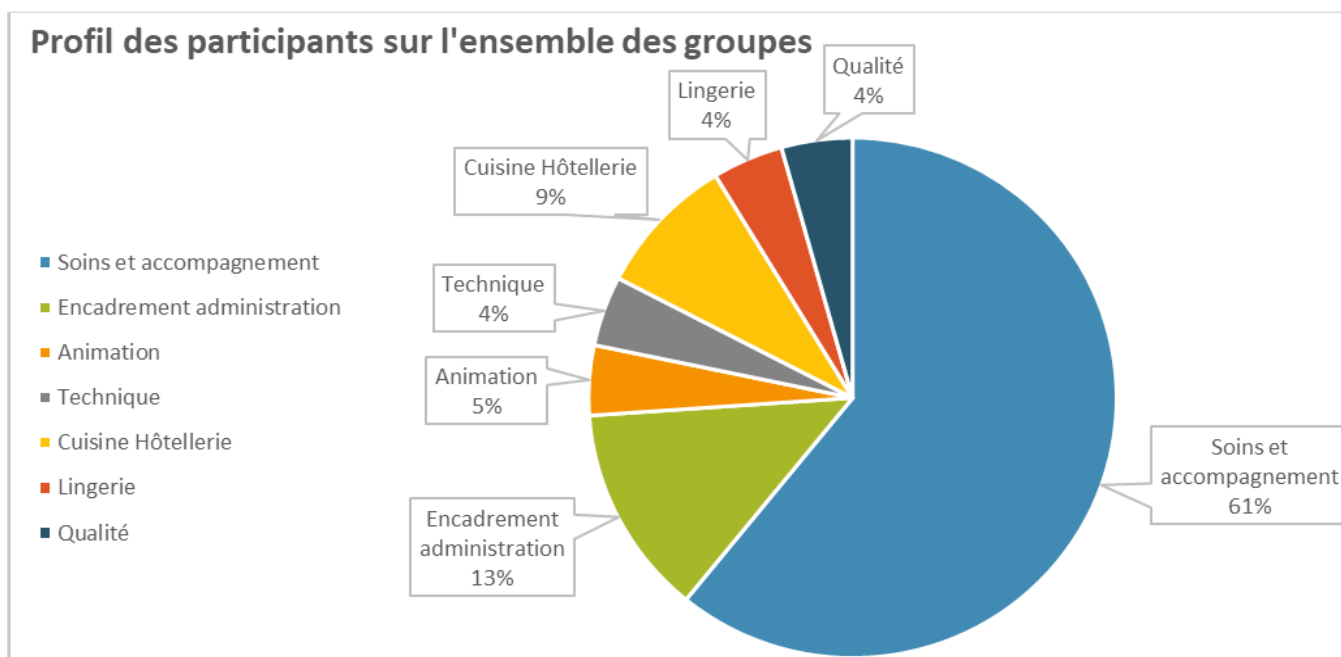
³ Recommandations ANESM : L'évaluation interne : "repère pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes" - février 2012

Enquête auprès des référents familiaux	Enquêtes de satisfaction globale : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Echantillon de 82 référents familiaux ▪ Modalités de diffusion : 68 liens web (adresse email) ou papier (14) ▪ 43 retours (37 liens web et 7 papiers) <p style="text-align: right;">▪ Taux de retour 53.66 %</p>
Enquête auprès des résidents	Enquêtes de satisfaction globale : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Echantillon de 51 résidents ciblés (par le cadre de santé) en capacité de répondre seul ou avec aide au questionnaire. ▪ Modalités de diffusion : papier ▪ 7 refus ▪ 37 retours <p style="text-align: right;">▪ Taux de retour 72.55 %</p>

2.1.4 Association des professionnels

Suite à l'appel à participation, 28 personnes ont participé au moins une fois aux groupes de travail ([ANNEXE 2](#)) visant à renseigner les grilles du référentiel dont 23 professionnels de la structure (voir profil ci-dessous) mais aussi le pharmacien référent, le réseau EMESPA, l'HAD du SSL, le réseau LINUT et le prestataire de sous-traitance de l'hygiène des locaux ELIOR

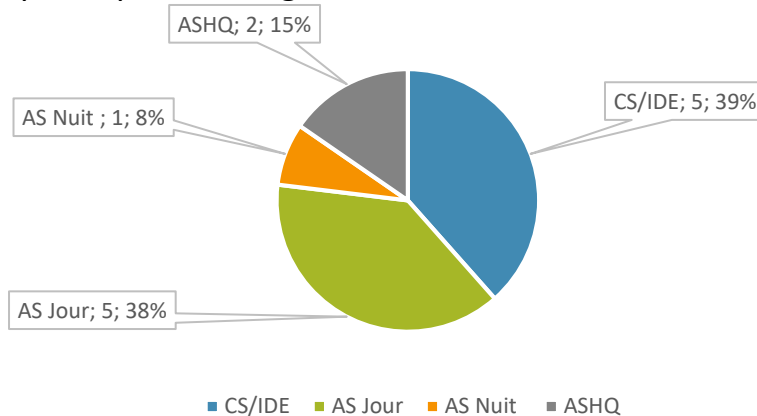
Chaque rencontre, d'une durée moyenne de 3 heures, a été l'occasion d'échanger et de croiser les regards sur les pratiques en cours dans la structure, eu-égard aux objectifs à atteindre et aux effets attendus pour les résidents.



Cette évaluation, centrée sur le résident, a été facilitée grâce à une forte mobilisation soignante due notamment à un bon relais de l'information par L'IDEC, de son anticipation sur les plannings et la diffusion du référentiel en réunion et en amont des groupes de travail.

Les soignants ont été invités à se positionner sur la base du volontariat, sur les groupes de travail faisant le plus écho à leurs missions de référent et/ou leurs spécialités. Par exemple l'AS de nuit référente ergomotricité s'est positionnée sur le groupe évaluant le thème du maintien des capacités de déplacement, l'IDE possédant un DU géonto-spy sur le thème de la prévention et de la prise en charge des troubles du comportement.

Répartition des participations soignantes



2.1.5 Association des réseaux de santé, partenaires extérieurs, libéraux

Afin de croiser les regards et d'apporter une expertise complémentaire, les groupes de travail ([ANNEXE 2](#)) ont été ouvert aux réseaux travaillant en partenariat avec l'EHPAD.

C'est ainsi que l'IDE référente de l'EMESPA⁴ est intervenue sur le groupe relatif à la prévention et à la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement.

L'HAD⁵ de Santé Service Limousin sur le thème de la prévention et de la prise en charge des escarres.

Le pharmacien référent de l'EHPAD, Monsieur PEYRAFORT, est intervenu sur les thèmes liés à la prévention des risques liés à la santé et à la vulnérabilité des résidents (douleur...)

Le réseau LINUT⁶ a participé au groupe sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition, des escarres.

2.3. Les sources d'informations et outils utilisés

- Le projet d'établissement 2017 – 2021 et ses fiches actions
- Le CPOM 2017 – 2020 et ses fiches actions
- Règlement de fonctionnement et contrat de séjour.
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- La gestion documentaire qualité (Procédures, protocole, ...)
- Le rapport d'activité 2018
- Indicateurs ANAP – CPAM
- Remontées d'informations par l'IDEC (recherches dossiers, etc ...)
- Dossier de soins du logiciel OSIRIS (recherche d'information par le Cadre de santé et le médecin coordonnateur)
- Compte rendus : Conseil de vie sociale, conseil des résidents.
- Plan de formation
- Compte rendu des groupes de travail en cours (linge, hygiène des locaux, accueil du résident...)
- Outil AGEVAL pour la conduite des groupes de travail et la réalisation des enquêtes de satisfaction

⁴ EMESPA : Equipe mobile d'évaluation des troubles psychologiques et/ou comportementaux et de suivi de la personne âgée du CH Esquirol Limoges.

⁵ HAD : Hospitalisation à Domicile - Santé Service Limousin - Limoges.

⁶ LINUT : réseau ville-hôpital spécialisé dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées en Limousin

2.4. L'évaluation des critères du référentiel via l'outil AGEVAL

Pour information, la structuration d'un référentiel d'évaluation est la suivante :

- Partie / Chapitre(Axe) / Référence (thème)/Critères et éléments d'appréciation.

Il est demandé aux membres du groupe de travail de se positionner et d'argumenter chaque éléments abordé (**ANNEXE 3**). Chacun d'eux est reformulé pour en faciliter la compréhension collective.

Les réponses retenues sont celles qui résultent d'un consensus du groupe de travail de même que pour l'identification des pistes d'amélioration lorsque cela est nécessaire. L'analyse documentaire réalisée au point 2.3 de la méthodologie sert d'éléments d'appréciation et de preuve dans cette argumentation.

<i>Echelle de cotation utilisée :</i>	
Oui = 100 %	La structure correspond totalement aux exigences du critère
En grande partie = 75 %	La structure satisfait en grande partie aux exigences du critère
Partiellement = 25 %	La structure ne satisfait que très partiellement aux exigences du critère
Non = 0	La structure ne satisfait pas aux exigences du critère
Non applicable = retiré de la cotation	L'établissement n'est pas concerné

<i>Correspondance des scores :</i>
D < 30 %
C = 30 à 59 %
B = 60 à 89 %
A = 90 à 100 %

Les cotations C et D sont systématiquement investiguées.

Des commentaires sont apportés avec :

- Points forts
- Points à améliorer :

Le plan d'actions se construit au fur et à mesure du remplissage de la grille d'évaluation

- Il est lié à chaque critère :
- Dans un premier temps, il est positionné dans un « Plan d'actions provisoire »
- Le « plan d'actions provisoire » centralise l'ensemble des objectifs/actions créés ou rattachés dans la grille d'évaluation

Les actions proposées par les groupes de travail (plan d'action provisoire) sont analysées et croisées avec les réponses obtenues lors des enquêtes de satisfaction par le COPIL.

Des fiches actions sont formalisées (**ANNEXE 6**) en intégrant les actions retenues, leurs pilotes et échéances de mise en œuvre, les résultats attendus, les moyens à mobiliser (humains, financiers ...) et les indicateurs de suivi et/ou de résultats.

 <p>EHPAD Puy Martin Le Palais/Vienne</p>	EVALUATION INTERNE Méthodologie de l'évaluation	2019
		Page 19 sur 37

2.5. Les difficultés rencontrées

- La difficile mobilisation des membres du comité de pilotage sur certaines dates eu-égard à la charge de travail et aux priorités des services.
- L'absence de mobilisation des membres du CVS peu investis sur l'EHPAD du Palais/Vienne.
- Le manque d'indicateurs exploitables à ce jour via le logiciel de soins OSIRIS (hors ANAP).
- L'absence de rapport médical.

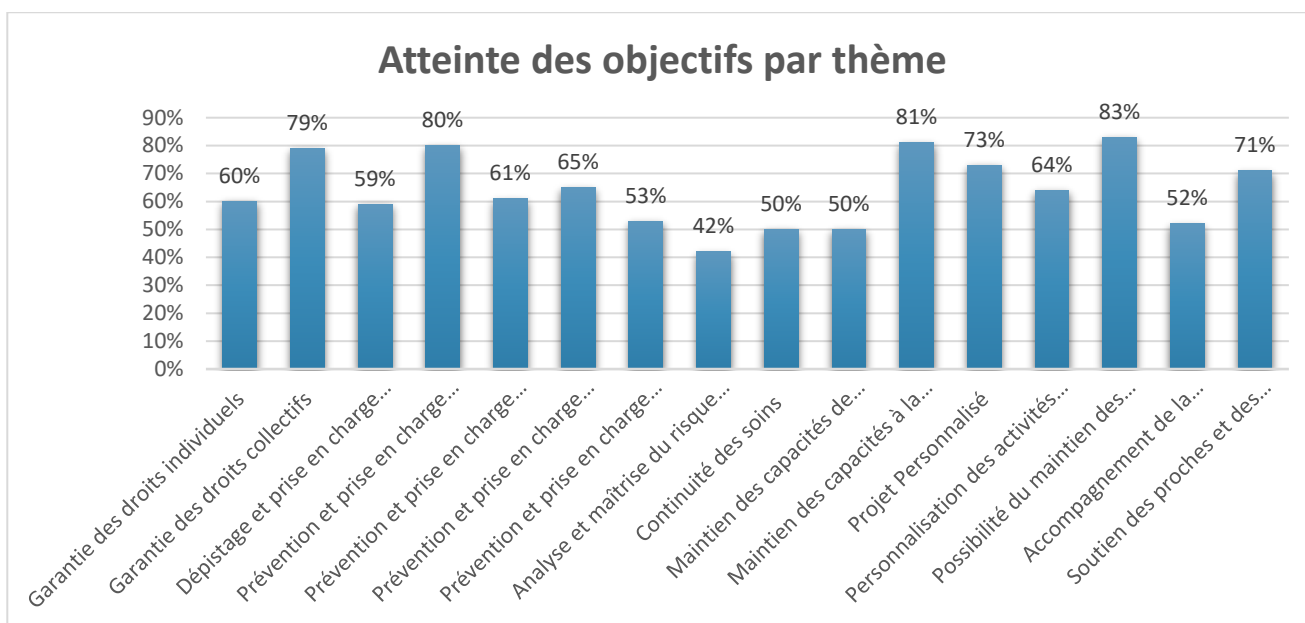
PARTIE 3 : LES RESULTATS

3.1 Niveau d'atteinte des objectifs du référentiel :

Le référentiel fixe 5 axes et 16 thèmes

Le niveau d'atteinte des objectifs, par thème et par axe est donné en pourcentage %

AXE	Thème	Nombre de				Résultats		Moyenne de l'axe
		100%	75%	25%	0%			
AXE1 : Garantie des droits individuels et collectifs	Thème 1 : Garantie des droits individuels	8	8	9	0	60 %	B	69.5 %
	Thème 2 : Garantie des droits collectifs	9	2	2	1	79 %	B	
AXE2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents	Thème 1 : Le dépistage et la prise en charge de la douleur	4	3	1	3	59 %	C	58.6 %
	Thème 2 : La prévention et la prise en charge des chutes	12	5	1	2	80 %	B	
	Thème 3 : La prévention et la prise en charge des escarres	5	0	2	2	61 %	B	
	Thème 4 : La prévention et la prise en charge de la dénutrition	7	7	6	1	65 %	B	
	Thème 5 : La prévention et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement	4	4	6	2	53 %	C	
	Thème 6 : L'analyse et la maîtrise du risque infectieux	1	2	5	1	42 %	C	
	Thème 7 : La continuité des soins	1	4	0	3	50 %	C	
AXE3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation	Thème 1 : Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes non valides	4	7	11	2	50 %	C	65,5 %
	Thème 2 : Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes non valides	8	3	1	1	81 %	B	
AXE4 : La personnalisation de l'accompagnement	Thème 1 : Le Projet Personnalisé	7	5	4	0	73 %	B	73.3 %
	Thème 2 : La personnalisation des activités individuelles et collectives	7	7	5	2	64 %	B	
	Thème 3 : La possibilité du maintien des liens sociaux	12	4	3	0	83 %	B	
AXE5 : L'accompagnement de la fin de vie	Thème 1 : L'accompagnement de la personne	7	3	7	4	52 %	C	61.5 %
	Thème 2 : Le soutien des proches et des professionnels	3	1	2	0	71 %	B	



3.2 L'intégration des recommandations

Les recommandations sont utilisées dans toute démarche de réflexion sur les pratiques professionnelles, en groupes de travail interne (projet d'établissement, projet personnalisé, accueil du résident ...). Elles sont la base de réflexion pour la définition des objectifs à atteindre et des actions d'amélioration à mettre en place.

Les recommandations sont identifiées dans le cadre évaluatif.

Les recommandations de bonnes pratiques ont été interrogées via le référentiel d'auto-évaluation.

La recommandation évaluation interne de février 2012 a été utilisée pour cadrer la démarche d'évaluation.

Les recommandations sont disponibles à tout moment pour les professionnels et via la gestion électronique des documents CLARISSE.

3.3 Synthèse des résultats par thème et plan d'amélioration du service rendu (fiches actions)

Les résultats sont présentés sous forme de tableau par thème évalué reprenant les points forts et les points à améliorer.

L'analyse des résultats a été réalisée et validée par le Comité de pilotage eu-égard aux objectifs poursuivis, aux effets constatés, aux actions déjà engagées dans le projet d'établissement ou le CPOM, à l'analyse et propositions des groupes de travail.

Les points à améliorer sont détaillés dans la fiche actions correspondante ([ANNEXE 6](#))



AXE 1 - Thème 1 : Garantie des droits individuels

Cotation

B

60 %

Objectifs communs

Garantir les droits (à la dignité, à la vie privée, à l'intimité, à la sécurité, au libre choix, au respect du consentement éclairé, à la renonciation, à l'information, à la confidentialité, à l'exercice des droits civiques, à la pratique religieuse, au respect des liens familiaux...

Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :

Définir le rôle et la place des aidants, les soutenir et les accompagner

Promouvoir une politique de Bienveillance

Favoriser la prise de décision par le résident lui-même sur son accompagnement

Poursuivre la mise en œuvre du projet personnalisé

Analyse des résultats

Les outils de la Loi de 2002, contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont régulièrement mis à jour et diffusés aux usagers.

Le consentement à l'admission est aujourd'hui difficile à obtenir compte tenu que la grosse majorité de personnes âgées sont admises à l'issue d'une hospitalisation (70,37 % en 2018) avec un retour à domicile impossible.

Près de 30% des réponses à l'enquête proviennent de Résidents présents dans l'établissement depuis plus de 3 ans. 81% se sentent en sécurité à l'EHPAD. Concernant la liberté d'aller et venir, 70% des Résidents sondés se disent satisfaits. Il manque encore d'information sur la désignation de la personne de confiance (62.2%) et 70.3% n'en ont pas encore désigné.

La contention fait l'objet d'une prescription médicale mais l'évaluation systématique des résidents porteurs d'une contention est à organiser.

L'établissement demeure inadapté à la préservation de l'intimité (chambres doubles salle de bain ...), pour autant les résidents relativisent cette problématique (84.6% sont assez satisfaits voir très satisfaits de leur lieu de vie) dès lors où ils sont satisfaits, voire très satisfaits de l'accompagnement soignants (72.9%). 21.6% des résidents ayant répondu à l'enquête en 2019 déclarent bénéficier des clés de leur logement sur les 27 % hébergés en chambre simple.

Nous constatons au travers des enquêtes de satisfaction auprès des résidents que le respect de leur vie privée est bien intégré par les professionnels (fermeture de la chambre au moment de la toilette, la manière de s'adresser aux personnes âgées, de frapper avant d'entrer dans la chambre ...). L'EHPAD n'a pas été confronté à des actes de maltraitance envers les usagers.

On doit cette réussite sur le fait que dans le recrutement des nouveaux salariés, la charte des droits et le livret de bienveillance leur sont bien explicités à la fois par le Responsable de service et par le Directeur lors de rencontres trimestrielles. Il sera cependant nécessaire de réactualiser le livret de bienveillance dans un projet plus global de promotion de la bienveillance. Par ailleurs, le plan de formation 2020 des professionnels, proposera une formation aux droits des usagers.

Conscients que les locaux sont devenus vétustes, la reconstruction du bâtiment offrira des espaces plus adaptés aux besoins et attentes de chaque résident accueilli dans notre établissement contribuant ainsi au respect de l'intimité, à la vie privée et à l'adaptation des locaux aux besoins spécifiques (salle de bain adaptée à la dépendance, sécurisation des espaces ...).

Points Forts

- La Charte des droits et libertés est déclinée dans le Projet d'Établissement
- Des procédures professionnelles existent (livret de bienveillance, règlement de fonctionnement qui reprend les droits des résidents, le contrat de séjour élaboré dans le respect de la réglementation.
- L'EHPAD favorise l'appropriation du résident à son nouveau domicile.
- Le recueil des attentes est réalisé à l'entrée (culte, droits civiques,...)
- Des organisations pratiques répondent à ces droits (accompagnement au vote, organisation de messe, ...)
- Les obligations réglementaires en termes de sécurité et d'hygiène sont mis en place en tenant compte
- des autres droits.
- Il existe une réflexion en équipe pluridisciplinaire sur le refus de soins,
- Le recueil du consentement des résidents et du référent est recherché.
- Il existe une information sur la personne de confiance
- Alternative existante à la prise en charge des résidents désorientés (sortie de l'établissement)
- Réflexion avec les proches sur les risques de la contention
- Moyens mis à disposition pour la correspondance écrite et orale

Points à améliorer

Fiches actions n° 1 et 2

- Moyens architecturaux.
- Procédure sur le respect (protocoles toilettes à formaliser).
- Les chartes relatives aux droits sont distribuées mais peu expliquées.
- Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement à adapter aux personnes malvoyante, ...)
- Le consentement éclairé n'est pas recueilli.
- Pas d'avenant en cas de réévaluation du Projet Personnalisé.
- Le respect des rythmes de vie individuels ne sont pas toujours possible (organisation, collectivité...).
- Pas de comité éthique (espace de réflexion sur les pratiques)
- Manque d'information aux professionnels sur les risques de la contention
- Pas de réflexion avec les proches sur les droits d'aller et venir, consentement et libre choix du résident.

AXE 1 - Thème 2 : Garantie des droits collectifs	Cotation	B	79 %
---	-----------------	----------	-------------

<p>Objectifs communs</p> <p>Associer les résidents au fonctionnement de l'établissement</p> <p>Lutter contre la maltraitance</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Mieux communiquer et interagir avec les proches</p> <p>Améliorer l'écoute client</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>Les modalités d'expression et de participation sont bien développées au sein de l'établissement (commission de menus, conseil des résidents, Conseil de Vie Sociale, ateliers thématiques, enquêtes de satisfaction, assemblées générales...)</p> <p>Face aux difficultés d'appropriation du CVS par les représentant des usagers et des familles à l'EHPAD du Palais-sur-Vienne (pas de candidats aux élections et absence de CVS en 2018), et afin que les représentants élus s'approprient cette instance et permettent ainsi aux résidents et familles de devenir acteurs de la vie institutionnelle, l'établissement a répondu à un appel à projet de l'ARS, conjointement avec l'EHPAD de Feytiat, concernant la démocratie médico-sociale. Ce projet a comme principaux objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La formation des élus et du personnel aux droits des usagers et au CVS ▪ L'accompagnement/coaching des élus Résidents et familles au CVS dans l'exercice de leurs missions, ▪ L'accompagnement psychologique des familles dont les élus au CVS ▪ La communication et la mise en réseau des familles avec les élus au CVS <p>Il permettra de mieux faire connaître le conseil de vie sociale auprès des familles et de valoriser le rôle et les missions des représentants des usagers (voir Article ReSanté-News du 6 Décembre 2019 -Projet CVS : « Comment Vivre Sereinement ? »). Seulement 68.2% des familles déclarent en 2019 connaître les instances dont le CVS.</p> <p>Les modalités de fonctionnement des CVS ont été revues avec un fonctionnement inter-EHPAD. Le CVS est redevenu actif en 2018. Un relevé de conclusions est désormais établi. Cependant, il va être aussi nécessaire de mieux faire connaître cette instance auprès des Résidents eux-mêmes. En effet, 91.9% des résidents ayant répondu à l'enquête en 2019 déclarent ne pas connaître le CVS.</p> <p>L'intensification du projet de démocratie sociale est en cours. Une rencontre est prévue le 28 janvier 2020 avec l'organisme RESSENTEZ-VOUS (cadre de santé – animatrice).</p> <p>Concernant les plaintes et réclamations, une procédure de traitement et un suivi existe et permet une restitution régulière auprès des représentants des familles et des usagers.</p> <p>Concernant l'amélioration de la connaissance de la vie institutionnelle, de la communication, d'autres support de communication sont envisagés (site internet avec lettre d'information, chaîne hôtelière par exemples...)</p>	<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les modalités de fonctionnement du CVS dans son ensemble de la préparation à la restitution. - Les modalités de fonctionnement de la commission des menus. - D'autres modalités de participation des résidents existent et adaptées à leur rythme de vie et au public accueilli. - La gestion des plaintes et des réclamations avec réponse systématique <p>Points à améliorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les séances de CVS, les commissions de menus, et commission d'animation ne sont pas préparées avec les proches des résidents. - Echanges et communication avec les proches éloignés géographiquement. <p style="text-align: right;">Fiche actions n° 3</p>
---	---	--

AXE 2 - Thème 1 : Prévention et prise en charge de la douleur	Cotation	C	59 %
--	-----------------	----------	-------------

<p>Objectifs communs</p> <p>Dépister systématiquement la douleur</p> <p>Soulager la douleur</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Garantir prévention et sécurité de la prise en soin et en particulier la douleur</p> <p>Consolider le dispositif sécurisé du circuit du médicament</p> <p>Améliorer la coordination médicale</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>L'évaluation et la prise en charge de la douleur est à améliorer. 9 résidents évoquent dans l'enquête leur insatisfaction.</p> <p>L'établissement met l'accent sur les formations à destination du personnel, la douleur est évaluée mais son suivi sur l'efficacité des traitements et la ré-évaluation de la douleur reste insuffisants comme le précise les actions proposées par le groupe de travail.</p> <p>Les retours d'expérience sur ce qui a fonctionné ne sont pas tracés. Il manque de formalisation sur les conduites à tenir.</p> <p>Les traitements non-médicamenteux de la douleur ne sont pas assez développés.</p> <p>Cette thématique est également à développer dans le cadre d'un projet d'accompagnement de fin de vie formalisé en collaboration avec le corps médical.</p>	<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Échanges pluridisciplinaires (AS, IDE, Médecins...) - Des moyens thérapeutiques médicamenteux sont à disposition (caisse d'urgence). - Existence de moyens thérapeutiques médicamenteux sont à disposition (caisse d'urgence) mais aussi non médicamenteux. - Utilisation des échelles de douleur par l'ensemble de l'équipe. - Bonne coordination avec les médecins pour la prise en charge de la douleur. - Les douleurs sont tracées dans le dossier du résident. - Formations douleurs et soins palliatifs. <p>Points à améliorer Fiche actions n° 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traçabilité du résultat thérapeutique pas toujours tracé (notamment lorsqu'il est positif). - Absence de protocole interne et de protocoles médicaux. - Pas de protocole pour les traitements non médicamenteux de la douleur.
--	--	---



AXE 2 - Thème 2 : Prévention et prise en charge des chutes

Cotation

B

80 %

Objectifs communs

Prévenir les chutes

Prévenir les conséquences des chutes

Prendre en charge les conséquences des chutes

Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :

Garantir prévention et sécurité de la prise en soin et en particulier concernant le risque de chute

Analyse des résultats

Un gros effort a été fait sur l'acquisition de matériels adaptés afin de prévenir le risque de chute et sur le partage des bonnes pratiques avec le référent ergonomie.

L'établissement a également, début 2019, recruté une Ergothérapeute par vacances, qui s'emploie à développer une coordination multidisciplinaires avec le cadre de santé et les kinésithérapeutes dans la perspective d'une évaluation globale des besoins du résident quant à l'aménagement de son environnement.

En dehors des locaux inadaptés, la traçabilité des chutes et leur analyse sont insuffisants. L'indicateur « taux de chute » ne peut pas être calculé et suivi à ce jour.

L'acquisition d'un nouveau logiciel de soins en 2019 associée à une conduite à tenir pour harmoniser les pratiques et à une fiche de chute, contribueront à améliorer la démarche de prévention des chutes et leurs conséquences.

Points Forts

- Les chutes sont tracées systématiquement dans le dossier de soins.
- Partage d'information en équipe
- Rééducation de la personne organisée
- Apprentissage des techniques relevé du sol.
- Matériel adapté à la déambulation et à la diminution de l'incidence des chutes.
- Référent ergonomie
- Intervention d'une Ergothérapeute.
- Actions sur la prévention (détecteur de lumière, signalétique...)
- Echanges entre Equipe soins/Résident/famille/Médecin sur le bénéfice risque... (Contention)

Points à améliorer

Fiche actions n° 5

- Pas de formalisation des CAT
- Evaluation du risque de chutes avant l'admission.
- Pas de bilan post chute réalisée en collaboration avec le kiné.
- Les déclarations ne sont pas renseignées correctement dans le dossier de soins.

AXE 2 - Thème 3 : Prévention et prise en charge des escarres	Cotation	B	61 %
---	-----------------	----------	-------------

<p>Objectifs communs</p> <p>Prévenir l'apparition d'escarres au cours du séjour</p> <p>Prendre en charge les résidents porteurs d'escarres</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Garantir prévention et sécurité de la prise en soin et en particulier concernant le risque d'escarre</p> <p>Développer et évaluer les partenariats</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>Le groupe de travail a affirmé ne pas avoir de constitution d'escarres dans l'EHPAD. Un succès du à la prévention et la prise en charge des escarres très satisfaisante qui s'explique notamment par le fait que les équipes sont formées (changements de positions, ...)</p> <p>Le matériel adapté est loué systématiquement à la demande et il y a une très bonne accessibilité auprès des médecins et des dermatologues. Il y a également une bonne réactivité au niveau de l'adaptation des menus (prévention de la dénutrition) avec notion d'équilibre et administration de compléments alimentaires si besoin.</p> <p>Le recours si besoin à l'HAD permet de mettre en place tous les moyens nécessaires à la prise en charge conjointe (HAD-EHPAD) du résident afin d'optimiser et de sécuriser la prise en charge.</p> <p>Toutefois la traçabilité du suivi de l'escarre n'est pas effectuée dans le logiciel existant mais reste un objectif prioritaire dans l'appropriation du futur outil de soins et dans le cadre de la mise en place de la télémédecine.</p> <p>A l'issue du groupe de travail, et grâce à la présence du représentant de l'HAD « Santé Service Limousin », une convention a été signée, le partenariat relancé.</p>	<p style="color: green;">Points Forts</p> <div style="background-color: #e1f5fe; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'escarres constitués à l'EHPAD - Conventions et intervention HAD CHU - Prévention et matériel adapté - Menus équilibrés et proposition d'enrichissement si besoin. </div> <p style="color: red;">Points à améliorer</p> <div style="background-color: #ffe0b2; padding: 10px;"> <p style="text-align: right;">Fiche actions n° 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des recommandations/ formations - Pas de référent sur site (DU plaies et cicatrisation). - Retours d'hospitalisation (absence de protocole de prise en charge) - Manque de formalisation (protocole) - Convention HAD SSL non retrouvée. </div>
---	---	---

AXE 2 - Thème 4 : Prévention et prise en charge de la dénutrition	Cotation	B	65 %
--	-----------------	----------	-------------

<p>Objectifs communs</p> <p>Prévenir la dénutrition</p> <p>Dépister les résidents dénutris</p> <p>Prendre en charge les résidents dénutris</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Garantir prévention et sécurité de la prise en soin et en particulier concernant le risque de dénutrition</p> <p>Adapter la fonction restauration aux enjeux institutionnels de demain</p> <p>Améliorer la politique nutritionnelle à la population accueillie et adapter la fonction restauration aux enjeux institutionnels de demain</p> <p>Développer et évaluer les partenariats</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>Des outils de repérage de la dénutrition existent. Une convention avec le réseau LINUT est active. Il y a un respect permanent des régimes et textures grâce à la mise en place d'un outil alimentation prenant en compte également le respect des habitudes alimentaires et des souhaits de chaque résident concernant aussi bien le petit déjeuner que les autres repas. Une collation nocturne est disponible afin de réduire le jeûne nocturne.</p> <p>Concernant les repas, les Résidents sont à 87.3% satisfaits des conditions de prise de repas et des menus proposés (qualité, quantité ...). Ils participent d'ailleurs à leur élaboration (souhaits) via le Conseil des résidents avant validation par la diététicienne du réseau LINUT. Des enquêtes à chaud menées plusieurs fois dans l'année confirment d'ailleurs cette satisfaction et permettent de réajuster très rapidement si nécessaire.</p> <p>Lors de cette évaluation, le groupe de travail a ciblé la santé bucco-dentaire comme un point faible de l'établissement, élément indispensable concourant à la prévention de la dénutrition. Il s'est donné comme objectif de l'améliorer en s'appuyant sur le réseau EHPADENT réactivé en 2019. En 2018, seulement 13,70 % des résidents ont eu au moins un acte dentaire.</p> <p>Dès lors où le risque de dénutrition peut toucher tous les résidents, car liés à de multiples étiologies (pathologies neuro-dégénératives/ vasculaires, pathologies malignes, malabsorption intestinale, insuffisance rénale/cardiaque chronique et/ou respiratoire), la démarche préventive doit être une priorité (dépistage des troubles de la déglutition, alerte sur les variations de poids, échelle d'évaluation, mise en place du MNA ...)</p> <p>Par ailleurs et à l'issue des groupes de travail, l'établissement a été informé lors d'une réunion territoriale que la santé bucco-dentaire serait un des objectifs prioritaires de l'Agence Régionale de Santé qui demande à ce que les institutions intègrent cet objectif dans leur projet d'établissement et CPOM. 3 indicateurs ont été énoncés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de résidents ayant bénéficié d'un bilan d'entrée buccodentaire • Taux de toilette buccodentaire quotidienne • Formation d'un référent <p>contribuant ainsi à la prévention du risque de dénutrition.</p> <p>Compte tenu de l'évolution de la population accueillie, beaucoup plus fragile et vulnérable (à ce jour plus de 50% de la population a besoin d'une texture hâchée ou mixée), l'établissement a inscrit dans son projet d'établissement, une réflexion sur l'alimentation de la personne âgée en EHPAD.</p>	<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueil des habitudes alimentaires des résidents - Respect des goûts et dégoûts - Observation des troubles de déglutition avec transmissions au médecin et les besoins d'aide pour la prise des repas. - Textures adaptées - Bon retour des résidents sur la qualité des repas - Surveillance des poids. - Collation et plats de substitution - Possibilité de repas enrichis (Potage +CTM) - Formation aux gestes de premiers secours - Convention avec le réseau LINUT <p>Points à améliorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Logiciel de soins OSIRIS - Système de pesée à améliorer. - Pas de chariot d'urgence (en cas de fausse route durant le repas). - Prévention et la prise en charge bucco-dentaire - Organisation de la salle à manger (architecture) - Suivi des formations (AFGSU, SST...) - L'aide aux repas (problèmes de place et de mobilier) - Repas en chambre le soir (risque de fausse route et manque de stimulation) - Formation au dépistage de la dénutrition - Utilisation des couverts ergo etc. ... <p style="text-align: right;">Fiche actions n° 7</p>
--	--	--

AXE 2 - Thème 5 : Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement	Cotation	C	53 %
--	-----------------	----------	-------------

<p>Objectifs communs</p> <p>Améliorer le dépistage des résidents déprimés</p> <p>Améliorer le diagnostic, la prise en charge médicamenteuse et non-médicamenteuse des résidents ayant des troubles du comportement</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Garantir prévention et sécurité de la prise en soin et en particulier concernant les troubles du comportement</p> <p>Mettre en œuvre la reconstruction du bâtiment</p> <p>Améliorer la coordination médicale</p> <p>Développer et évaluer les partenariats</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>Les résidents accueillis à l'EHPAD aujourd'hui sont de plus en plus nombreux à présenter des troubles du comportement ou de l'humeur soit dès l'admission, soit en cours de séjour. L'établissement en l'absence d'unité de prise en charge spécifique, n'est pas en capacité d'accueillir des profils déments déambulants.</p> <p>Or, dès 2013, 52 % de la population présentait déjà un syndrome démentiel (coupe GIR-Pathos) ce qui n'est pas sans poser de problèmes aux professionnels dont les effectifs n'ont pas évolués. Aucune création de poste de soignants depuis plus de 12 ans, dans un contexte architectural très compliqué.</p> <p>Les résidents ayant des troubles du comportement sont évalués à l'entrée. La coordination avec le réseau psychiatrique fonctionne (Réseau EMESPA) bien que le manque de traçabilité par les médecins dans le dossier de soins est un handicap supplémentaire à une prise en charge dans la continuité.</p> <p>L'architecture non adaptée à ces profils, les besoins en formations spécifiques des professionnels, le manque de procédures et d'outils, ne permettent pas encore une prise en charge adaptée de ces résidents (projet d'accompagnement thérapeutique).</p> <p>En 2020, un projet d'accompagnement thérapeutique est en cours de formalisation sur l'EHPAD du Palais.</p> <p>L'IDEC responsable de l'Accueil de jour de Feytiat, formée en géro-psycho-geriatrie, interviendra afin de dispenser des formations auprès des professionnels soignants de l'EHPAD dans le but d'améliorer la prise en charge thérapeutique des résidents présentant un syndrome démentiel.</p> <p>Cependant, cette prise en charge demande un temps de présence plus important des professionnels auprès des résidents.</p>	<p style="color: green;">Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un IDE formé Géro-psy. - Intervention de l'EMESPA (Réactualisation des conventions en 2018) - Formations Alzheimer et maladies apparentées organisées depuis 2013. - Echanges pluridisciplinaires. - Traçabilité réalisée. Appel de l'EMESPA via le médecin traitant. <p style="color: red;">Points à améliorer</p> <p style="text-align: right;">Fiche actions n° 8</p> <ul style="list-style-type: none"> - Structure - Manque de formation et d'information des professionnels sur les troubles du comportement. - Pas assez de mise en pratique des techniques non médicamenteuses rapportées des formations. - Pas d'activités thérapeutiques. - Manque de personnel face aux troubles du comportement des résidents accueillis (culpabilité du personnel) - Les troubles du comportement ne sont pas évalués, outil à définir.
---	--	---

AXE 2 - Thème 6 : Analyse en maîtrise du risque infectieux	Cotation	C	42 %
---	-----------------	----------	-------------

<p>Objectifs communs</p> <p>Identifier et analyser le risque infectieux</p> <p>Gérer le risque infectieux</p> <p>Informar tous les acteurs concernés de la démarche de prévention des risques</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Evaluer et garantir la maîtrise du risque infectieux</p> <p>Développer et évaluer les partenariats</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>La satisfaction concernant l'hygiène des locaux, malgré leur vétusté, s'améliore aussi bien pour les résidents (78.3% de très satisfaits voir satisfaits) que pour les familles (68.9% des référents familiaux sont satisfaits de l'hygiène des locaux en mai 2019).</p> <p>On a pu constater en effet, moins de virulence sur le sujet lors des Assemblées Générales des familles récentes ainsi qu'une diminution des réclamations.</p> <p>Ceci peut s'expliquer notamment par le fait d'avoir fait appel à un prestataire extérieur (sous-traitance) dès 2018 pour l'entretien des locaux communs mais aussi des chambres. Cette entreprise professionnelle du secteur hospitalier applique les bonnes pratiques d'hygiène en EHPAD et un suivi qualité est organisé.</p> <p>Par ailleurs, l'établissement n'a eu à déclarer aucune épidémie en 2018 (IRA ou GEA). Le personnel est formé à l'hygiène et bénéficie de produits et matériels adaptés. L'établissement connaît chaque année, un fort taux de vaccination des résidents contre la grippe saisonnière (81,30% en 2018 – source rapport d'activité annuel).</p> <p>Avec l'arrivée d'un nouveau médecin coordonnateur en mars 2019 et l'inscription de l'établissement dans un dispositif de partenariat avec une équipe mobile d'Hygiène porté par le CHU de Limoges, une démarche de réévaluation de la maîtrise du risque infectieux est enclenchée pour aboutir à un plan d'actions réactualisé (DARI).</p>	<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vaccination des résidents organisée - Travail de sensibilisation et de formalisation en partie effectué mais manque la validation du Med Co. - Mise à disposition de SHA. - Communication et affichages (prévention...) - Application des procédures par les équipes. - Evaluation de la maîtrise du risque infectieux réalisée à plusieurs reprises. <p>Points à améliorer Fiche actions n° 9</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un médecin coordonnateur à ce jour (recrutement en cours). - Mieux sensibiliser les nouveaux personnels aux bonnes pratiques. - Formaliser et uniformiser les nouvelles procédures sous forme de livret (validation par le médecin coordonnateur). - Formation à l'hygiène souvent annulée pour cause d'absentéisme - Absence de formalisation du DARI (objectifs et plan d'actions). Evaluation à refaire.
--	---	---

AXE 2 - Thème 7 : Continuité des soins	Cotation	C	50 %
---	-----------------	----------	-------------

<p>Objectifs communs</p> <p>Organiser la continuité des soins au sein de l'établissement</p> <p>Développer un partenariat avec les établissements de santé de proximité, en particulier la filière gériatrique hospitalière</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Améliorer la coordination médicale et paramédicale</p> <p>Améliorer la coordination médicale</p> <p>Développer et évaluer les partenariats</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>L'établissement s'efforce de maintenir les personnes âgées au sein de la structure en collaboration avec les médecins traitants et ce, afin d'éviter les hospitalisations.</p> <p>Le taux d'hospitalisation est en effet très faible (Taux d'hospitalisation complète = 1.48 % en 2018– Source ANAP)</p> <p>Les décès ont lieu essentiellement à l'EHPAD (18 décès à l'EHPAD en 2018 et 7 décès à l'Hôpital).</p> <p>L'établissement a recours à la filière gériatrique et psychiatrique (Services d'hospitalisation à domicile, équipes mobiles et services sanitaires spécialisés...).</p> <p>Pour autant, les conditions de retours d'hospitalisation ne sont aujourd'hui pas satisfaisantes (très peu de comptes rendu d'hospitalisation, prescriptions médicamenteuses absentes ou minimalistes, peu d'informations communiquées à l'établissement...) ce qui ne concourt pas toujours à une continuité de prise en charge adaptée du résident au sein de l'EHPAD avec un impact sur le travail des professionnels et exposant le résident à des risques pour sa santé. Un travail est prévu afin de permettre une meilleure coordination des différents acteurs (procédure, mise en place du DMP, nouveau logiciel de soin, projet de télémédecine, plage d'interventions des libéraux)</p>	<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recours aux différentes structures de la filière gériatrique (EMESPA LINUT SOINS PALLIATIFS HAD) - Les IDE pallient à l'absence du Médecin Co. - Projets personnalisés. <p>Points à améliorer</p> <p style="text-align: right;">Fiche actions n° 10</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de médecin coordonnateur à ce jour (recrutement en cours) - Problèmes avec les retours d'hospitalisation. - Absence de réflexion éthique coordonnée par le médecin Co.
--	--	---

AXE 3 - Thème 1 : Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes invalides	Cotation	C	50 %
--	-----------------	----------	-------------

<p>Objectifs communs</p> <p>Maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne</p> <p>Favoriser l'autonomie dans les déplacements</p> <p>Accompagner la situation de dépendance liée à la perte définitive des capacités dans les actes de la vie quotidienne</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Evaluer l'autonomie du résident à fréquence régulière et mettre en œuvre des actions permettant le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne</p> <p>Mettre en œuvre la reconstruction du bâtiment</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>Depuis début 2019, une collaboration pluridisciplinaire (ergothérapeute, kiné et soignants) s'est instaurée permettant d'analyser les capacités de la personne et d'envisager les actions d'accompagnement.</p> <p>L'ergothérapeute conseille sur les aides techniques afin de faciliter la vie quotidienne du résident et de maintenir le plus longtemps possible son autonomie.</p> <p>47.9 % des résidents en 2018 (Source Rapport d'activité annuel) ont eu recours à des soins de masso-kinésithérapie dans le cadre du maintien de l'autonomie notamment des capacités aux déplacements mais dont il est impossible aujourd'hui d'en mesurer les effets.</p> <p>En effet, on constate que sur 11 kinésithérapeutes intervenant dans la structure en 2018, aucun ne tracent dans le dossier de soins informatisé.</p> <p>Aussi et afin de pouvoir mesurer l'impact des interventions de kinésithérapie sur notamment la capacité du résident à se déplacer, il serait souhaitable que les kinésithérapeutes tracent dans le dossier de soins informatisé.</p> <p>Une incitation par voie de lettre d'information sera adressée à l'ensemble des Kinésithérapeutes.</p> <p>Une évaluation globale des capacités restantes sera également nécessaire afin de permettre de mesurer les effets des actions combinées (Kiné, ergo, ateliers gym douce...).</p> <p>La réévaluation des GIR doit être effectuée à fréquence régulière ou dès que l'état du résident évolue.</p> <p>Par ailleurs, comme le font remonter les participants au groupe de travail, les effectifs soignants centrés sur le confort et le bien-être du résident, ne permettent pas aujourd'hui d'accorder le temps nécessaire à la stimulation.</p>	<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - La traçabilité dans le dossier de soins informatisé. - Plan de soins mis à jour régulièrement montrant les capacités des résidents. - Toilettes évaluatives. - Petits et gros matériels à disposition (ou en cours d'acquisition) - Formations. - Objectifs du PE convergent. - Présence d'une Ergomotricienne (AS formée) et d'un ergothérapeute depuis peu. - Echanges avec les résidents, familles et soignants sur les actions mises en place. - Plan de changes (outil Hartmann) - Bonne évaluation des risques de dénutrition. - Présence et collaboration kiné. - Traçabilité des ateliers gym douce par l'animatrice dans le dossier de soins informatisé. <p>Points à améliorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traçabilité des kinésithérapeutes inexistante. - Plans de soins OSIRIS difficilement exploitables. - Pas d'évaluation gériatrique. - Pas d'activités thérapeutiques pour améliorer et/ou maintenir les capacités - Les moyens humains. - L'architecture non adaptée - Le manque d'outils d'évaluation et de compétences pour évaluer les risques de perte de capacités liés à la dépression, désorientation temporo-spéciale, isolement...). - Pas de formation à l'approche gériatry avec apports d'outils. - Plan de soins non réévalués en systématique soit 2 fois par an. <p style="text-align: right;">Fiche actions n° 11</p>
---	--	---

AXE 3 - Thème 2 : Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale	Cotation	B	81 %
--	-----------------	----------	-------------

<p>Objectifs communs</p> <p>Favoriser l'autonomie pour la toilette</p> <p>Apporter des soins corporels de qualité</p> <p>Respecter l'intimité, la pudeur des personnes</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Evaluer l'autonomie du résident à fréquence régulière et mettre en œuvre des actions permettant le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne</p> <p>Mettre en œuvre la reconstruction du bâtiment</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>75.6% des résidents sondés en 2019 sont satisfaits des soins d'hygiène en particulier concernant la toilette indiquant toutefois pour 27% une fréquence de douche insuffisante</p> <p>Les besoins en aide pour la toilette sont évalués par un binôme IDE et AS, lors de toilettes évaluatives.</p> <p>Les conseils de l'ergothérapeute permettent de favoriser le maintien des capacités restantes le plus longtemps possibles.</p> <p>Cependant, l'architecture n'est pas aidante. Les douches ne peuvent être prises dans les chambres et le personnel doit recourir aux salles de bain collectives, ce qui est chronophage.</p> <p>Par ailleurs la coordination avec les autres intervenants (notamment les kinésithérapeutes) est à revoir quant au moment de leur intervention au sein de l'EHPAD (soins concentrés le matin).</p>	<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traçabilité des habitudes des résidents et respect au mieux des besoins et des capacités. - Réalisation de la toilette évaluatives - Recherche du consentement du résident. Propositions d'actions en cas d'opposition ou de refus. Traçabilité des refus - La traçabilité des actes dans le dossier de soins informatisé par les soignants malgré le manque de temps. - Toilettes difficiles en binôme - Respect de l'intimité du résident. - Accès possible au dossier de soins aux professionnels médicaux et paramédicaux - Professionnalisme des équipes malgré la charge de travail croissante, le manque de temps du aux manque d'effectif. <p>Points à améliorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'architecture. - Manque d'effectif (temps limité à accorder aux toilettes) - Le manque d'évaluation gériatrique. - Le plan de soins informatisé à améliorer (à terme changement de logiciel? (en cours de réflexion). - Pas d'outil actuellement permettant la traçabilité au lit du résident afin d'optimiser le temps de traçabilité au profit de la prise en charge. <p style="text-align: right;">Fiche actions n° 12</p>
--	---	---

AXE 4 - Thème 1 : Le projet personnalisé		Cotation	B	73 %
<p>Objectifs communs</p> <p>Prendre en compte les besoins et les attentes de chaque résident</p> <p>Garantir le droit à la participation directe du résident ou avec l'aide de son représentant légal à la conception, la mise en œuvre et le suivi du projet d'accompagnement qui le concerne</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Poursuivre la mise en œuvre du projet personnalisé</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>Le CPOM dans sa fiche n°8 donne comme objectif de mettre en place un projet personnalisé pour chaque résident.</p> <p>Afin de formaliser ces projets, une démarche a été élaborée conformément aux recommandations ANESM. Le projet est préparé en équipe pluridisciplinaire et vise les nouveaux entrants. Cependant les modalités d'évaluation sont encore à développer, de même que l'appropriation des projets par les professionnels.</p> <p>Au 31 décembre 2018, environ 35% de la population avaient un projet formalisé et près de 47% au 30 juin 2019 (Source référente sociale et familiale).</p> <p>D'après l'enquête, la démarche de projet personnalisé n'est pas connue par une majorité de résidents, sauf par ceux qui en bénéficient.</p> <p>L'objectif d'atteindre 100% de réalisation des PP (Objectif CPOM) est difficile à atteindre compte tenu du turn-over de résidents (28 sorties/entrées en 2018) et de la lourdeur de la démarche pour les différents acteurs pluridisciplinaires (binôme IDE/AS, animateur, référent vie sociale, cadre de santé, médecin coordonnateur).</p> <p>Pour atteindre un indicateur satisfaisant mais aussi pour favoriser l'aspect appropriation par les personnels, la démarche sera revue en groupe de travail dès le début 2020.</p>	<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les objectifs déclinés dans le PE. - Les objectifs du PP sont présentés aux résidents et au référent familial. - Résumé des objectifs du PP par l'IDEC dans les transmissions. - Les différents types de besoin des résidents sont évalués, ses attentes sont recueillies... - Le projet personnalisé est réalisé en coordination avec les différents professionnels de santé comme stipulé dans les textes en vigueur et avec la participation du résident et du référent familial. - Implication des acteurs de terrain dans la mise en œuvre et le suivi du PP. - Démarche d'évaluation en cours. <p>Points à améliorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnalisation du logement limité. - Impossibilité compte tenu des effectifs IDE de détacher l'IDE formé (DU gérontopsy) afin de procéder aux évaluations et à la formation des professionnels. - Pas de temps organisé pour présenter les objectifs des PP aux professionnels. - Pas de moyens humains suffisants compte tenu de la charge de travail générée dans la préparation (1 journée en volume horaire pour trois résidents impliquant 6 professionnels) - La restitution mobilise aussi 6 professionnels sur une journée. - Certaines familles sont un frein à la réalisation du PP (absence à la réunion de synthèse, refus de signature du PP...) - Certaines pathologies des Résidents sont également un frein dans la réalisation des PP (acteur du PP?). - Peu de modalités pour les résidents pu ou mal communiquant 		

AXE 4 - Thème 2 : Personnalisation des activités individuelles et collectives	Cotation	B	64 %
--	-----------------	----------	-------------

<p>Objectifs communs</p> <p>Offrir aux résidents la possibilité de choisir des activités correspondant à leurs attentes dans le cadre de la vie quotidienne et sociale</p> <p>S'assurer régulièrement de la satisfaction des résidents sur les activités proposées</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Repenser les activités d'animation</p> <p>Poursuivre la mise en œuvre du projet personnalisé</p> <p>Mettre en œuvre la reconstruction du bâtiment</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>54.1% des résidents ayant répondu à l'enquête déclarent participer régulièrement aux animations.</p> <p>57.6 % sont satisfaits des animations proposées. Certains soulèvent le manque de temps pour simplement échanger avec les professionnels.</p> <p>Les résidents sont bien informés des activités proposées notamment par le petit journal (89.2 % sont satisfaits voir très satisfaits de ce support d'information).</p> <p>Cependant, les activités collectives traditionnelles ne répondent aux attentes que d'une partie seulement de la population accueillie. En effet, on constate dans les commentaires, qu'un certain nombre de résident ne souhaite pas participer (respect de la tranquillité, fatigue...).</p> <p>Les propositions d'activités individuelles doivent être adaptées à l'avenir à ces profils et à leurs souhaits.</p> <p>Compte tenu de l'évolution du profil de la population hébergée, il sera donc nécessaire d'envisager à l'avenir des activités plus adaptées à la dépendance physique et psychique (ateliers thérapeutiques, activités individuelles etc...). Leur état physique, la fatigue ne leur permettant pas de se rendre aux animations.</p> <p>L'arrivée de nouvelles compétences seraient nécessaires (psychomotricien, professeur d'activités adaptées, socio-esthéticiennes, intervenants spécialisés dans le psychocorporel,).</p>	<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs des activités individuelles et collectives déclinés dans le Projet d'Etablissement. - Réunions pluridisciplinaires avec participation de l'animation - Souhaits des activités individuelles et collectives des résidents recueillis y compris pour les résidents ayant des difficultés d'expression. Les réponses aux souhaits sont coordonnées. - Ateliers esthétique et bien être remis en place à compter du 1er septembre 2019 - Activités collectives présentées aux résidents chaque semaine. - Résidents sollicités pour participer- Leur satisfaction est évaluée. - Existence de partenariats avec les ressources locales. - Sorties individuelles pour les résidents autonomes encouragées (sans accompagnement soignant). <p>Points à améliorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs concernant la personnalisation des activités du PE non présentés aux professionnels à ce jour. - Pas de participation des AS et IDE aux activités collectives. - Peu d'activités individuelles proposées à ce jour. - Pas d'activités le week-end mais seulement certains jours fériés (pâques, jour férié). - Impossibilité de répondre à tous les souhaits de sorties des résidents (salon de thé, restaurant) eu-égard aux effectifs (1 seule animatrice à ce jour), effectifs soignants contraints, absence de véhicule adapté. - Les familles ne peuvent plus prendre les repas à l'EHPAD avec le résident (occupation du salon animation par les résidents : augmentation des fauteuils roulants et de l'organisation contrainte en cuisine). - L'EHPAD ne répond pas aux normes d'accessibilité (projet architectural en cours).
--	--	---

AXE 4 - Thème 3 : Possibilité du maintien des liens sociaux	Cotation	B	83 %
--	-----------------	----------	-------------

<p>Objectifs communs</p> <p>Maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée avec son environnement social</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Mettre en œuvre la reconstruction du bâtiment</p> <p>Mieux communiquer et interagir avec les proches</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>Le manque d'espaces conviviaux pour accueillir les familles, les chambres doubles ne facilitent pas les rencontres familiales.</p> <p>Pour autant, l'établissement favorise dès que possible les liens avec les familles ou les proches comme l'atteste le retour des résidents satisfaits voir très satisfaits à 89.2%.</p> <p>L'établissement a développé de nombreux partenariats avec les ressources locales (centre de loisirs, écoles, paroisse...) afin de maintenir les liens intergénérationnels.</p> <p>En 2019, l'apport des bénévoles et des emplois civiques permet de lutter contre l'isolement des résidents. Aucun résident n'a été ciblé comme totalement isolé.</p>	<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilités du maintien des liens sociaux déclinés dans le PE et présentés aux résidents et aux proches. - Référent familiaux/personne confiance informés et incités au maintien du lien social. - De nombreux résidents sortent notamment les dimanches et fériés en familles (certains tous les dimanches). - Accueil organisé (procédure) référente sociale et familiale, IDEC, Médecin coordonnateur et équipe soins, lingère chargés de l'accueil du résident et de ses proches. - Attentes des proches tracés dans le Dossier de soins informatisé. - Avis du référent recueilli sur le PP et les activités. - Présence de lieux collectifs (salons) - Moyens de communication mis en place au sein de l'établissement. <p>Points à améliorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certaines familles n'ont pas la possibilité de sortir leur proche (véhicule non adapté, niveau de dépendance, éloignement géographique, habitation non adaptée ...). - Manque d'information des nouveaux professionnels sur les moyens de maintien du lien social. - Logement insuffisamment adapté pour accueillir les proches des résidents - Participation limitée des proches aux activités collectives.
--	--	---

AXE 5 - Thème 1 : Accompagnement de la personne en fin de vie	Cotation	C	52 %
--	-----------------	----------	-------------

<p>Objectifs communs</p> <p>Respecter la volonté de la personne</p> <p>Soulager les douleurs physiques et autres symptômes</p> <p>Prendre en compte les souffrances psychologique, sociale, et spirituelle</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Garantir un accompagnement de fin de vie de qualité</p> <p>Améliorer la coordination médicale</p> <p>Développer et évaluer les partenariats</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>La politique de l'établissement est de permettre à chaque résident d'être pris en charge à l'EHPAD, dans les meilleures conditions possibles et « finir ses jours » chez lui à l'EHPAD comme le prouve les chiffres de 2018 (18 décès à l'EHPAD sur 25 et 7 à l'hôpital).</p> <p>D'après l'enquête menée auprès des résidents, 24.3% des personnes interrogées auraient désignés eux-mêmes une personne de confiance et 16.2% ont rédigé des directives anticipées.</p> <p>L'établissement forme de façon récurrente les professionnels sur l'accompagnement de fin de vie et a contracté un partenariat avec le réseau de soins palliatifs du CHU.</p> <p>Les interventions du réseau sont cependant conditionnées par l'avis du médecin généraliste et sont parfois difficiles à concrétiser.</p> <p>Les signes de confort et d'inconfort sont évalués et pris en compte par le personnel soignant.</p> <p>Toutefois, le groupe de travail identifie la nécessité d'évaluer les troubles de l'anxiété.</p> <p>Une alimentation plaisir est possible. La place des proches auprès du résident en fin de vie est favorisée malgré l'absence de possibilité de rester sur place.</p>	<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect de la volonté de la personne inscrit dans le PE. - La désignation de la personne de confiance est identifiée dans le dossier de soins et apparait dans le DLU. - Convention entre l'EHPAD et l'UMSP qui permet la continuité des soins et l'accompagnement des résidents. - Les signes d'inconfort physiques et psychiques sont évalués et pris en compte. - Formation des professionnels sur la thématique douleur et soins palliatifs - Bénévoles intervenant dans l'établissement (mais formation?) <p>Points à améliorer</p> <p style="text-align: right;">Fiche actions n° 16</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de présentation du PE aux professionnels aux résidents et aux proches. - Les souhaits des résidents et directives anticipées ne sont pas vraiment recherchés et recueillis auprès des résidents (idem pour la désignation de la personne de confiance plutôt recueillie auprès des familles que du résident lui-même). - Toutes ces informations ne sont pas transmises directement aux médecins traitants. - Réflexion éthique et collégiale difficile à mettre en œuvre. - Il n'existe pas d'accompagnement psychologique pour les résidents. - Les bénévoles ne sont pas formés à la fin de vie. - Manque d'outils pour l'évaluation de l'anxiété, l'inconfort psychique.
--	--	---



AXE 5 - Thème 2 : Soutien des proches et des professionnels **Cotation** **B** **71 %**

<p>Objectifs communs</p> <p>Accompagner les proches (familles, amis) au cours de la fin de vie de leur parent</p> <p>Soutenir les professionnels dans ce rôle d'accompagnement</p> <p>Objectifs spécifiques poursuivis de l'établissement :</p> <p>Définir le rôle et la place des aidants et les accompagner (soutien psychologique...)</p> <p>Définir une politique de mieux être au travail</p>	<p>Analyse des résultats</p> <p>Régulièrement, les familles expriment leur grande satisfaction quant à l'accompagnement de leur parent en fin de vie en mettant en évidence le professionnalisme et la qualité d'écoute des personnels de l'EHPAD (messages de remerciements dans la presse, courrier adressé au personnel...).</p> <p>Il est à noter que les professionnels souhaitent que s'installent des temps de parole pluri-disciplinaire, de réflexion éthique pour faire face aux situations compliquées ainsi qu'un soutien psychologique.</p>	<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none">- Informations aux proches concernant l'état de santé et échanges sur le confort et l'inconfort du résident.- Repérage de la souffrance des proches et moyens mis en place pour les aider (Psychologue). <p>Points à améliorer Fiche actions n° 17</p> <ul style="list-style-type: none">- Peu de moyens pour faciliter la présence des proches auprès du résident de jour comme de nuit.- Pas de soutien organisé des professionnels.
--	---	---



3.4 L'information et la communication

A l'issue de la validation du rapport et du plan d'actions (fiches actions) par le Comité de pilotage, le présent rapport et ses annexes seront transmis aux autorités de tarification (Conseil départemental et ARS) courant janvier 2020 (avec accord préalable de Monsieur LEMASSON, Qualiticien du Conseil Départemental).

La démarche, les résultats, le plan d'action et son suivi seront présentés en Conseil d'administration et retracés dans le rapport d'activités annuel.

Les usagers seront informés via :

- Le conseil des résidents
- Le conseil de vie sociale
- Le petit journal

Les usagers seront informés via :

- Le conseil des résidents
- Le Conseil de Vie Sociale
- Le petit journal

L'information des professionnels sera organisée à plusieurs niveaux :

- En réunion inter-services (équipe d'encadrement)
- En réunion de service (relais de l'information par les encadrants)
- Aux instances du Personnel (CTE, CHSCT)

Cette information sera consolidée par la mise à disposition de l'ensemble des documents (rapports, plan d'amélioration (fiches actions) dans la gestion électronique des Documents CLARISSE pour chaque professionnel de l'établissement.

[Une information pourra être envisagée via le site internet après sa mise en ligne prévue début 2020.](#)

 EHPAD Puy Martin Le Palais/Vienne	EVALUATION INTERNE Conclusion et perspectives	2019
		Page 39 sur 39

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les axes d'améliorations envisagés par cette évaluation interne sont centrés sur le résident, interrogent les processus supports et de management et viennent compléter ou réviser le projet d'établissement.

L'évaluation interne a nécessité une mobilisation importante des différents acteurs concernés (professionnels, partenaires extérieurs...).

Compte tenu que les 5 axes ont été évalués sur une seule et même année et malgré la lourdeur d'une telle démarche, nous avons tiré profit des enseignements de cette évaluation, dans la mesure où la nécessité de produire des sources (indicateurs, traçabilité...) pour valider nos réponses nous ont obligé à une objectivité parfois douloureuse quand elle mettait en évidence une lacune.

Chaque thème évalué fait l'objet d'une fiche actions détaillée en annexe. On y retrouve l'objectif à atteindre, les actions envisagées, les moyens à associer, les échéances, les pilotes de mises en œuvre et les indicateurs.

Certes les recommandations ANESM sont la seule voie acceptable. Néanmoins nous devons être vigilants afin de trouver un juste équilibre entre l'application stricto-sensu des recommandations et la capacité pour les professionnels de se les approprier.

En effet, il faut souligner l'écart entre ce qui est humainement possible de faire et ce qui est attendu afin d'éviter tout risque de démotivation et d'épuisement professionnels ce qui porterait préjudice à la qualité de la prise en charge du résident.

Le présent rapport d'évaluation et son plan d'actions, serviront de base au diagnostic interne et d'appuis à la préparation du prochain CPOM 2^{ème} génération (2021-2025).

Ce sera l'occasion pour l'établissement de mettre en perspective les vulnérabilités pouvant constituer un frein à la mise en œuvre de certaines recommandations liées à la qualité de vie en Ehpad notamment concernant le cadre de vie, la vie quotidienne et la vie sociale dans l'attente de la reconstruction de l'établissement prévu pour 2021.

Néanmoins des actions sont d'ores et déjà engagées et seront mises en évidence lors de la préparation du prochain CPOM (diagnostic préalable) telles que :

- *Améliorer la prise en charge globale de la personne et prévenir le risque de santé :*
 - Accentuer la traçabilité (chutes, douleurs, escarres, kinésithérapie...)
 - Poursuivre le travail de prévention des risques liés à la dénutrition et aux infections
 - Développer la coordination des différents professionnels afin de garantir une continuité des soins de qualité
 - Intensifier l'élaboration des projets personnalisés pour répondre au plus près des besoins de la personne
 - Développer l'accompagnement thérapeutique
- *Accompagner les professionnels soignants :*
 - Accentuer la formation des professionnels soignants à la prise en charge thérapeutique des personnes âgées
 - Recruter de nouvelles compétences spécifiques
 - Permettre aux professionnels de disposer d'espace de réflexion éthique, de temps de parole et de soutien psychologique

Les différents documents sources existants (PE/CPOM/Rapport d'évaluation interne), permettront à l'établissement de mettre en œuvre un plan d'actions unifié (via l'Outil support : AGEVAL) et de le rendre dynamique grâce à l'appropriation dès janvier 2020 par les différents professionnels concernés de leurs fiches actions et des indicateurs préalablement définis.

L'instauration d'une culture visant à l'amélioration continue de la qualité sera pleine et entière et constituera un contexte favorable à la préparation par l'établissement de la prochaine évaluation externe en 2022.



ANAP :	Agence nationale d'appui à la performance
ANESM :	Agence nationale pour l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux
ARS :	Agence régionale de santé
AS :	Aide-soignant
ASG :	Assistant de Sois en Gérontologie
ASHQ :	Agent des services hospitaliers qualifié
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CPOM :	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CD :	Conseil Départemental
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé
CVS :	Conseil de la vie sociale
DARI :	Document d'analyse de la maîtrise du risque infectieux
DU :	Diplôme d'Université
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMESPA :	Equipe Mobile d'évaluation psychiatrique de la personne âgée
GED :	Gestion électronique des documents (CLARISSE)
GIR :	Groupe iso ressource
GMP :	GIR moyen pondéré
HAD :	Hospitalisation à domicile
IDE :	Infirmier diplômé d'état
IDEC	Infirmier(e) coordonnatrice
LINUT	Réseau Limousin Nutrition
PE :	Projet d'Etablissement
PPI :	Plan pluriannuel d'investissement
PRS :	PRS :
PMP :	Pathos moyen pondéré
SSL	Santé service Limousin
UMSP	Unité mobile de soins palliatifs



- 📁 ANNEXE 1 : Le Référentiel utilisé
- 📁 ANNEXE 2 : Calendrier des groupes de travail et feuilles d'émargement
- 📁 ANNEXE 3 : Réponses des groupes de travail au référentiel (Extrait AGEVAL)
- 📁 ANNEXE 4 : Enquête de satisfaction Référents familiaux
- 📁 ANNEXE 5 : Enquête de satisfaction Résidents
- 📁 ANNEXE 6 : Fiches actions de l'évaluation interne