

Centre de Soins



RAPPORT D'ÉVALUATION INTERNE

DE L'EHPAD

DU CENTRE DE SOINS DE LONGUE DURÉE DE LUZY

Evaluation interne réalisée du 16 /07/2013 au 21/08/2013

Rapport d'évaluation et plan d'actions finalisés le 23/09/2013

Plan d'actions révisé le 16/12/2013

SOMMAIRE

I) PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DES ELEMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITES	3
1.1) LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT DES RESIDENTS	3
1.2) L'AUTORISATION ET LES MISSIONS DE L'EHPAD DE LUZY.....	3
1.2.1) <i>L'autorisation</i> :	3
1.2.2) <i>Les missions de l'EHPAD</i>	4
1.3) - LES CONTRACTUALISATIONS ENGAGEES (CPOM, CTP)	4
1.4) -LE PROJET D'ETABLISSEMENT.....	5
1.4.1) <i>-Les axes du Projet d'établissement</i>	6
1.5) LES DONNEES RELATIVES AUX RESIDENTS.....	8
1.6) LA PRESENTATION DES OBJECTIFS SPECIFIQUES DE PRISE EN CHARGE	10
1.6.1) <i>-La garantie des droits individuels et la participation des résidents</i>	10
1.6.2) <i>-La prévention des risques liés à la vulnérabilité des résidents</i>	11
1.6.3) <i>-Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance</i>	12
1.6.4) <i>-La prise en compte personnalisée des besoins et des attentes</i>	12
1.6.5) <i>-L'accompagnement de la fin de vie des Résidents et de leur entourage (proches et professionnels)</i>	12
II) LES ELEMENTS DE METHODE	13
2.1) LE CADRE METHODOLOGIQUE DE L'EVALUATION :	13
2.2) LES MODALITES DE L'IMPLICATION DES INSTANCES DELIBERATIVES, DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS DANS LA DEMARCHE :	13
2.3) MODALITES DE CONSULTATION DES USAGERS AUX DIFFERENTES ETAPES DE LA DEMARCHE	14
2.4) MODALITES D'ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS AUX DIFFERENTES ETAPES DE LA DEMARCHE	14
2.5) LES GRANDES MODALITES DE LA REMONTEE DES INFORMATIONS :	14
2.5.1) <i>Les principaux indicateurs retenus</i>	14
2.5.2) <i>Le référentiel utilisé</i>	14
2.5.3) <i>Les études ou recherches spécifiquement menées</i>	15
2.5.4) <i>Les grilles d'observation, de recueil de données</i>	15
2.5.5) <i>Les outils complémentaires mobilisés</i>	15
III) LA PRESENTATION DES RESULTATS	16
3.1) SYNTHÈSE DE LA GRILLE N°1 : ADMISSION, DROITS ET LIBERTES	16
3.2) SYNTHÈSE DE LA GRILLE N°2 : LE PROJET DE SOINS	20
3.3) SYNTHÈSE DE LA GRILLE N°3 : RESTAURATION, HOTELLERIE ET LOGISTIQUE	28
3.4) SYNTHÈSE DE LA GRILLE N°4 : BIENTRAITANCE	32
3.5) SYNTHÈSE DE LA GRILLE N°5 : PROJET D'ETABLISSEMENT ET OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT A ET SUR SON ENVIRONNEMENT	37
3.6) SYNTHÈSE DE LA GRILLE N°6 : STRATEGIE D'ADAPTATION A L'EMPLOI DES PERSONNELS AU REGARD DES POPULATIONS ACCOMPAGNEES	42
3.7) SYNTHÈSE DE LA GRILLE N°7 : REFLEXION ETHIQUE	46
IV) LE NIVEAU D'INTEGRATION DES RBPP	49
V) LE PLAN D' ACTIONS	50
5.1) PRESENTATION DU PLAN D' ACTIONS.....	50
5.2) LE CALENDRIER DU DEPLOIEMENT DU PLAN D' ACTIONS	51
5.3) MOYENS MOBILISES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D' ACTIONS	51

LE RAPPORT D'EVALUATION INTERNE

I) PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DES ELEMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITES

L'EHPAD de LUZY fait partie du Centre de Soins de Longue Durée de LUZY (CSLD) qui est un établissement public sanitaire.

Le CSLD comprend 108 lits répartis comme suit :

- 78 lits d'EHPAD
- 30 lits d'USLD

1.1) Les conditions d'hébergement des résidents

Les résidents sont hébergés sur 2 niveaux (étage jaune et étage bleu).

Le CSLD dispose de 11 chambres doubles et 2 chambres communicantes.

2 unités sécurisées hébergent 25 résidents atteints d'un syndrome démentiel :

- 1 unité pour 12 résidents présentant des troubles du comportement est située à l'étage bleu.
- 1 unité de 13 résidents est située à l'étage jaune. Elle est destinée aux résidents ne présentant pas de troubles du comportement.

Nombre de salles à manger :

- 3 salles à manger à l'étage bleu
- 2 salles à manger à l'étage jaune

1.2) L'autorisation et les missions de l'EHPAD de LUZY

1.2.1) L'autorisation :

- **L'arrêté du 10 janvier 1986** promulgué par le Secrétaire d'état chargé de la santé et par le secrétaire d'état chargé des retraites et des personnes âgées arrête que :

- « *L'hospice de LUZY est transformé en centre de long séjour d'une capacité de 26 lits au sein duquel seront maintenus 30 lits de maison de retraite*
- *Les lits d'hospice transformés en maison de retraite s'ajoutent à la maison de retraite existante, ce qui porte la capacité de celle-ci à 65 lits »*

- **L'arrêté du 16 juillet 1993** crée une unité d'hébergement temporaire de 10 places

- **L'arrêté du 25 juillet 1995** permet la transformation de 15 lits de maison de retraite en lits d'USLD, ce qui porte la capacité de la maison de retraite à 60 lits et places

-**Le 9 mai 2001**, la Commission exécutive de l'ARH a établi la capacité de la maison de retraite à 57 lits (68 lits financés)

-**En 2003**, la tarification de la résidence d'hébergement temporaire a été confondue avec la tarification de la maison de retraite, ce qui a eu pour conséquence de porter la capacité de la maison de retraite à 78 lits.

L'arrêté n° 2008-DDASS-1994-CG-D08-479 du 21 avril 2008 émanant de la Préfecture de la Nièvre autorise la transformation de la maison de retraite de centre de long séjour de LUZY d'une capacité de 78 places en EHPAD.

1.2.2) Les missions de l'EHPAD

L'article 311-1 du CASF modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 rappelle les missions d'intérêt général et d'utilité sociale poursuivies par l'action sociale et médico-sociale :

- Protection administrative ou judiciaire [...] des personnes âgées ou en difficulté
- Action [médicale, thérapeutique, pédagogique] adaptée aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge.
- Action d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement y compris à titre palliatif
- Action [...] d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides technique [...].
- Action contribuant au développement social et culturel [...]

L'article 312-1 du CASF stipule que sont des ESSMS, les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale

-« Les établissements mentionnés au 6° s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies dans des conditions et des délais fixés par décret. Les prestations délivrées sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les ESSMS doivent conclure avec ces établissements une convention qui détermine les modalités de cette intervention. »

1.3) - Les contractualisations engagées (CPOM, CTP)

1.3.1) Le CPOM :

Le dernier CPOM a été contractualisé avec l'ARS de Bourgogne en date du 14/12/2012 pour la partie USLD de l'établissement. Ce CPOM couvre la période 2013 à 2018

Ce CPOM fixe la reconnaissance des missions exercées par l'établissement et sa contrepartie financière.

Dans les faits, ce CPOM sert également les intérêts de l'EHPAD.

1.3.2) La Convention tripartite (CTP)

La CTP a été conclue pour une durée de 5 ans à compter du 01/01/2008. Elle fixe les engagements de l'établissement.

Les objectifs opérationnels se déclinent en 3 grands axes :

Répondre aux besoins de chaque résident :

- Offrir un environnement sécurisant, rassurant et accessible à tous
- Organiser la prise en charge et les soins de chaque résident, et les tâches de chaque professionnel
- Garantir l'autonomie de la décision pour chaque résident
- Informer le résident, sa famille et ses proches. Disposer d'un vrai système d'information

Suivre l'évolution de chaque résident et identifier son parcours de vie

- Améliorer le dossier de soins
- Renforcer la pratique de la démarche de soin individualisé
- Intégrer les pratiques d'animation comme acte de la vie quotidienne sociale et comme action de soin et de prévention
- Améliorer la pratique des synthèses et évaluation relative à chaque résident

Optimiser les compétences professionnelles

- Assurer de bons niveaux de compétence par le recrutement de personnels qualifiés et par la mise en œuvre de plans pluriannuels de formation continue
- Mettre en place un dispositif de gestion prévisionnelle des emplois intégrant la notion de progression professionnelle
- Disposer d'un bon système d'information interne

1.4) -Le projet d'établissement

-Les valeurs annoncées dans le projet d'établissement sont :

LE RESPECT – L'HUMANISME – LE TRAVAIL

*« L'EHPAD a la volonté d'offrir des soins adaptés à chaque résident tout en tenant compte de son identité, de ses choix, de ses droits, de sa culture et de ses croyances. L'établissement s'engage à fournir un travail d'équipe pluridisciplinaire visant à garantir les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins pour tous ».*¹

*« En corrélation avec les valeurs humanistes et professionnelles de l'équipe, le socle et le terreau sur lesquels s'enracinent les projets de l'EHPAD sont : Les Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) produites par l'ANESM »*²

Le projet d'établissement a été rédigé en s'appuyant sur la RBPP produite par l'ANESM :
« Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », de décembre 2009 »

¹ Projet d'établissement 2012-2016, page 21

² Projet d'établissement 2012-2016, page 20

1.4.1) -Les axes du Projet d'établissement

- **-Le Projet de management**

L'équipe de direction donne le ton afin que le projet soit une symphonie

- **-Le Projet de vie des résidents**

-Accompagner le résident en se basant sur ses attentes et ses besoins.

-Se référer à la RBPP « Bientraitance » et 'à celles ayant trait à la qualité de vie en EHPAD éditées par l'ANESM.

-Intégrer les attentes et les besoins de la personne dans le projet personnalisé de chaque résident.

- **-Le Projet médical**

-« **Donner** de la vie aux années plutôt que des années à la vie »³

-Organiser des soins de santé adaptés aux besoins de santé (physique et psychique) et aux besoins d'une réelle vie socio-affective pour les résidents.

-Améliorer en permanence la qualité des soins

-Pérenniser les réunions de concertation, de travail et de synthèse

-Prendre des initiatives d'innovation utiles

- **-Le Projet de soins infirmiers**

Objectifs :

-Prendre soin des résidents en référence à la philosophie de soin de l'Humanitude

-Prévenir les risques liés à la santé, inhérents à la vulnérabilité des résidents

-Prendre en soin les résidents atteints d'un syndrome démentiel

-Maintenir les compétences professionnelles

-Informatiser le dossier paramédical

- **-Le Projet qualité-Gestion des risques**

Les objectifs opérationnels :

-Améliorer l'accueil du patient :

-Améliorer la prise en soin :

-Améliorer les prestations hôtelières

-Améliorer la gestion de l'information (dossier du patient, archives)

Les objectifs qualité :

-Optimiser le système qualité : Le système d'écoute client, système documentaire, conduite de projet au sein de l'établissement, évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

-Optimiser le système de gestion des risques : création du document unique

-Optimiser et intégrer le processus d'autoévaluation

³ Projet d'établissement 2012-2016, page 26

- **-Le Projet architectural**

- Créer** d'une unité pour personnes âgées désorientées
- **Créer** un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) afin de mutualiser la PUI dont la Clinique du Morvan détient l'autorisation

- **-Le Projet hôtelier**

- Améliorer** les espaces de vie communs et privés
- Favoriser** l'accès des résidents aux supports multimédias

- **-Le Projet du système d'information(SIH)**

- Améliorer** le SIH par l'acquisition de logiciels spécifiques (comptabilité, RH, planning, dossier patient, stocks, etc.)

- **-Le Projet social**

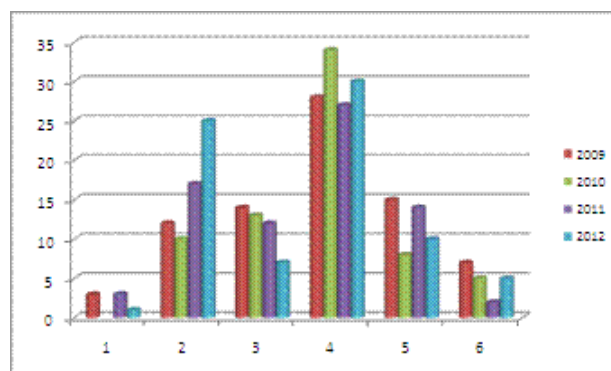
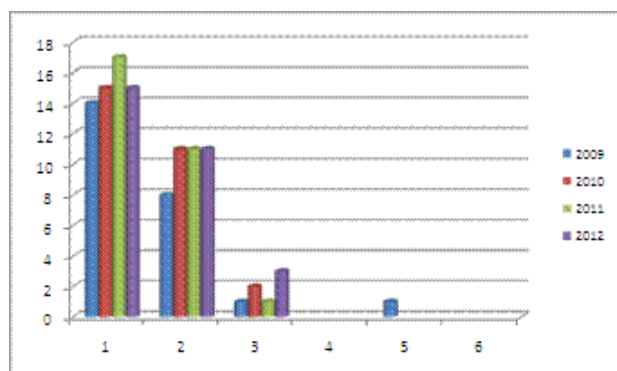
- Améliorer** la qualité des conditions de travail
- Poursuivre** la Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences et le développement de la formation professionnelle
- Promouvoir** l'information et la communication (enquête de satisfaction, bulletin d'information, livret d'accueil)

1.5) Les données relatives aux Résidents

Répartition des Résidents par GIR et par service, de 2009 à 2012

USLD				
GIR	2009	2010	2011	2012
1	14	15	17	15
2	8	11	11	11
3	1	2	1	3
4				
5	1			
6				

EHPAD				
GIR	2009	2010	2011	2012
1	3		3	1
2	12	10	17	25
3	14	13	12	7
4	28	34	27	30
5	15	8	14	10
6	7	5	2	5



G M P et P M P

GMP de septembre 2012 : 573,79

PMP de 2010 : 187

Provenance des Résidents USLD et EHPAD de 2009 à 2012 (au 31/12)

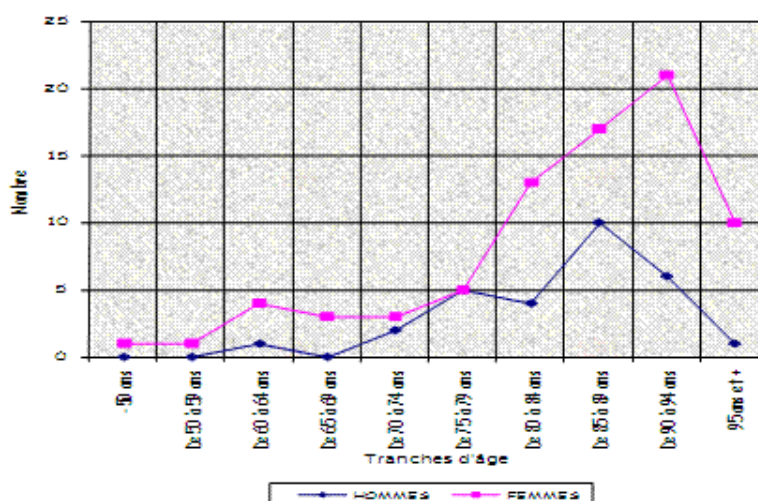
USLD				
PROVENANCE	2009	2010	2011	2012
Nièvre	20	22	24	19
Autres départements	4	8	6	10

EHPAD				
PROVENANCE	2009	2010	2011	2012
Nièvre	52	50	53	60
Autres départements	29	24	25	18

Ventilation par sexe et tranche d'âge des présents au 31/12/2012 en USLD et en EHPAD

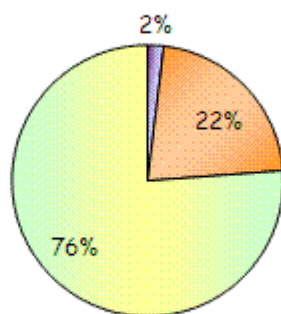
AGES	HOMMES				FEMMES				TOTAL			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
- 50 ans	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
De 50 à 59 ans	1	0	0	0	2	1	2	1	3	1	2	1
De 60 à 64 ans	2	2	1	1	6	5	4	4	8	7	5	5
De 65 à 69 ans	3	2	0	0	3	3	2	3	6	5	2	3
De 70 à 74 ans	4	5	4	2	2	2	3	3	6	7	7	5
De 75 à 79 ans	4	3	5	5	3	4	4	5	7	7	9	10
De 80 à 84 ans	9	7	7	4	14	11	13	13	23	18	20	17
De 85 à 89 ans	7	7	9	10	17	15	15	17	24	22	24	27
De 90 à 94 ans	5	4	4	6	14	19	19	21	19	23	23	27
95 ans et +	0	1	2	1	9	10	11	10	9	11	13	11
TOTAL	35	31	32	29	70	70	73	78	105	101	105	107

REPARTITION DES HOMMES ET DES FEMMES
PAR TRANCHE D'ÂGE AU 31/12/2012



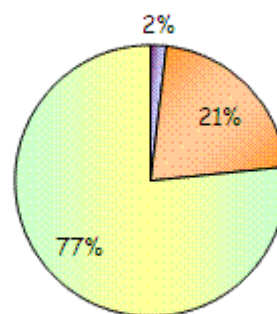
REPARTITION DES RESIDENTS

AU 31/12/2011



■ - de 60 ans ■ De 60 à 80 ans ■ + de 80 ans

AU 31/12/2012



■ - de 60 ans ■ De 60 à 80 ans ■ + de 80 ans

1.6) La présentation des objectifs spécifiques de prise en charge

1.6.1) -La garantie des droits individuels et la participation des résidents

L'EHPAD se base sur l'article L.311-3 du CASF exposant les 7 droits fondamentaux de la personne accueillie.

Les 7 droits fondamentaux du Résident Article L311-3 du code de l'action sociale et des familles

1- Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité

2- Libre choix entre les prestations à domicile ou en établissement

3- Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé

4- Confidentialité des données concernant le Résident

5- Accès à l'information

6- Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours

7- Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement

-Ces droits sont garantis par la remise des documents réglementaires (Cf. tableau ci-joint).

-La participation des résidents est assurée par la mise en place du Conseil de la vie sociale et par la réalisation d'enquêtes de satisfaction

Les 7 nouveaux outils pour l'exercice des droits du Résident

Le livret d'accueil

Circulaire du 24/03/2004

La charte des droits et libertés de la personne accueillie

Arrêté du 08/09/2003

Le contrat de séjour ou le document individuel de la prise en charge

Décret du 14/11/2003

Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service

Décret du 14/11/2003

Le Conseil de la Vie Sociale

Décret du 25/03/2004

Le Projet d'établissement

1.6.2) -La prévention des risques liés à la vulnérabilité des résidents

-LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

L'établissement a mis en place une politique de prévention et de prise en charge de la douleur. Le CSLD étant un établissement sanitaire, il dispose d'un CLUD et adhère au Réseau EMERAUDE (réseau soins palliatifs).

-LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES

L'établissement applique la liberté d'aller et venir comme préconisé par la recommandation de l'ANAES de 2000. Les résidents bénéficient de séances d'activités physiques qui ont pour but de réduire les risques de chute.

-LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES ESCARRES

La prévention et la prise en charge des escarres font partie intégrante du projet de soins infirmiers.

-LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION

L'établissement s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques (HAS, PNNS) et assure un suivi individualisé. Une EPP est en cours.

-LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT

La prise en charge de ces résidents est assurée au sein de 2 unités sécurisées. Le plan de formation prévoit des formations adaptées. Un travail en réseau avec le CHS est effectif.

-L'ANALYSE ET LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX

Le DARI a été réalisé en 2011 et réactualisé en 2013. Un CLIN assure sa mission

-LA CONTINUITÉ DES SOINS

La procédure de continuité des soins est affichée et connue. Des conventions d'hospitalisation sont effectives.

1.6.3) -Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance

L'accompagnement dans les actes de la vie courante est basé sur la philosophie de l'Humanité dont les principes sont de :

- Laisser le résident faire
- L'inviter à faire davantage
- L'aider avant de faire à sa place

1.6.4) -La prise en compte personnalisée des besoins et des attentes

-LE PROJET PERSONNALISE

Les attentes et les besoins de chaque résident sont intégrés dans le projet de vie personnalisé auquel le résident participe. Le CSLD s'appuie sur la RBPP : « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* », de décembre 2008

-LA PERSONNALISATION DES ACTIVITES SOCIALES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

Le programme d'animation est élaboré à partir des demandes des résidents et il est évalué annuellement.

-LA POSSIBILITE DU MAINTIEN DES LIENS SOCIAUX

Des moments de convivialité sont organisés et des espaces de rencontre sont mis à disposition des proches. L'établissement s'inscrit dans une dynamique d'ouverture sur l'extérieur.

1.6.5) -L'accompagnement de la fin de vie des Résidents et de leur entourage (proches et professionnels)

L'établissement accompagne les résidents et leur entourage dans la fin de vie : adhésion au réseau de soins palliatifs, référentes douleur, plan de formation adapté, utilisation de techniques de soins de confort.

II) LES ELEMENTS DE METHODE

2.1) Le cadre méthodologique de l'évaluation :

- **Rappel du cadre légal**

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale institue l'évaluation interne et externe des établissements mentionnés à l'article L.312-8 du CASF.

Conformément aux dispositions de l'article L.312-8 du CASF, les établissements procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et service sociaux et médico-sociaux (ANESM).

Les établissements devront communiquer les résultats d'au moins une évaluation interne au plus tard avant le 3 janvier 2014 conformément au 1^{er} alinéa de l'article D.312-204 du CSAF

- **Les 4 domaines d'application de l'évaluation interne**

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

- **Les difficultés rencontrées**

Au regard de la charge de travail et compte tenu du fait que l'établissement relève du secteur sanitaire, cet établissement est soumis à de doubles injonctions réglementaires (évaluation interne, externe certification V2010, renouvellement CTP, etc.).

De surcroît, le CSLD a connu une période d'intérim de direction, puis l'arrivée d'un nouveau Directeur à compter du 1^{er} avril 2013. Il a fallu attendre quelques mois de prise de fonction de ce nouveau Directeur afin de débiter l'évaluation interne.

- **Le calendrier de l'évaluation interne**

Compte tenu des dates impératives pour la signature de la nouvelle convention tripartite mais également de l'autoévaluation de l'USLD en vue de la visite de certification en avril 2014, les mois de juillet et août 2013 ont été retenus pour réaliser l'évaluation interne de l'EHPAD.

2.2) Les modalités de l'implication des instances délibératives, des professionnels et des usagers dans la démarche :

- **Composition de l'instance d'évaluation ou groupe projet**

-Le 11/06/2013, une note d'information a été diffusée pour un appel à candidatures afin de constituer le groupe projet en interne.

Les partenaires extérieurs ont également été sollicités :

Monsieur le Maire, le représentant de la commune désignée au conseil de surveillance, les représentants légaux, les services de sauvegarde et de protection, le Médecin du Réseau EMERAUDE, la représentante des usagers désignée par le Préfet, le médecin hygiéniste et l'IDE hygiéniste, les 2 médecins coordonnateur et praticien hospitalier, les kinésithérapeutes, la podologue, le laboratoire, les 2 pharmacies de ville, le médecin du travail.

-Nombre de partenaires qui ont été associés au remplissage des grilles : 6

Le 16/07/2013, un tableau récapitulatif des personnes intéressées a été dressé. (Cf. note d'info et tableau en annexe)

2.3) Modalités de consultation des usagers aux différentes étapes de la démarche

Les résidents ont été informés lors des CVS précédents. Lors de repas pris en commun avec eux, ils ont été de nouveau sollicités.

Le 15/07/2013, une invitation à destination des résidents et des partenaires a été diffusée pour une réunion d'information le 24/07/2013.

L'animatrice a informé individuellement chaque résident de cette réunion. **19 résidents** ont assisté à cette réunion

- Nombre de participants au remplissage des grilles : **11** (Cf. les feuilles d'émargement)
- Nombre de proches associées au remplissage des grilles : **4**

2.4) Modalités d'association des professionnels aux différentes étapes de la démarche

-Le 16 juillet 2013 : **1^{ère} réunion** du groupe projet. A cette réunion a été invitée la représentante des usagers désignée par le Préfet. 18 personnes étaient présentes

-**36 personnels** ont participé au remplissage des grilles de toutes les catégories professionnelles (Cf. les feuilles d'émargement)

2.5) Les grandes modalités de la remontée des informations :

2.5.1) Les principaux indicateurs retenus

Les indicateurs de l'ANESM, tels qu'ils figurent dans la RBPP « *L'évaluation interne : repères pour les EHPAD* » de février 2012, ont été retenus par l'établissement.

2.5.2) Le référentiel utilisé

La FHF, région Aquitaine a mis en place en septembre 2007, un groupe de réflexion régional de secteur médico-social. Ce groupe réunissait des directeurs d'ESSMS (personnes âgées et personnes handicapées), autonomes et rattachés avec une représentation de chaque territoire de santé de l'Aquitaine.

Ce groupe a finalisé un référentiel. Ce référentiel a été élaboré en reprenant l'esprit de la grille ANGELIQUE et les recommandations de l'ANESM.

L'approche est globale et chronologique. Les grilles thématiques ont été construites sous l'angle de la personne accueillie afin d'être plus proches de la réalité.

Le COPIL a fait le choix de mettre en place le référentiel sous la forme d'un logiciel permettant de sécuriser le document et son accès aux seuls adhérents de la FHF.

Le logiciel permet d'avoir accès à une synthèse des résultats. Enfin, il est possible de constituer un plan d'action de la qualité via les fiches actions disponibles au niveau des axes d'amélioration.

2.5.3) Les études ou recherches spécifiquement menées

- -Audits de dossier des résidents afin de rechercher des indicateurs/différents risques liés à la vulnérabilité des résidents
- -Etude du DARI
- -Recherche sur les enquêtes de satisfaction
- -Veille réglementaire
- -Utilisation de documents ressources, tels que RBPP de l'ANESM, recommandations nutrition, lutte contre les infections nosocomiales, douleur, soins palliatifs, contention, etc.

2.5.4) Les grilles d'observation, de recueil de données

Les enquêtes suivantes ont été utilisées pour renseigner le référentiel :

- -ARS Bourgogne en octobre 2011 : « Enquête sur l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques dans les EHPAD »
- -ARS Bourgogne en novembre 2012 : « Suivi de la réalisation des évaluations internes et externes et enquête sur les bonnes pratiques en EHPAD ».
- -Fondation Médéric Alzheimer en avril 2013 : « Enquête nationale sur les droits et fin de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD et USLD ».
- -Espace éthique Bourgogne Franche-Comté, juin 2012 : « Recensement des comités d'éthique de Bourgogne Franche-Comté » – Réseau COMETH
- -Les enquêtes de satisfaction à destination des résidents de 2010 et 2012
- -Les grilles d'audits des facteurs de risques

2.5.5) Les outils complémentaires mobilisés

Les instances de la partie sanitaire comme le CLIN, la sous-commission des antibiotiques, le CLUD, la CSIRMT, la CRUQPC, le CLUD, ainsi que les résultats de la certification V2007 ont été mobilisés.

III) LA PRESENTATION DES RESULTATS

Les principaux constats sont présentés ci-après, de manière synthétique

3.1) Synthèse de la grille n°1 : **ADMISSION, DROITS ET LIBERTES**

<p>EHPAD DU CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE LUZY</p>	<p>SYNTHESE de la GRILLE N° 1 : ADMISSION, DROITS ET LIBERTES</p>	<p>SYNTHESE réalisée la semaine du 16/9 au 22/09/2013</p>
--	--	---

THEMES	FORCES	FAIBLESSES
Admission et accueil		
<p>-La réponse à un demande de renseignements, y compris téléphoniques Les créneaux horaires de l'accueil administratif</p>	<p>La réponse à une demande de renseignements, y compris téléphonique est effective.</p>	<p>La procédure de réponse à un appel téléphonique n'est pas rédigée Les horaires d'ouverture du bureau d'accueil ne sont pas diffusés dans les différents supports d'information</p>
La pré-admission		
<p>-La remise des documents réglementaires</p> <p>-L'envoi d'une réponse si le dossier est placé sur liste d'attente</p>	<p>Le livret d'accueil, la charte de la personne accueillie, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont remis.</p> <p>Une réponse orale</p>	<p>Le règlement de fonctionnement est à compléter</p> <p>La réponse écrite n'est pas faite. La liste d'attente est peu conséquente</p>
<p>-Les documents sont ils présentés selon les droits plutôt qu'au regard des obligations ?</p>	<p>Une information sur les 7 droits fondamentaux est donnée au futur résident.</p>	
<p>-Le temps d'échange et les informations données</p>	<p>Un temps d'échange avec la personne accueillie et/ou ses proches est organisé. Les informations essentielles y sont données</p>	
<p>-La visite de l'établissement</p>	<p>Une visite de l'établissement est organisée pour tout futur résident encore en capacité de le faire.</p>	
<p>-La visite de pré-admission</p>	<p>Le cadre de santé rencontre en systématique la personne, à son domicile, à l'hôpital ou au SSR.</p>	
<p>-L'évaluation globale de la personne</p>	<p>Un recueil de données intitulé : critères d'admission » et comprenant les habitudes de vie et l'état de santé est réalisé lors de la visite de pré-admission.</p>	
<p>-La présentation du projet</p>		<p>La présentation du projet</p>

personnalisé lors de la pré-admission		personnalisé n'est présentée ni dans le livret d'accueil ni dans le contrat de séjour
-L'enquête de satisfaction d'admission		L'enquête de satisfaction d'admission n'est pas réalisée
L'admission		
-Les professionnels référents	Des professionnels référents sont désignés pour le projet de vie personnalisé	
-Le recueil des habitudes de vie	Un recueil « étoffé » des habitudes de vie est réalisé en direct avec la personne par le référent institutionnel	
-Le recueil des directives anticipées		La fiche de recueil des directives anticipées a été présentée au CVS du 10/09/2013 et se met en place
Le consentement		
- L'admission convenue en associant la personne et/ou sa famille -Le consentement de la personne	La personne et sa famille sont associées Lors de la visite de pré-admission, le cadre de santé recueille le consentement de la personne et le consigne par écrit.	
L'accueil		
-La présentation du dossier de la personne	Le dossier de la personne est présenté aux personnels avant son arrivée.	
-L'information du personnel sur les principes de la loi 2002-2	Les personnels ont tous été informés des 7 droits fondamentaux des résidents	
-La présentation des personnels	Les personnels se présentent au nouveau résident de façon spontanée.	
-Une procédure d'accueil formalisée		La procédure d'accueil n'est pas formalisée.
-L'organigramme des professionnels	L'organigramme se trouve dans le livret d'accueil	
-L'annonce de l'arrivée de la personne -L'attention particulière prévue	Une attention particulière (chocolats, produit de toilette) lors de l'admission voit le jour dans l'établissement depuis juillet 2013.	-Il n'y a pas d'annonce particulière pour informer d'une admission aux personnes accueillies
Le référent familial		
	Le référent familial est désigné par la personne accueillie et ses coordonnées sont tenues à jour	
La personne de confiance		Le formulaire de désignation de la personne de confiance a été présenté au CVS du 10/09/2013 et se met en place.
-Le document individuel de prise en charge	Le cas ne s'est jamais présenté d'un résident qui ne souhaitait pas signer le contrat de séjour	Le document individuel de prise en charge « type » n'existe pas.
-Le projet personnalisé	Les objectifs du PP sont présentés aux	

(PP)	professionnels	
-Le registre des entrées et des sorties	Le registre des décès existe	Le registre des entrées n'existe pas
Les droits et libertés		
-La charte des droits et libertés de la personne accueillie	Les principes de cette charte sont communiqués aux personnes et connus des professionnels	
-Les principes éthiques relatifs aux droits et libertés	Ces principes éthiques sont abordés avec la personne et/ou ses proches	
-Le respect de l'intimité	L'établissement facilite et respecte l'intimité de la vie de couple	
-Le respect du culte	L'établissement propose au résident la visite d'un représentant du culte de son choix	
-Les mesures de protection juridique	L'établissement organise les mesures de protection juridique	
-L'exercice des droits civiques	L'établissement organise les moyens permettant aux résidents d'exercer leurs droits civiques	
-Le système d'enregistrement des remarques et satisfactions des personnes accueillies	Il existe un registre des plaintes et des réclamations. Les remerciements sont rassemblés dans un dossier. Les fiches d'événements indésirables recensent les problématiques rencontrées.	
-Le Conseil de la vie sociale (CVS)	<p>-Le fonctionnement du CVS est conforme aux obligations réglementaires, tant au niveau de sa composition, que des ordres du jour, des relevés de conclusions, de la diffusion de ces relevés.</p> <p>-Les questions abordées en CVS sont préparées avec le Président du CVS.</p> <p>-Une information sur les réunions est assurée</p> <p>-Les séances s'adaptent au rythme des résidents.</p> <p>-Les questions éthiques y sont traitées.</p> <p>-Les demandes des résidents sont honorées.</p>	
-Les réunions d'information	Des réunions d'information, autres que celles du CVS ont lieu entre les usagers et le personnel. Elles sont toujours, de surcroît, des temps d'échanges et de convivialité.	
-La personne qualifiée	Le nom de la personne qualifiée est affiché dans une vitrine sur les 2 étages.	
-L'assurance de responsabilité civile	<p>-L'établissement informe chaque personne de l'intérêt de souscrire un tel contrat à titre individuel.</p> <p>-L'établissement prévoit la protection des personnes hébergées pour tout dommage du fait de l'établissement et de son</p>	

	personnel.	
-Le respect de la personne	La personne dispose d'un libre accès à sa chambre. -Le personnel frappe à la porte avant d'entrer, il attend la réponse pour entrer. -Les soins apportés aux personnes sont effectués porte fermée. -Les expressions de familiarité ne sont utilisés qu'en raison d'un contexte spécifique (lien familial, démences de type Alzheimer).	
La confidentialité des informations	Les professionnels ont été sensibilisés à la confidentialité des informations contenues dans les dossiers des résidents	Le livret d'accueil à destination des personnels est en cours d'élaboration et prévoit de traiter du secret professionnel.

3.1.1) Les effets constatés pour les usagers et la pertinence des activités déployées

-L'avis des professionnels sur le respect des droits individuels des usagers.

Cet avis est positif car

- ✚ Les documents garantissant les droits individuels, ainsi que des explications complémentaires sont donnés au futur résident
- ✚ Le recueil du consentement de la personne est effectué même si ses capacités cognitives sont réduites
- ✚ Une visite de pré admission est effectuée par le cadre de santé au domicile ou sur le lieu d'hospitalisation de la personne et des habitudes de vie sont recueillies à ce moment là ainsi qu'au début du séjour
- ✚ L'indice de satisfaction sur l'accueil est de 96,5%
- ✚ Des référents institutionnels et familiaux sont désignés
- ✚ Des matériels de confort et de prévention sont mis à disposition des résidents
- ✚ Le projet personnalisé est effectué pour la quasi-totalité des résidents
- ✚ Le CVS joue pleinement son rôle et les résidents donnent leur avis sur tout
- ✚ Les valeurs du respect de la personne dans toutes ses dimensions sont régulièrement rappelées et suivies par les personnels

-Droits pour lesquels, leur application est plus difficile

Il est évident que les principes de la liberté d'aller et venir ont des limites quand il s'agit d'assurer la sécurité des résidents désorientés dans le temps et l'espace et qui dont la prise en soin est effectuée au sein d'unités « sécurisées ». Idem pour des résidents dont la pathologie nécessite de recourir à une contention sans laquelle les dommages physiques occasionnés seraient pires si une contention n'était pas prescrite (bénéfices/risques).

-L'avis des résidents sur le respect de leurs droits individuels des usagers.

-Cet avis est positif et les résidents qui ont participé au remplissage des grilles l'ont clairement énoncé.

-L'enquête de satisfaction conduite en novembre 2012 donne 87,9% de résidents satisfaits du respect porté à leur vie d'adulte et 93% d'indice de satisfaction concernant le respect de leur intimité.

3.2) Synthèse de la grille n°2 : LE PROJET DE SOINS

<p>EHPAD DU CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE LUZY</p>	<p>SYNTHESE de la GRILLE N° 2 : LE PROJET DE SOINS</p>	<p>SYNTHESE réalisée la semaine du 16/9 au 22/09/2013</p>
---	--	--

THEMES	FORCES	FAIBLESSES
Le maintien de l'autonomie		
-L'évaluation des capacités de la personne	L'évaluation des capacités de la personne est réalisée lors de la visite de pré-admission, puis 15 jours après l'admission à l'aide de la grille AGGIR.	
-L'appareillage de l'aide à la mobilité	Les résidents disposent du matériel de confort adapté (fauteuils, déambulateurs, verticalisateurs). L'établissement a passé contrat avec un prestataire qui dispose d'une ergothérapeute	
-Les soins de pédicurie	Les résidents bénéficient de soins de pédicurie chaque fois que nécessaire	
-La réévaluation de ces prises en charge	Les réévaluations sont faites soit par les cadres, soit par la société, soit à la demande des soignants ainsi que par la podologue	
-Le projet personnalisé lié au projet de soins	Au 3 septembre 2013, 52 résidents ont leur projet personnalisé lié au projet de soins réalisé	26 PP restent à réaliser à la date du rapport d'évaluation interne du 23/09/2013
Préservation de l'autonomie -L'aide à la toilette	L'aide à la toilette est définie dans la fiche de prescription de soins de nursing établie par les IDE et privilégie les capacités de la personne	
-Le maintien de l'autonomie	Le maintien de l'autonomie est un des axes du projet de soins infirmiers. LE PP a pour mission de favoriser le maintien de l'autonomie physique et psychique tout en répondant aux besoins et attentes de la personne	
L'organisation des soins		
Le médecin coordonnateur -Le diplôme du médecin coordonnateur -La participation du médecin au projet institutionnel, aux réunions de direction	Le CSLD bénéficie de la présence d'un médecin coordonnateur Les 2 médecins coordonnateurs et praticiens hospitaliers participent au projet institutionnel. Une CME est en place et son président fait partie du directoire et du conseil de surveillance de l'établissement.	-Le tableau des effectifs prévoit un 0,40 ETP mais les 2 médecins ne peuvent en assurer que 0,20 à eux deux. -Le médecin n'a pas de formation spécifique
-Sa contribution en matière de prévention auprès des salariés	Des EPP sur la prévention des chutes et sur l'hygiène bucco-dentaire ont été réalisées pour la certification HAS.	

	Participation du médecin à la mise en place de différentes grilles d'évaluation des risques inhérents à la vulnérabilité des résidents.	
-Sa contribution à l'évaluation des traitements auprès des salariés	Partenariat avec l'EOH quant à la pertinence des TTT antibiotiques. Réflexion sur la diminution de la prescription des neuroleptiques avec l'équipe soignante EPP réalisée sur les AVK avec les IDE et AS	
- Sa contribution à l'évaluation des traitements auprès des intervenants extérieurs	-Travail en partenariat avec les médecins spécialistes qui interviennent à la Maison de Santé pluridisciplinaire.	
-La commission de soins gérontologiques	Une CME est en place et contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.	
-Le rapport d'activité médicale et ses axes d'amélioration	Le rapport d'activité médicale (et le rapport d'activité de la CSIRMT) sont rédigés. Le rapport d'activité médicale comprend des axes d'amélioration	
-La permanence des soins		
-Une procédure formalisée en cas d'urgence	Il existe une procédure formalisée en cas d'urgence médicale ainsi que des conventions d'hospitalisation avec les hôpitaux de proximité	
-Un partenariat privilégié en cas d'urgence avec des médecins spécialistes	convention avec le secteur psychiatrique et le secteur de soins palliatifs. Contact privilégié avec les médecins spécialiste intervenant à la MSP.	
L'encadrement infirmier		
	Le tableau des effectifs prévoit un cadre supérieur de santé. Un nouveau cadre de santé a renforcé l'encadrement en juillet 2013. Une CSIRMT apporte un plus en matière d'organisation des soins infirmiers.	
Le projet des soins		
	Le projet médical et le projet de soins infirmiers sont rédigés	
-Les protocoles de soins	Comme le CSLD bénéficie de la présence d'un médecin hygiéniste ainsi que d'une IDE hygiéniste, de nombreux protocoles de soins sont effectifs. Ils sont répertoriés dans un classeur et mis à disposition des personnels. -Un classeur de protocoles médicaux est	

	également effectif. Le tout est validé par le CLIN du CSLD.	
-Les plans de soins individuels	Des diagrammes de soins IDE et AS existent	
-Les protocoles d'hygiène liés aux soins, aux matériels médicaux	Les protocoles d'hygiène liés aux soins et aux matériels médicaux sont référencés dans le classeur d'hygiène	
-Les vaccinations	La campagne de vaccination pour les résidents et pour les personnels est organisée	
-Les transmissions	Les transmissions sont effectives à chaque changement d'équipe et figurent sur les fiches de tâches.	La procédure formalisée de transmissions n'est pas formalisée.
Les locaux de soins -Optimisation des soins et contraintes architecturales	2 unités sécurisées pour les résidents désorientés ont été créés dans les locaux existants. Un projet architectural prévoit de créer officiellement un espace dédié aux résidents désorientés.	
-Le circuit du médicament : procédure, et prescriptions	De multiples améliorations correctives ont eu lieu depuis la visite de certification de décembre 2010. -L'IDE référente du circuit du médicament a suivi une formation spécifique et assure, depuis janvier 2013, la sécurisation du circuit. -Le projet de PUI avec la Clinique du Morvan avance et devrait voir le jour en 2014. -Le CSLD bénéficie de la sous commission des antibiotiques	La procédure de sécurisation du circuit du médicament n'existe pas mais le manuel d'assurance qualité du circuit du médicament va être rédigé avant la fin de l'année 2013 avec l'APAVE.
-La liste type des médicaments prescrits		La liste type n'existe pas mais va être mise en place avant la visite de certification en avril 2014 avec l'aide de l'APAVE.
L'information sur les soins -Association des résidents à la prise en soin	L'équipe soignante s'attache à recueillir le consentement éclairé des résidents et met en place également la discussion « bénéfices-risques », le formulaire « refus de soins »	
-Le soutien aux personnes accueillies et à ses proches	Le CSLD organise le soutien en cas de besoin (décès, soins palliatifs, secteur psychiatrique).	
-Le soutien aux personnels	Un groupe de parole animé par la neuropsychologue et ensuite par l'IDE de secteur psychiatrique a été mis en place depuis 2010.	
Le dossier de soins (DS) -La conformité à la réglementation -Les éléments médicaux, paramédicaux et les	Le DS a de nouveau été mis en place le 3/08/2010 conformément aux recommandations de l'ANAES de juin 2003. LE DS a été entièrement revu (dossier	Les audits d'utilisation du DS ne sont pas effectués.

habitudes de vie	administratif, dossier médical et dossier paramédical) et s'appuie également sur des recommandations de l'HAS. Le DS sera informatisé en 2014.	
La prévention et la gestion des risques liés à la personne accueillie		
La nutrition		
-Les régimes les modifications de texture et	Les régimes font l'objet d'une prescription médicale ainsi que les modifications de texture qui sont discutées en équipe.	
-Les pesées	Le résident est pesé en systématique à l'admission et ensuite tous les mois.	
La dénutrition -La prise en charge des risques de dénutrition	Une IDE et des AS sont référentes en nutrition. -Les recommandations de l'HAS concernant le dépistage de la dénutrition sont suivies (IMC, albuminémie, compléments alimentaires...) -Réalisation du MNA -Une EPP sera présentée sur ce thème aux experts-visiteurs en avril 2014. -Le CSLD est inscrit au programme OMEGAG pour le « Pass-alimentation »	
-Protocole de prise en charge et	Un protocole existe et conduit à la mise en place de la fiche de suivi alimentaire	
-L'hydratation -Surveillance de l'hydratation -Le suivi individualisé des apports hydriques	L'hydratation des personnes fait l'objet d'une surveillance régulière. Des eaux gélifiées prêtes à l'emploi ont été mise en place dès 2009. Une fiche de suivi hydrique est remplie en cas de problème.	Il n'y a pas d'indicateur qui permette le suivi de l'hydratation
L'incontinence Mesures thérapeutiques et réévaluation	1 AS est référente des problèmes d'incontinence. Elle évalue le besoin pour la conduite aux toilettes, la rééducation après l'ablation d'une sonde urinaire. L'AS informe les résidents sur le type de protections et évalue avec eux leur besoin quotidien.	Le diagramme AS ne renseigne pas suffisamment sur la traçabilité de la conduite des résidents aux toilettes
Les chutes		
-Prévention et prise en charge des chutes	La conception architecturale du CSLD a prévu des aménagements ergonomiques pour les résidents. Il existe une grille d'évaluation du risque de chutes	La grille d'évaluation du risque de chutes n'est pas renseignée de façon systématique Il n'existe pas de procédure formalisée de la prévention et de la gestion des chutes
-Le signalement des chutes et	Les chutes font l'objet d'un signalement	

l'analyse des causes	écrit sur les FEI et sont analysées de façon systématique	
-La réflexion éthique de la prévention des chutes	Le débat sur la liberté d'aller et venir s'appuie sur la recommandation de 2000 de l'ANAES ;	
-Le suivi des personnes ayant chuté	Le suivi est assuré dans le dossier de soins	
La détérioration cognitive		
-La prévention et la prise en charge	2 unités sécurisées créés (2009 et 2011) pour optimiser la prise en soin des personnes souffrant de syndromes démentiels.	
-Le bilan diagnostic	Une neuropsychologue a réalisé les diagnostics de mai 2010 à mai 2012. Aide ponctuelle par consultation d'un neurologue ou d'un psychiatre. Psychologue formateur intervient également. Projet de recrutement dans le cadre de la prochaine CTP (fin 2013)	Le départ de la neuropsychologue mi 2012 fait que les diagnostics ne sont plus posés.
-Le projet de vie spécifique des résidents atteints	Projet de prise en soin est écrit ainsi que le projet d'animation adapté. Une IDE est référente des 2 unités et assure un suivi pertinent. CSLD inscrit au programme OMEGAG pour le PACK EUREKA qui va débiter en novembre 2013.	Projet de création d'un UPAD avec PASA et espace SNOEZELEN
-La prise en charge médicale spécifique	Les médecins généralistes manquent parfois d'outils thérapeutiques adaptés.	Les compétences d'un médecin gériatre seraient nécessaires
-La prise en charge psychothérapeutique	Il existe une convention avec le CMPP du CHS de la Charité sur Loire. Une IDE de secteur psy intervient en systématique	
-La formation spécifique du personnel dédié	L'ensemble du personnel a été formé à : « Prise en soin des personnes atteintes de syndromes démentiels », « Bientraitance », « Philosophie de l'Humanité ». Des agents volontaires assurent la prise en soin de cette population.	
Les troubles psychiatriques		
-Le dépistage, la prise en charge et bilan diagnostic	Une convention avec le CHS a été passée et permet de bénéficier de la présence d'une IDE de secteur psy et d'un psychiatre.	
-Le projet de vie des personnes atteintes de TP	Le PP permet à ces personnes de maintenir leur autonomie physique et psychique. De nombreux résidents sont concernés dans l'établissement.	
-L'accompagnement des personnes atteintes de TP	L'ensemble du personnel a été formé à : « Prise en soin des personnes atteintes de syndromes démentiels », « Bientraitance », « Philosophie de	

	l'Humanité ».	
La douleur		
-Prévention, dépistage et prise en charge	Le CSLD dispose d'un CLUD, des compétences d'une IDE et d'une AS référentes douleur et soins palliatifs. Une convention a été signée avec le Réseau de soins palliatifs.	
-L'évaluation initiale de la douleur	L'objectif posé par le CLUD est la réalisation d'une échelle d'évaluation de la douleur dans les 15 jours qui suivent l'admission. Dans le cadre de l'autoévaluation (11/ 2013) pour la partie USLD, une EPP « douleur et qualité de vie a été définie.	15 échelles d'évaluation de la douleur sont recensées à la date du 20/09/2013
-Prise en charge et réévaluation	Des protocoles sont mis en place. Les référents sont impliqués et le réseau Emeraude est présent 1 fois par mois au CSLD. Les réévaluations sont faites.	
-La formation des personnels	Les soignants ont majoritairement suivi la formation de 3 jours sur la douleur et les soins palliatifs.	
Les escarres		
-Prévention et prise en charge des escarres	Tous les résidents bénéficient de matelas de prévention et de curatifs lorsque nécessaire. Idem pour les coussins d'assise. Des huiles de soin sont utilisées. Des régimes enrichis sont proposés. La grille de BRADEN est insérée dans le dossier paramédical	Aucune grille de BRADEN n'est renseignée.
-L'évaluation initiale et la réévaluation	Lors de la visite d'admission, le médecin évalue l'état cutané. Si présence d'une escarre complexe, une photo est faite. -Evaluation par l'IDE du stade de l'escarre et mise en place fiche de pansement.	
-Le Protocole de prévention des escarres	Des protocoles de prévention sont rédigés et des actions de formations sont diligentées par l'IDE hygiéniste.	
-La formation des personnels	Une formation a été dispensée au CH de DECIZE mais elle ne traitait pas que des escarres. Idem pour la formation prévue le 1/10/2013	Il manque une formation spécifique sur la prise en charge des escarres
La contention		
-La prescription médicale motivée	Toutes les contentions font l'objet d'une prescription médicale motivée précisant la durée et le mode de contention ainsi que les risques encourus. -Une réflexion a été menée à partir de	Un point de situation fait le constat de 44 contentions et 44 prescriptions de contention à la date du rapport.

	la recommandation de l'ANAES de 2000. Il est apparu que la réévaluation à 24h au CSLD est impossible à pratiquer, aussi, il a été décidé que la réévaluation se ferait en systématique tous les mois si aucun élément nouveau n'apparaissait entre-temps Une AS est chargée de ce suivi. De nombreux résidents demandent, par sécurité, de disposer d'une barrière.	
-Le protocole d'urgence de mesure de contention	Aucun résident n'est contentonné sans prescription médicale	Il manque le protocole d'urgence de mesure de contention
La fin de vie		
-La prise en soin de la fin de vie	80% des résidents décèdent dans l'établissement. L'accompagnement des résidents à la fin de vie ne pose aucun problème.	
-Les directives anticipées	L'information sur les directives anticipées a été donnée lors du CVS du 10/09/2013. Dès l'admission, les consignes à suivre en cas de décès sont demandées à la personne accueillie.	
-La place de la famille	La famille est associée et peut rester auprès de son proche si elle le souhaite.	
-Les actions de formation	Le plan de formation prévoit tous les ans 3 jours de formation sur la fin de vie et les soins palliatifs.	
-Les associations de bénévoles	L'éloignement géographique empêche une telle association d'intervenir, aussi, c'est le Réseau Emeraude qui intervient en lieu et place.	
-La prise en charge palliative	C'est le Réseau Emeraude qui est sollicité en cas de besoin	

3.2.1) Les effets constatés pour les usagers et la pertinence des activités déployées

-L'avis des professionnels sur l'efficacité de la prise en soin.

Les 3 IDE et les AS qui ont renseigné les grilles du projet de soin ont apprécié de constater que les points forts étaient largement majoritaires. La satisfaction de l'équipe soignante est étayée par les exemples suivants :

- La mise en place de la philosophie de l'Humanité permet aux résidents de maintenir davantage leur autonomie.
- La fiche de prescription de soins de nursing permet au résident que la toilette soit individualisée
- Le matériel de confort et de prévention évite des escarres, des attitudes vicieuses qui seraient néfastes tant pour les résidents que pour les personnels

- L'application des recommandations des bonnes pratiques professionnelles permet de sécuriser la prise en soin et de rassurer les professionnels
- Le dossier de soins permet de consigner la traçabilité des actes et des constats et assure ainsi la continuité des soins
- Les nombreuses améliorations apportées au circuit du médicament sécurisent la dispensation des médicaments
- Les protocoles d'hygiène et de soins validés par le CLIN permettent que les résidents ne développent pas (ou peu) d'infections nosocomiales. Pour les professionnels, cela permet de se référer à ce qu'il faut faire au cas où.
- Le tableau des indicateurs de qualité et sécurité des soins prouvant que l'établissement lutte contre les infections nosocomiales est affiché comme l'exige la réglementation (scores – agrégé, ICALIN, ICSHA, ICATB, ICA-BMR) et rassure les résidents.
- Les instances qui sont mises en place pour l'USLD (secteur sanitaire), comme le CLUD, le CLIN, la CSIRMT, bénéficient aux résidents de l'EHPAD car les mêmes principes sécuritaires y sont appliqués
- Les missions de prévention des risques qui sont confiés à des référents identifiés, comme les référents nutrition, les référents douleur, la référente du circuit du médicament, etc. responsabilisent ces personnels, sécurisent la prise en soin des résidents et apportent une identité spécifique à l'établissement.
- La prise en charge palliative qui est effectuée avec l'accompagnement du réseau EMERAUDE positionne l'établissement comme une référence en la matière

Les axes d'amélioration se situent essentiellement au niveau de certaines grilles d'évaluation - échelle de BRADEN, peu d'échelles d'évaluation de la douleur, pas d'évaluation du risque de chutes – alors que les documents font partie intégrante du dossier de soins mais elles ne sont que très peu renseignées.

Le paradoxe étant que les actions de prévention sont réalisées, ce qui est somme toute, réconfortant.

-L'avis des résidents sur leur prise en soin

Les résidents qui ont participé à l'évaluation interne se sentent bien pris en soin.

Les résultats de l'enquête de satisfaction de novembre 2012 montrent 91,4% de satisfaction totale.

3.3) Synthèse de la grille n°3 : RESTAURATION, HOTELLERIE ET LOGISTIQUE

<p>EHPAD DU CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE LUZY</p>	<p>SYNTHESE GRILLE N° 3 : RESTAURATION, HOTELLERIE ET LOGISTIQUE</p>	<p>SYNTHESE réalisée la semaine du 16/9 au 22/09/2013</p>
--	---	---

THEMES	FORCES	FAIBLESSES
<p>Restauration</p>		
<p>-Le recueil des souhaits et des non-goûts</p>	<p>-Le recueil des goûts et non goûts a été réalisé auprès de tous les résidents en mars 2013. Cette liste est réactualisée tous les vendredis lors des transmissions.</p>	<p>Le recueil des non-goûts est une liste récapitulative et non une feuille individuelle des non-goûts de chaque résident</p>
<p>-Le recueil des souhaits en matière de place à table</p>	<p>Le nombre de salles à manger et la répartition des résidents par niveau de dépendance ne permettent pas de recueillir ce genre de souhait en individuel. Toutefois, le président du CVS et 5 résidents concertés le 22/07/13 pensent que l'organisation convient à tous.</p>	
<p>-Le bilan des besoins de la personne</p>	<p>Les besoins en alimentation sont réalisés de façon systématique</p>	
<p>-Les normes d'hygiène alimentaire</p>	<p>La cuisine du CSLD est soumise aux visites d'inspection de la DDCSPP. Le PMS est en cours. -La responsable de la cuisine est formée à sa méthodologie. -La DDCSPP, en avril 2012, a relevé le travail important qui a été réalisé pour la mise en conformité des procédures.</p>	<p>La rédaction des procédures du PMS est à 50% de la réalisation de son objectif.</p>
<p>-Les analyses bactériologiques</p>	<p>Elles sont régulièrement réalisées par le laboratoire Départemental de la Nièvre et le médecin hygiéniste</p>	
<p>-La participation des personnes accueillies</p>	<p>La commission menus a été réactivée en janvier 2013 par les référents en nutrition. Les avis des résidents sont recueillis hors d'une instance officielle et de façon informelle. -Un cahier de critiques et souhaits a été mis en place en janvier 2013.</p>	<p>Il manque une commission menus officielle</p>
<p>-Les actions correctives/avis recueillis</p>	<p>Les souhaits des Résidents sont suivis autant qu'il est possible de le faire dans une collectivité.</p>	
<p>-Les alternatives possibles/lieu de prise de repas, collation, composition des repas</p>	<p>Le CVS interrogé au sujet des places à tables adhère à l'organisation. Il y a possibilité de collation. -En ce qui concerne la composition du repas, cela a été vu en amont avec les résidents. Savoir qu'il y a toujours un choix de légumes et un féculent.</p>	<p>Le règlement de fonctionnement ne précise pas les modalités de placement à table. Idem pour la possibilité d'avoir une collation</p>

-La formation de l'équipe de restauration	Tous les cuisiniers ont un diplôme en restauration, en pâtisserie. Ils ont suivi une journée de formation sur la nutrition en mars et avril 2013. -La responsable de cuisine et une cuisinière ont suivi la formation GEMRCN le 14/05/13. L'établissement fait partie du programme OMEGAH avec le « Pass Alimentation ».	
-Le recueil de la satisfaction des personnes accueillies	L'enquête de satisfaction réalisée en novembre 2012 montre 84,65% d'indice de satisfaction	
La vie sociale		
-Participation de l'animatrice au PP	L'animatrice participe au PP	
-La prise en compte des souhaits des personnes concernant des prestations spécifiques	Toutes les attentes des personnes sont recueillies par les référentes PP	
-La tenue de ville des personnes accueillies	Le président du CVS apprécie de voir toutes les personnes en tenue de ville	
-Les lieux d'accueil des familles	2 salles ont été mises à disposition des proches des résidents depuis 2010	
-Le programme d'animation	Un programme d'animation est défini chaque année avec les résidents, les personnels et les cuisiniers. -Tous les mois, le programme d'activités est affiché. Il est riche et attractif	
-La personnalisation de la chambre	L'accent est mis ces toutes dernières années sur la réfection des chambres et leur personnalisation par les résidents. Les chambres sont spacieuses et confortables, toutes dotées de douche. -Les résidents peuvent disposer de la clé de leur chambre.	Il manque un accès internet pour les résidents et le projet est bien avancé.
-Les chambres individuelles, les chambres doubles, les chambres communicantes	Le CSLD dispose de 11 chambres doubles et de 2 chambres doubles	Le nouveau projet architectural prévoit de supprimer quelques chambres doubles qui ne conviennent plus aux résidents
-La possibilité de modifier les souhaits pendant le séjour	Le PP est révisé tous les 6 mois et les souhaits peuvent être revus à tout moment	
-Le parc extérieur	La place des Tilleuls située à l'avant de l'établissement est très appréciée	
-Le recueil de la satisfaction sur l'hôtellerie	Enquête réalisée en novembre 2012	
La logistique		
-Les protocoles d'hygiène des sols et surfaces	Le classeur d'hygiène recense les procédures rédigées avec l'aide de l'IDE hygiéniste. -A la mi- septembre 2013, certaines procédures sont en cours de	

	réactualisation	
-Les procédures de nettoyage du linge sale		La procédure n'est pas rédigée Le classeur RABC n'est pas conforme
-La procédure de stockage et d'élimination des déchets	La procédure est réalisée et se trouve dans le classeur hygiène	
-Le diagnostic accessibilité	L'appel d'offres pour la réalisation de ce diagnostic a été lancé fin août 2013 et le diagnostic est arrivé le 25/9/2013	
-La commission de sécurité incendie	L'avis favorable a été reçu le 19/07/2013	
-Le plan d'actions	Le plan d'actions a été lancé par le Directeur	Le plan d'actions issu du rapport de la commission sécurité incendie n'est pas rédigé
-Le personnel et les consignes de sécurité	Le CSLD forme les personnels à raison de 4 sessions par an et par groupe de 10 à 12 personnes	
-Les produits d'entretien dangereux et leur inaccessibilité pour les résidents	Les centrales de distribution de produits sont fermées par digicode.	Les règles de vigilance ne sont pas appliquées de la même manière par tous les agents dans les unités sécurisées
Le plan diagnostic amiante	L'appel d'offres pour la réalisation de ce diagnostic a été lancé fin août 2013	En cours de réalisation
-La procédure DASRI	-La procédure existe et se trouve dans le classeur hygiène	
-Le lieu de stockage des DASRI	Le local existe, est identifié, désinfecté.	
-Le DARI et son plan d'actions	DARI réalisé en décembre 2011 et réactualisé le 19/02/2013 Plan d'actions réactualisé le 19/02/13 et présenté en CLIN	

3.3.1) Les effets constatés pour les usagers et la pertinence des activités déployées

-L'avis des professionnels

La restauration

Les professionnels sont mobilisés pour répondre aux besoins spécifiques en alimentation des résidents. Les goûts des résidents ainsi que les régimes et les risques de dénutrition font l'objet d'attention particulière.

Des formations sur l'alimentation des personnes âgées ont été appréciées tant par les personnels soignants que les cuisiniers.

Les personnels appliquent des normes d'hygiène et sont rassurés de voir que les contrôles bactériologiques assurent la sécurité alimentaire des résidents.

La vie sociale

Les professionnels pensent que le programme d'animation permet aux résidents de participer selon leurs désirs et leurs affinités envers les activités proposées.

Les agents constatent que les résidents ont apprécié de pouvoir choisir la couleur de la peinture de leur chambre

Les personnels constatent que les proches apprécient d'avoir 2 espaces de convivialité à leur disposition.

La logistique

Tous les contrôles de sécurité réglementaires effectués et suivis d'actions correctives rassurent les personnels.

Le DARI (déjà réalisé en 2011) a permis que les résidents bénéficient de pratiques sécuritaires en matière d'hygiène. Le CLIN du CSLD permet d'améliorer ces pratiques.

Le référentiel d'évaluation a fait peu de place à l'entretien du linge des résidents pourtant ce sujet est d'importance dans l'établissement. Le problème ne se rencontre pas au niveau de l'entretien mais au niveau du marquage du linge qui n'est pas effectué correctement par les résidents et/ou leurs proches, ce qui génère de nombreuses fiches d'événements indésirables.

-L'avis des résidents

La restauration

L'enquête de satisfaction réalisée en novembre 2012 montre un taux de satisfaction de 84,65%.

Il n'en demeure pas moins que seulement quelques résidents (identifiés) trouvent toujours à redire et se font entendre régulièrement. Leurs demandes ne sont cependant pas légitimes car certains ne voudraient manger que des pommes de terre, que du fromage blanc, du pot au feu toutes les semaines.

Il reste difficile de prendre en compte tous les non-goûts et il a fallu limiter les demandes intempestives et les changements de dernière minute sans quoi, la situation devenait difficilement gérable pour les cuisiniers et le personnel d'hôtellerie.

La vie sociale

Les résidents apprécient le programme d'animation qu'ils élaborent avec l'animatrice. La personnalisation de leurs chambres est un plus pour eux. Ils apprécient également de pouvoir recevoir leurs proches dans les 2 salles proposées à cet effet.

L'environnement agréable de l'établissement leur permet de bénéficier d'un petit parc et de la proximité du centre ville et de sa dynamique.

La logistique

Concernant l'entretien du linge, les résidents se disent satisfaits à 84,4%. 6,9% ne se sont pas sentis concernés. Ils expriment un pourcentage de 93,1% de satisfaction concernant le sentiment de sécurité

3.4) Synthèse de la grille n°4 : BIENTRAITANCE

EHPAD DU CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE LUZY	SYNTHESE GRILLE N° 4: BIENTRAITANCE	SYNTHESE réalisée la semaine du 16/9 au 22/09/2013
THEMES	FORCES	FAIBLESSES
Etude des risques et des fragilités		
-Evaluation globale	Une évaluation globale de l'adéquation entre la structure et les besoins de la personne accueillie est réalisée. Une grille dénommée « critères d'admission » est renseignée par le cadre de santé.	
-La réévaluation des risques et fragilités en cours de séjour	La réévaluation des risques existe et se concrétise au travers des grilles d'évaluation du risque de chutes, du risque d'escarres, du risque de dénutrition, de l'élaboration du PP	
-Les modalités de recueil des avis des personnes mal ou non communicantes	Le cadre de sante (CS) ou l'IDE trouvent le moyen d'entrer en communication avec la personne de par sa formation. Le CS s'adapte au handicap, observe les attitudes verbales, réajuste sa communication, écrit s'il le faut, reformule. Le CS note les réactions de la personne	
-Le principe de liberté d'aller et venir	Le CSLD s'appuie sur la recommandation de la liberté d'aller et venir de l'ANAES en 2000 ainsi que sur la recommandation sur la Bientraitance de l'ANESM de 2008 et puis encore sur celle de février 2009 concernant l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer.	
-Le projet d'établissement et la restriction du principe d'aller et venir		Formaliser (lors du bilan d'étape de la réalisation des objectifs du projet d'établissement) la restriction du principe d'aller et venir pour les résidents qui sont hébergés dans les unités sécurisées
-L'analyse des bénéfiques/risques dans le projet défini avec le résident	Cette analyse est réalisée dès qu'elle est nécessaire à l'aide du formulaire adéquat.	
-La liberté de fumer en dehors des lieux communs	Le CSLD est classé dans la catégorie des établissements de santé et toutes les chambres sont équipées en oxygène, donc, pour raison de sécurité, il est interdit de fumer dans les	

	chambres.	
-La réflexion sur la liberté sexuelle	Le CSLD ne rencontre pas de problématique et les échanges qui ont eu lieu à ce sujet démontrent que si les personnes sont en capacité et sont consentantes, personne ne trouve rien à redire.	
-La formation	Des formations sur les diverses pathologies et leur prise en charge spécifique sont régulièrement inscrites au plan de formation et leur impact est mesuré au regard des pratiques professionnelles	
-La veille informative et les bonnes pratiques professionnelles	Le cadre supérieur de santé assure la veille réglementaire concernant les recommandations professionnelles produites par l'ANESM, l'HAS et tout ce qui concerne les bonnes pratiques de soins. En tant que gestionnaire des risques associés aux soins et de par la présence d'un médecin hygiéniste et d'une IDE hygiéniste, la réglementation pour la lutte contre les infections nosocomiales est connue et suivie.	
-L'organisation du travail	L'organisation du travail part d'un planning élaboré avec un nombre suffisant de compétences dûment réparties sur les différentes charges de travail. Les fiches de tâches sont écrites. La planification des groupes de toilette est effective. L'entretien des chambres est organisé ainsi que la traçabilité de l'entretien. Des effectifs supplémentaires ont été mis à disposition pour assurer la sécurité des soins et améliorer les conditions de travail des agents.	
-La charte Bientraitance	LE CSLD s'appuie sur la recommandation « Bientraitance » de l'ANESM. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est remise aux résidents en systématique ainsi qu'aux personnels. Les principes de la philosophie de l'Humanité sont prégnants au CSLD, toutefois, la charte Bientraitance n'est pas rédigée !	La charte « Bientraitance » n'est pas rédigée
-Le référent Bientraitance	-La fiche de poste du cadre supérieur de santé (CSS) la désigne comme étant la garante de la Bientraitance au sein du CSLD. Le CSS a suivi les formations adéquates.	

La qualité de vie au travail		
-Les outils de mesure de la qualité de vie au travail	<p>Les outils de mesure sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les entretiens individuels d'évaluation dans lesquels les personnels expriment leur satisfaction sur les améliorations apportées à leurs conditions de travail -Les représentants du personnel au CTE qui travaillent de concert avec l'équipe de direction -Le médecin du travail qui entend les constats des agents vus pour la visite médicale 	Il manque une enquête de satisfaction à destination des personnels
La qualité du lien entre professionnels et usagers		
-L'implication des familles dans la prise en charge	Un référent familial est désigné par le résident. Les proches sont libres de venir à l'heure souhaitée. Ils sont sollicités pour les RDV extérieurs. Le PP peut être renseigné avec l'aide du référent familial si le résident le souhaite. Les familles sont invitées pour les anniversaires.	
-Un temps dédié de psychologue	De mai 2010 à mai 2012, cela était possible avec la présence à mi-temps d'une neuropsychologue.	Il manque du temps de psychologue qui soit dédié aux familles
-Du temps formalisé de rencontres avec les familles	Les proches des résidents sont rencontrés au fil de leurs visites à leurs parents. Une réunion a eu lieu en septembre 2009	Une réunion des familles est planifiée le 10 décembre 2013.
-Un lieu privilégié à destination des familles	2 salles ont été créées et mises à disposition pour des moments conviviaux	Il manque une information suffisamment détaillée car depuis la mise en place, de nombreux nouveaux résidents sont arrivés
-Favoriser les liens avec la famille éloignée	Le téléphone, la messagerie internet sont utilisés.	
La vie sociale		
-S'assurer de ressources suffisantes pour la personne	Le CSLD se mobilise pour que le résident dispose de ressources nécessaires à ses besoins fondamentaux.	
-Mise à disposition d'un point de commerce	Les résidents interrogés ne souhaitent pas la mise à disposition d'un point de commerce car le CSLD est situé à proximité immédiate du centre ville.	
La gestion des risques de maltraitance		
	La question de la Bienveillance est abordée dans le projet d'établissement et dans le livret d'accueil. Les RBPP de l'ANESM y sont rappelées.	
-La procédure de	LA FEI a été mise en place en 2010 et	

maltraitance	sert à signaler un incident de maltraitance. Le CSLD a signé un protocole de signalement de cas de maltraitance fin 2012 et une fiche de remontée des informations doit être jointe.	
-Actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la Bientraitance	Le plan de formation prévoit tous les ans une formation Bientraitance. Plusieurs journées de formation sur les droits fondamentaux des résidents ont été dispensées en 2012 et 2013 par le précédent directeur et le Cadre supérieur de santé. Le n°d'allo maltraitance est diffusé.	
Rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance		
	L'équipe de direction est formée aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM dont celle de décembre 2008 qui définit la mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement. Cette équipe est très vigilante par rapport à l'application de ces recommandations	

3.4.1) Les effets constatés pour les usagers et la pertinence des activités déployées

-L'avis des professionnels

Les professionnels constatent que de nombreuses actions ont été mises en place concernant la Bientraitance au sein de l'établissement. La recommandation cadre de l'ANESM sert de référence ainsi que celle sur l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer.

Les personnels savent que tout doit être mis en œuvre pour que les résidents s'expriment, soient entendus, soient pris en soin suivant les bonnes pratiques professionnelles et dans le respect de la réglementation.

Ils savent également que tout acte de maltraitance doit être signalé et ils remplissent à ce moment là une FEI. Ils savent que tout acte de maltraitance engendre une action de la part de l'équipe de direction.

Même si la promotion de la Bientraitance passe par une sorte de « pression » mise aux personnels, celle-ci se transforme en vigilance dont les effets bénéfiques auprès des résidents sont constatés.

-L'avis des résidents

La question de la promotion de la Bientraitance n'a jamais été posée en tant que telle aux résidents. Toutes les RBPP ont été mises à disposition des personnels.

Toutefois, l'on n'imagine pas que les résidents ne puissent pas être satisfaits des actions mises en place sur le sujet. Les 93,1% de satisfaction sur le sentiment de sécurité qu'ont les résidents englobent très certainement le sentiment d'être bien-traités.

3.5) Synthèse de la grille n°5 : PROJET D'ETABLISSEMENT ET OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT A ET SUR SON ENVIRONNEMENT

<p>EHPAD DU CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE LUZY</p>	<p>SYNTHESE GRILLE N° 5 : LE PROJET D'ETABLISSEMENT</p>	<p>SYNTHESE réalisée la semaine du 16/9 au 22/09/2013</p>
--	---	---

THEMES	FORCES	FAIBLESSES
<p>Les modalités de mise en œuvre</p>		
	<p>Le Projet d'établissement (PE) a été rédigé en septembre 2011. Il couvre la période 2012-2016. Il prend en compte le SROS et le Projet médical de territoire.</p>	
<p>-Elaboration du PE</p>	<p>Le PE a été élaboré suivant la recommandation de l'ANESM de 2009. Il a été approuvé en conseil de surveillance le 16/11/2011. Il a été présenté à tous.</p>	<p>Il manque la mise à disposition aux agents du document papier.</p>
<p>La participation active des parties prenantes</p>	<p>Des groupes de travail interdisciplinaires ainsi que les membres du CVS ont été associés à l'élaboration. De nombreuses conventions ont été signées avec des partenaires de soins.</p>	
<p>-La participation des bénévoles et des stagiaires</p>		<p>Les bénévoles n'ont pas été associés à l'élaboration du PE ni les stagiaires, ce qui semblait peu légitime pour ces derniers.</p>
<p>-L'expression et la participation des usagers dans le PE</p>		<p>Il n'est pas fait mention du CVS, alors que celui-ci fonctionne normalement.</p>
<p>Organisation des activités dans le PE</p>		
<p>-Les activités représentant l'offre de services</p>	<p>Le PE décrit l'organisation interne de l'offre de services au travers du Projet médical, du Projet de soins infirmiers, du Projet hôtelier, du Projet architectural.</p>	
<p>-La référence du processus d'admission dans le PE et les liens entre les différents volets techniques</p>	<p>Le processus d'admission est décrit dans le projet médical et le projet de soins IDE. Les différents projets s'articulent entre eux. A noter que le projet médical s'est basé sur le projet de soins IDE.</p>	
<p>-L'adéquation des objectifs du PE avec les moyens</p>		<p>Objectifs pas tout à fait en adéquation au moment de la rédaction mais anticipation sur la signature de la CTP et</p>

		reconnaissance depuis, par les autorités de tarification, d'une enveloppe soins insuffisamment abondée.
-Partenariat et ouverture	Nombreuses conventions de partenariat ont été passées	La convention avec le laboratoire de prélèvements biologiques n'est pas finalisée
-La création de ressources externes	L'équipe de direction a sollicité plusieurs partenaires, ce qui a abouti à la signature des dites conventions citées précédemment	
-L'explication de la gestion des paradoxes		L'explication n'est pas donnée dans le PE
Les professionnels et les compétences mobilisées		
-Le volet social	Le PE intègre un volet social élaboré par les personnels. Ses axes sont clairement définis.	
-Le plan d'actions, les fiches action des nouvelles prestations	Les plans d'actions sont établis pour la quasi-totalité des projets	Les fiches actions ne sont pas établies Un plan d'action global n'est pas établi
-L'anticipation de l'évolution des fonctions professionnelles et leur impact	Les études promotionnelles sont encouragées, de même que les formations continues. Leur impact est mesuré par le CTE	
Les axes d'ouverture		
-La position en qualité d'acteur local	Le CSLD est un élément moteur dans l'offre de soins locale et constitue une référence en matière de partenariat.	Il manque un journal interne
-L'attention portée aux projets existant sur le territoire	Le CSLD a, en mai 2103, rencontré des interlocuteurs intéressés par la création d'un FAM à LUZY. Il s'est rallié au groupe projet « Bien vieillir ». Il s'intègre dans la mise en place du pôle gérontologique piloté par le Réseau Émeraude.	
-L'analyse de l'opportunité du rapprochement entre établissements	Le CSLD fait partie de la CHT de l'agglomération de Nevers. Un rapprochement avec la clinique du Morvan située dans les murs du CSLD est en cours en septembre 2013.	
-Favoriser les contacts avec l'extérieur	Des rencontres intergénérationnelles sont organisées par l'animatrice ainsi que des sorties sur LUZY. Le groupe « Bien vieillir » se réunit au CSLD et regroupe les agents du CCAS, de l'aide à domicile, etc.	
Interroger les prestations et les activités		
-Les opportunités	La Maison de santé pluridisciplinaire a	

d'ouverture des prestations proposées	été créée dans les murs du CSLD (02/2010). Le cabinet libéral des kinés et podologue, idem. Un GIP avec la clinique de Morvan est constitué	
-La collaboration avec les acteurs économiques	La cuisine du CSLD fournit les repas pour le portage à domicile et pour les enfants des écoles. L'animatrice fait intervenir de nombreux partenaires (école, bibliothèque, groupe local de danses, chanteuses locales)	
L'organisation interne des groupes de vie		
-La réflexion bénéfices-risques sur la sectorisation des publics	La réglementation concernant la prise en charge des patients d'USLD oblige à sectoriser ces personnes accueillies. Le choix a été fait (avec l'aide du CVS) de créer 2 unités de vie sécurisées pour les résidents désorientés.	
-Les activités sont-elles communes	-Les activités d'animation sont proposées à tous et adaptées aux personnes, comme la gym douce. Les anniversaires, les repas à thème sont destinés à tous.	
-La sécurisation des déplacements vers l'extérieur		-Il n'existe pas de procédure écrite qui permette de connaître le ration d'encadrement lors des sorties extérieures. -Le CSLD ne s'assure pas du respect des bonnes pratiques par les sociétés de transport sanitaires. il n'ya pas d'items concernant les transports sanitaires dans l'enquête de satisfaction
-La communication avec les représentants légaux quant à la sécurisation des personnes dans le respect des droits et libertés	Les représentants légaux sont informés des principes des droits et libertés	
Les leviers de l'ouverture		
-Le maintien des liens sociaux et familiaux	L'établissement est connu pour favoriser les liens sociaux et familiaux. Des résidentes qui ont participé à l'évaluation interne ont souligné ce principe.	
-La mise en œuvre des prestations qui garantissent l'ouverture vers l'extérieur	Les conventions de partenariat, l'accueil de nombreux stagiaires, les animations qui font appel à des intervenants locaux, les repas préparés pour l'extérieur, etc sont autant de preuves.	
-La mise à disposition d'outils technologiques	Depuis juin 2013, des démarches sont en cours pour équiper le CSLD de	

d'information et de communication	bornes WI-FI. 2 salons seront équipés afin de permettre aux résidents d'accéder à internet.	
-L'intervention des bénévoles	6 bénévoles interviennent dans le cadre du plan bleu. Le Service Evangélique des malades (SEM) intervient pour la messe et la visite aux résidents	Il n'existe pas de convention avec le SEM. Il n'existe pas de charte.
-La politique d'amélioration de l'accueil	La signalétique a été complétée. -Les locaux ont été rendus propres. -Le logo du CSLD figure sur le fronton de l'établissement. -Le livret d'accueil a été revu. -Une journée « portes ouvertes » a été organisée en mai 2011. -Les visites de pré-admission sont effectuées de façon systématique. -Les nouveaux arrivants sont accueillis et encadrés par un référent.	Le livret d'accueil à destination des nouveaux arrivants est en cours de finalisation
-Soutenir les professionnels dans la mise en place de l'ouverture	Le CSLD est un important lieu de stage reconnu par les instituts de formation. -3 agents sont en CUI. -Les nouveaux arrivants sont accompagnés par un référent dans leurs objectifs de stage. Une IDE est chargée du tutorat des étudiants en soins infirmiers.	
L'accès des professionnels à d'autres approches	De 2010 à mi 2013, les agents de l'EHPAD de Cercy la Tour sont venus rencontrer leurs collègues du CSLD et vice-versa. -Des cadres de santé du CH de Toulon sur Arroux, Château-Chinon ont visité le CSLD. -Une délégation de 9 agents de Châteauneuf sur Sarthe et de Morannes (49) est venue témoigner sur la formation Humanitude. - Les référentes en soins palliatifs rencontrent à St Saulge les collègues d'autres établissements, etc.	

3.5.1) Les effets constatés pour les usagers et la pertinence des activités déployées

-L'avis des professionnels

Les personnels ont été étroitement associés à la rédaction du projet d'établissement et cela leur a fait mesurer que le CSLD n'était pas un électron libre mais qu'il devait se référer à de nombreux partenaires et qu'il était soumis à de nombreuses injections règlementaires.

Les différents projets qui composent le Projet d'établissement ont permis aux personnels de comprendre comment l'on devait structurer la prise en charge des résidents et des patients du CSLD.

Les agents ont écrit leur projet social. Celui-ci met l'accent sur la valorisation de leurs compétences et de leurs carrières, le tout s'inscrivant dans une amélioration des conditions de travail, conditions qui permettront que s'améliorent les conditions de prise en soin des résidents.

-L'avis des résidents

Les résidents ont apprécié de participer à l'élaboration de leur Projet de vie au sein de l'institution. Ils ont été informés du contenu du projet d'établissement et l'ont validé lors d'un CVS.

Dans l'enquête de satisfaction de novembre 2012, les résidents expriment 91,4% de satisfaction concernant la prise en soin de manière générale.

3.6) Synthèse de la grille n°6 : STRATEGIE D'ADAPTATION A L'EMPLOI DES PERSONNELS AU REGARD DES POPULATIONS ACCOMPAGNEES

<p>EHPAD DU CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE LUZY</p>	<p>SYNTHESE GRILLE N° 6 : STRATEGIE D'ADAPTATION A L'EMPLOI DES PERSONNELS AU REGARD DES POPULATIONS ACCOMPAGNEES</p>	<p>SYNTHESE réalisée la semaine du 16/9 au 22/09/2013</p>
--	--	--

THEMES	FORCES	FAIBLESSES
<p>L'analyse des besoins en personnel</p>		
	<p>Une évaluation régulière des besoins en personnel est menée notamment, en 2010 dans le cadre de la demande d'un avenant à la CTP ainsi qu'à l'automne 2013 pour la nouvelle CTP.</p>	
<p>-Analyse de l'adéquation entre les moyens quantitatifs et qualitatifs et l'évolution des personnes accueillies</p>	<p>Un rapport d'étonnement rédigé par le précédent Directeur en mai 2009 a conduit l'établissement à recruter des effectifs supplémentaires pour assurer la sécurité de la prise en soin.</p>	
<p>-L'amélioration des connaissances</p>	<p>Le plan de formation est adapté à la population accueillie</p>	
<p>Définition et mise en œuvre d'une stratégie</p>		
<p>-La GPMC</p>	<p>La GPMC est assurée. Le tableau de formation est riche et valorise les compétences et les carrières.</p>	<p>L'ANFH nous recontactera pour l'utilisation de l'outil informatique « Gestform GPMC », destiné pour le moment aux gros établissements</p>
<p>-Le processus de recrutement et la mesure des écarts entre compétences de candidat et besoins de l'établissement</p>	<p>Un guide d'entretien est utilisé pour tout recrutement -Un CR d'entretien est réalisé sur le guide d'entretien</p>	<p>Le processus de recrutement ne fait pas partie d'une procédure écrite</p>
<p>Définition des missions</p>		
<p>-Les missions et le rôle de chacun</p>	<p>Les fiches de tâches sont réalisées pour les IDE, AS, ASH. -Les fiches de poste sont réalisées pour le CSS, le CS, et les personnels administratifs. -Les délégations sont rédigées pour le CSS, le CS et l'adjoint des cadres</p>	<p>Les fiches de poste des personnels administratifs sont à réactualiser. -Les fiches de poste des IDE, AS, ASH, cuisiniers, ouvriers, animatrice, lingères, agents en CUI ne sont pas rédigées. -Les fiches de tâches des IDE ne sont pas réactualisées -Les fiches de tâches des cuisiniers, des lingères, des ouvriers, des agents en CUI ne</p>

		sont pas rédigées
Le management d'équipe et l'organisation		
-Les nouveaux arrivants	<ul style="list-style-type: none"> -Les nouveaux arrivants sont accueillis, encadrés par des agents référents qui les accompagnent dans la réalisation de leurs objectifs. -Une évaluation est réalisée. -Le livret d'accueil du CSLD leur est remis 	Le livret d'accueil à destination des nouveaux arrivants est en cours de finalisation
-L'organisation du travail d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> -Des transmissions orales et écrites ont lieu à chaque changement d'équipe -Des réunions institutionnelles régulières sont planifiées -L'évaluation des pratiques professionnelles est organisée, notamment par le biais d'audits en hygiène, d'EPP menées dans le cadre de la certification du CSLD. -Le rapport d'activité médicale a été rédigé pour l'année 2012 ainsi que le rapport de la CSIRMT. -L'organisation du travail s'adapte sans cesse aux besoins des résidents -La politique d'ouverture du CSLD l'oblige à adapter son organisation en interne en conséquence 	
-L'avis des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> -Leur avis est recueilli à diverses occasions : réunions du vendredi, FEI, lors des entretiens d'évaluation, par le biais du CTE, lors du CVS par le représentant du personnel, au quotidien dans les couloirs. 	
-La formation continue	<p>A la lecture du plan de formation, on s'aperçoit que celui-ci est adapté à la nature des postes, aux besoins spécifiques et généraux des personnels, à l'évolution des pratiques professionnelles, aux besoins des populations accompagnées, aux exigences réglementaires et/ou sécuritaires et il prévoit également de nombreuses formations qualifiantes.</p>	
-Préparation et suivi des actions de formation	<ul style="list-style-type: none"> Le plan de formation est issu d'une logique répondant aux besoins des résidents, aux nécessités de compétences des agents, aux exigences réglementaires. -Ce plan de formation est corrélé aux souhaits d'évolution professionnelle exprimés par les personnels, le tout s'inscrivant dans la dynamique et 	

	l'évolution institutionnelle.	
-Le choix des prestataires	Les prestataires sont choisis de par leur capacité à répondre de façon pertinente au besoin exprimé. -Certains prestataires sont redemandés car la qualité de la prestation est assurée et permet de pérenniser une action de formation. -Une convention cadre signée avec le CH de Decize a permis d'optimiser le plan de formation	
-L'évaluation du personnel	Tous les entretiens d'évaluation ont été réalisés. A l'issue, un tableau récapitulatif des demandes de formation a été dressé.	
-Le soutien psychologique du personnel	-Une neuropsychologue présente de mai 2010 à mai 2012 accompagnait le personnel. -Un médecin du travail intervient au CSLD à raison d'une fois par mois depuis la mi 2012 -Une IDE du secteur psy assure un groupe de paroles	-Il manque un temps de psychologue au tableau des effectifs -Il manque le rapport annuel d'activité du médecin du travail
-La réflexion autour de l'ergonomie	La réflexion a eu lieu et a toujours lieu. C'est ainsi que, depuis 2009, de nombreux matériels ont été mis à disposition tant pour améliorer les conditions de vie des résidents que pour améliorer les conditions de travail des personnels. -La formation Humanitude a formé les personnels à la manutention grâce à des techniques simples et peu onéreuses.	
-La réflexion sur la qualité de vie	La réflexion a eu lieu et a toujours lieu. Les personnels ont participé à la rédaction du projet social et le plan d'actions prouve les intentions de l'établissement. -Le CHSCT a été réactivé en avril 2013 et ses demandes sont honorées.	
-Le document unique (DU) et son plan d'actions	Le DU a été réalisé en 2009 uniquement pour les cuisiniers et les ouvriers. Les agents du CHSCT se sont engagés à le finaliser. -Le plan d'actions de 2009 a été réalisé	Le document unique des risques professionnels est réalisé en partie seulement
Travailler en lien avec des réseaux		
-Les visites d'établissements -La mutualisation des	-Dans le cadre de la mission intérimaire du précédent Directeur sur l'EHPAD de Cercy la Tour, des visites, échanges de bonnes pratiques et mutualisation de	

connaissances -Les formations conjointes	formations ont eu lieu de 2010 à mars 2013. -Le CSS a été mise à disposition de cet EHPAD et cela a permis de nombreux échanges. -Les référents en soins palliatifs rencontrent plusieurs fois par an des collègues d'autres institutions à ST Saulge. -Idem pour les formations partagées au sein du CSLD avec le SSIAD Croix Rouge, la Clinique du Morvan. -Idem pour les ASG en formation à l'IRTESS à Dijon, etc.	
---	---	--

3.6.1) Les effets constatés pour les usagers et la pertinence des activités déployées

-L'avis des professionnels

Depuis 2009, les professionnels apprécient la politique de formation qui est menée dans l'établissement. Le plan de formation est axé sur les besoins en compétences des personnels, compétences qui se devaient d'évoluer afin de répondre aux besoins en soin des profils des personnes accueillies.

Les thèmes de formation continue, (Cf. le plan de formation), sécurisent les pratiques professionnelles et permettent de prendre en charge la dépendance des résidents.

Les formations qualifiantes, (IDE, AS, ASG, Cadre de santé, etc.) ont positionné le CSLD comme une référence pour les écoles de formation (IFSI IFAS, lycées professionnels).

Tous les agents se sont exprimés lors des entretiens d'évaluation et leurs suggestions ont été consignées par la Cadre supérieur de santé

Le CSLD est connu pour travailler en réseau et être ouvert sur l'extérieur, ce qui le fait apprécier de nombreux partenaires, partenaires avec lesquels, les personnels sont fiers de collaborer.

Difficulté rencontrée :

Le bémol est que le CSLD est « victime » de sa politique de formation car il doit tous les ans renouveler une partie des effectifs qui partent en formation.

-L'avis des résidents

L'on en revient toujours à l'enquête de satisfaction dont on peut analyser les différents items.

De façon générale et par le fait de côtoyer les résidents au quotidien, il apparaît que ces derniers se sentent bien dans l'établissement et sont contents lorsque les agents améliorent leurs pratiques professionnelles.

3.7) Synthèse de la grille n°7 : REFLEXION ETHIQUE

EHPAD DU CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE LUZY	SYNTHESE de la GRILLE N° 7 : LA REFLEXION ETHIQUE	SYNTHESE réalisée la semaine du 16/9 au 22/09/2013
T H E M E S	F O R C E S	F A I B L E S S E S
Pilotage de la structure		
-La dimension éthique dans le projet d'établissement (PE)	La dimension éthique est prégnante à la lecture du projet d'établissement dans lequel les concepts de « Bientraitance », « Respect », « Equité » sont mis en lumière. -L'éthique se retrouve au quotidien dans le traitement de problématiques rencontrées. -En page 20 du PE, la recommandation de l'ANESM « <i>Le questionnement éthique dans les ESSMS</i> » est citée.	La dimension éthique ne fait pas l'objet d'un volet spécifique dans le PE
-Un point important de la politique de l'établissement ?	L'éthique se retrouve au quotidien dans le traitement de problématiques rencontrées et la dimension éthique constitue en effet, un point important de la politique de l'établissement. -Le CSLD s'appuie sur la recommandation de l'ANESM citée ci-dessus.	C'est un réel paradoxe de constater que le PE n'a pas prévu de volet spécifique.
-La construction de la réflexion éthique	La réflexion éthique est innée pour l'équipe de direction	
Management		
-Management et stratégie	L'équipe de direction a clairement annoncé sa volonté de développer sa politique de démarche éthique : -le 4/06/2012, réponse donnée pour le recensement des comités d'éthique et souhait d'en créer un - le 3/07/2013 inscription de 3 personnels à la 3 ^{ème} Rencontre du Réseau COMETH	
- Management et organisation temps d'échanges	Tous les vendredis, réunion avec les personnels. Si une problématique est rencontrée, elle est traitée en équipe	
-Mise à disposition de tous des documents exposant missions et valeurs	Les documents sont mis à disposition. L'information est donnée. Les documents sont accessibles dans un endroit identifié par les personnels	Le projet d'établissement, le livret d'accueil des résidents, le futur livret d'accueil destiné aux nouveaux arrivants gagneraient à être mis à disposition dans la salle des personnels
-Plan de formation et réflexion éthique	Le 3/07/2013, inscription de 3 personnels à la 3 ^{ème} Rencontre du Réseau COMETH -Une journée départementale de réflexion éthique aura lieu le 5/12/2013 -Le CSLD participera également au 5 ^{ème} colloque de l'Espace de réflexion éthique	

	bourgogne/Franche-Comté du 22/11/2013	
-Le suivi des décisions éthiques	La décision prise suite à une réflexion éthique est réévaluée selon le besoin de la situation rencontrée et sa traçabilité est assurée.	
-Dossier de soins, accessibilité aux personnes concernées et traçabilité de la réflexion éthique	-Les dossiers de soins sont accessibles aux seules personnes concernées et le local est sécurisé. -Les infos concernant une réflexion éthique sont synthétisées et consignées à la fois dans le dossier médical et dans le dossier paramédical.	
-Accès des professionnels à des ressources extérieures	-Possibilité d'accéder à internet en plusieurs points -Le Réseau EMERAUDE constitue un réseau ressource -Le CSLD est abonné à des revues professionnelles pour IDE, AS	
-Les démarches de la direction pour s'informer sur la réflexion éthique	-Inscription de 3 personnels référents pour la démarche de réflexion éthique le 3/07/2013. -Réseau EMERAUDE a pour projet la création d'un Comité d'Ethique commun à tous les EHPAD de la Nièvre	
Instance chargée de la réflexion éthique		
-Le traitement des questions éthiques	Les questions éthiques sont traitées lors d'échanges, que ce soit, aussi bien au niveau des instances, lors des transmissions, des réunions de la CSIRMT, ou au quotidien de façon informelle. Les décisions sont toujours tracées	
-L'existence d'une instance chargée de conduire la réflexion en interne ou partagée avec une structure	-Le projet de création d'une instance de réflexion éthique est en cours depuis juin 2012 et commence à se concrétiser depuis juillet 2013. -Un Comité d'éthique partagé avec le Réseau EMERAUDE est en train de voir le jour depuis juillet 2013. -Une journée départementale de réflexion éthique aura lieu le 5/12/2013 -Le CSLD participera également au 5 ^{ème} colloque de l'Espace de réflexion éthique bourgogne/Franche-Comté du 22/11/2013	Il n'existe pas d'instance, encore officielle, chargée de conduire la réflexion éthique en interne (Finalisation prévue pour mars 2014)
-Les questions Q16 à Q 25 concernant l'instance de réflexion éthique (organisation, animation de l'instance, communication autour de l'instance, moyens et		13 fiches action ont été constituées dans l'optique de la mise en place d'un Comité d'Ethique

ressources, évaluation) n'ont pas été traitées puisque l'instance n'existe pas et se trouve à l'état de projet.		
---	--	--

3.7.1) Les effets constatés pour les usagers et la pertinence des activités déployées

-L'avis des professionnels

Même si un « Espace de réflexion éthique » au moment de l'évaluation interne n'est pas constitué en tant qu'instance officielle, les personnels savent que la réflexion éthique est au cœur de la politique de mangement.

De façon naturelle, toutes les problématiques, qu'elles concernent les résidents ou bien les personnels, sont envisagées sous l'aspect déontologique et éthique.

Aucune situation n'est traitée de façon subjective et arbitraire.

L'équipe de direction explique aux personnels que toute décision est prise après concertation de nombreux partenaires, en se donnant le temps de réflexion, en acceptant de revoir une situation sous un angle philosophique par exemple, en intégrant différents éléments, etc.

-L'avis des résidents

Leur avis n'est pas recueilli en tant que tel mais l'éthique et la déontologie étant au cœur de la prise en soin, l'approche de la personne accueillie s'en trouve forcément améliorée. Il nous restera à mesurer le degré d'amélioration lors d'une prochaine enquête de satisfaction.

IV) LE NIVEAU D'INTEGRATION DES RBPP

Les RBPP de l'ANESM sont utilisés comme références pour manager la prise en soin des résidents.

Tous les personnels ont suivi la formation : « *Sensibilisation à la mise en œuvre et à la conduite de l'évaluation interne* » en 2012 et 2013 et les RBPP leur ont été présentées en détail.

Toutes les RBPP ont été mises à disposition des personnels.

Si l'équipe de direction s'est appropriée ces RBPP et les a diffusées (formation et mise à disposition), il reste encore, pour les professionnels, du chemin à parcourir pour les intégrer à leur pratique quotidienne.

V) LE PLAN D' ACTIONS

5.1) Présentation du plan d'actions

- Les actions d'amélioration sont présentées par grille thématique. Ces actions correctives ont été priorisées (priorité basse, moyenne ou haute) comme il l'a été notifié sur chaque fiche action. Des personnes référentes de l'action à mettre en place ont été désignées.
- Les résultats attendus ont été notifiés sur les fiches action
- Les indicateurs de suivi et de résultats ont également été définis ou le seront en fonction de l'état d'avancement de l'action. Ces indications se retrouvent sur chaque fiche action.

Ce sont les indicateurs de l'ANESM, tels qu'ils figurent dans la RBPP : « *L'évaluation interne, repères pour les EHPAD* », de février 2012, qui seront utilisés car ils sont parfaitement adaptés au besoin de l'établissement.

- + Taux de contention passive
- + Taux de réponses apportées aux demandes du CVS
- + Taux évaluations de la douleur
- + Taux de résidents ayant chuté
- + Taux d'escarres acquises dans l'EHPAD
- + Taux de résidents pesés une fois par mois
- + Taux évaluation des troubles de l'humeur/comportement
- + Taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués
- + Taux d'hospitalisation en urgence
- + Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre 2 évaluations
- + Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre 2 évaluations
- + Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement
- + Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées
- + Taux de résidents isolés
- + Taux de recueil des souhaits de fin de vie

5.2) Le calendrier du déploiement du plan d'actions

Les actions correctives ont été planifiées en regard de leur degré d'importance mais également en corrélation avec le Plan d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) réalisé en novembre 2013, pour la partie USLD.

Un Plan global d'actions d'amélioration sera rapidement présenté au groupe projet début 2014, en même temps que la présentation des résultats de l'évaluation interne.

Les échéances seront validées avec le groupe projet.

Les responsables de la mise en œuvre des actions correctives ont tous été identifiés et sont missionnés pour conduire ces actions.

5.3) Moyens mobilisés pour la mise en œuvre du plan d'actions

Comme le Centre de soins de Longue Durée de LUZY est un établissement sanitaire car il compte 30 lits d'USLD, il est soumis à la certification de la HAS. La visite de certification par les experts-visiteurs aura lieu du 22 au 25 avril 2014.

Aussi, comme l'évaluation interne de la partie EHPAD, et que l'auto-évaluation, pour la partie USLD ont été menées l'une à la suite de l'autre, de nombreuses actions prioritaires sont à mettre en place.

L'équipe de direction, soucieuse de mener ce plan d'actions à terme, déploie toutes ses compétences pour accompagner ce projet ambitieux.

Les professionnels, dont beaucoup sont investis dans des missions spécifiques, ont à cœur de participer à l'amélioration des conditions de prise en soin des Résidents.

C'est donc dans un contexte particulièrement studieux et responsable que l'engagement du CSLD de LUZY dans la démarche d'amélioration des conditions de vie, d'accompagnement et de soins va se poursuivre.

Le Cadre supérieur de santé
Marie-Laure PEYRARD

Le Directeur
Jean-Marc SCHWOB