



Sécurité et qualité dans le secteur personnes âgées

Produire des indicateurs de qualité associés à
des indicateurs de résultats

Dossier de Presse

Conférence du 2 avril 2009 à 11h

Contacts presse

Cédric Lussiez,
Directeur de la communication - FHF
Tél. : 01 44 06 85 22 E-Mail : c.lussiez@fhf.fr

Marine Al Dahdah,
Chargée de communication - FHF
Tél. : 01 44 06 84 33 E-Mail : m.aldahdah@fhf.fr

Sommaire

Quelques repères	3
Les chiffres clés du grand âge.....	3
Les Français et la prise en charge de la dépendance	3
La FHF et le secteur médico-social public en quelques chiffres.....	4
Le processus de conventionnement.....	4
La mise en œuvre de la tarification GMPS	4
La circulaire budgétaire 2009	5
Dans les rapports.....	5
PARTIE 1 - LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES.....	6
PARTIE 2 - DES RECOMMANDATIONS DE BIEN-TRAITANCE A LA VIE QUOTIDIENNE DES ETABLISSEMENTS	8
1. L'action médicale et soignante en gériatrie	8
2. Les recommandations de bonnes pratiques pour répondre aux besoins.....	8
3. La réalité du terrain : étude sur le différentiel « soins requis/soins réalisés »	9
Fiche 1 - Soins d'hygiène	11
Fiche 2 - Continence	12
Fiche 3 - L'Alimentation.....	13
Fiche 4 – sécurité pour le résident et prévention de la perte d'autonomie	14
Fiche 5 – Soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie	15
Nos propositions	16
Repenser les modèles.....	16
Suivre une démarche d'amélioration de la qualité associant les moyens et les résultats et appliquer le Plan Solidarité Grand Age	16
Manager différemment le secteur médico-social	18
Organiser une véritable politique de santé publique pour nos aînés.....	19
Pour un droit universel à la compensation de la perte d'autonomie :	19
Permettre le libre choix d'une prise en charge à domicile ou en établissement.....	19
Assurer une véritable transparence sur l'offre en EHPAD	20
ANNEXE I- Recommandations publiées par l'ANESM	21
ANNEXE II – MODELE DE TABLEAU DE BORD / INDICATEURS.....	22

Quelques repères

Les chiffres clés du grand âge

- ❖ 1,1 million de personnes âgées de 85 ans et plus. Dans dix ans, elles seront près du double. *(Source : Ministère délégué aux Personnes âgées)*
- ❖ En 2040, on comptera environ 1,2 million de personnes âgées dépendantes, soit une progression de 43% par rapport à 2000 *(Source : Ministère délégué aux Personnes âgées)*
- ❖ Une offre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui n'augmente pas assez vite par rapport au nombre des personnes âgées *(source DREES, rapport de la Cour des comptes)*. En trois ans, on est ainsi passé de 132 places d'hébergement pour mille personnes âgées de 75 ans ou plus à 129, malgré la création de six-mille places. En outre, cette offre est très hétérogène selon les départements.
- ❖ Les maladies neuro-dégénératives (Alzheimer, Parkinson, et maladies apparentées) touchent environ 12% des personnes de plus de 70 ans. 850 000 personnes sont actuellement atteintes d'une maladie altérant le fonctionnement du cerveau. 225 000 nouveaux cas sont découverts chaque année. Plus d'un français sur quatre a au moins un parent touché par une maladie du cerveau. Ces maladies sont à l'origine de 70% des admissions en institution. *(Ministère délégué aux Personnes âgées)*
- ❖ Il existe aujourd'hui en France 87 000 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), 610 000 places en maisons de retraite dont 390 000 en maisons de retraite médicalisées. *(Ministère délégué aux Personnes âgées)*

Les Français et la prise en charge de la dépendance

- ❖ 55% des Français déclarent être ou avoir déjà été confrontés à la dépendance d'un proche.¹
- ❖ 68% des Français estiment qu'à l'heure actuelle la prise en charge des personnes âgées par les pouvoirs publics n'est pas satisfaisante.²
- ❖ 86% des Français estiment que les places disponibles en maison de retraite sont insuffisantes.³
- ❖ 69% des Français déclarent être dans l'incapacité d'assumer le coût d'hébergement en maison de retraite.⁴
- ❖ 32% des Français soupçonnent des situations de maltraitance en maison de retraite.⁵

¹ Sondage Ocirp-France Info- Octobre 2008 : http://www.franceinfo.com/IMG/pdf/Conclusions_Barometre_Dependance.pdf

² Sondage TNS-Sofres/FHF « Les Français et le grand âge » mai 2007 : http://www.fhf.fr/presse/dossiers_presse.php#

³ Sondage TNS-Sofres/FHF « Les Français et le grand âge » mai 2007 : http://www.fhf.fr/presse/dossiers_presse.php#

⁴ Sondage TNS-Sofres/FHF « Les Français et le grand âge » mai 2007 : http://www.fhf.fr/presse/dossiers_presse.php#

- ❖ Seuls 27% des Français sont capables d'estimer la durée moyenne quotidienne nécessaire à la prise en charge d'une personne dépendante.⁶

La FHF et le secteur médico-social public en quelques chiffres

- ❖ 100.000 lits de maison de retraite rattachées aux hôpitaux (EPS)
- ❖ 120.000 lits de maison de retraite autonomes (EPSMS)
- ❖ 8.000 places de SSIAD
- ❖ 95% des 83.000 lits de long séjour, appelés pour 60 % environ à intégrer le secteur médico-social

Le processus de conventionnement

Chiffres au 31 décembre 2008 – Source Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (tous secteurs confondus public, privé, associatif)

Nombre total de conventions tripartites signées : 6 909 conventions

Nombre total de places conventionnées : 549 253 soit 97,3% du nombre total de places

La mise en œuvre de la tarification GMPS

La tarification GMPS correspond à une modalité de fixation de la dotation « soins » des établissements calculées sur la base des outils AGGIR et PATHOS. Ces outils permettent de déterminer un nombre points dits « points GMPS » qui sont fonction de la charge en soins requis par les résidents.

La valeur du point est fixée chaque année par les pouvoirs publics. Il est important de préciser que la valeur du point n'est pas corrélée avec le coût de la prise en charge.

Il s'agit ainsi, par le biais de la tarification GMPS, d'allouer les crédits disponibles (enveloppe limitative) selon une clé de répartition tenant compte de la charge en soins d'un EHPAD.

La mise en œuvre de cette modalité de tarification a permis pour les établissements tarifés sur la base de cet outil une augmentation très substantielle des dotations soins. Aujourd'hui, la question de la montée en charge de ce processus de tarification est posée. Le rythme d'entrée dans le dispositif est très lent et la visibilité sur le financement à moyen et long terme de ce dispositif est fortement questionnée.

Nombre de places tarifées sur la base du GMPS : 171 351 places soit 30% des places seulement

Nombre de conventions tripartites signées sur la base de ce mode de tarification : 1 623

⁵ Sondage TNS-Sofres/FHF « Les Français et le grand âge » mai 2007 : http://www.fhf.fr/presse/dossiers_presse.php#

⁶ Sondage Ocirp-France Info- Octobre 2008 :

http://www.franceinfo.com/IMG/pdf/Conclusions_Barometre_Dependance.pdf

La circulaire budgétaire 2009

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 poursuit la mise en œuvre du processus de convergence tarifaire intra-sectoriel.

La conséquence directe pour les établissements dont la dotation soin est supérieur au plafond : une évolution de la dotation 2009 bloquée à + 0,5 et un retour au plafond à échéance 2016 par diminution progressive des moyens en soins.

496 établissements sont concernés représentant 44 000 places tous secteurs confondus (public/privé/associatif)

Sur ces 44 000 places, 65% sont des places du secteur public (40% établissements rattachés et 25% établissements autonomes)

Soit une diminution des moyens en personnel soignant en raison de la convergence pour 28 600 places publiques.

Dans les rapports...

« Au-delà de l'aspect quantitatif des taux d'encadrement en personnels, la Cour estime insuffisant le suivi de l'évolution de la qualité de la prise en charge dans les EHPAD... **La Cour préconisait un suivi national au volet qualité de la réforme, un pilotage plus directif autour de quelques objectifs « qualité » associés à des indicateurs de résultat et un accompagnement des services dans la mise en œuvre du renouvellement des conventions tripartites dites de seconde génération.** » (Extrait du rapport 2009 de la Cour des Comptes)

« Le vieillissement progressif de la population française et l'accroissement des situations de dépendance physique et psychique qui en résulte constituent un phénomène lourd que toutes les projections démographiques confirment... Il s'agit d'un défi médical, social et financier encore largement sous-estimé... » (Extrait du rapport 2005 de la Cour des Comptes)

« **Au total entre 2005 et 2015, ce sont entre 342 000 et 360 000 postes qui seront à pourvoir, d'où l'importance de renforcer l'attractivité des métiers de la prise en charge des personnes âgées...** » (Extrait du Rapport de la mission « prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes » Le Bouler 2006)

PARTIE 1 - LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

Depuis 2002 les établissements et services sociaux et médico-sociaux ont l'obligation de procéder à une évaluation de leur activité. Ce principe est très inégalement appliqué par un manque de moyens et un manque de volonté politique.

Ainsi les premières conventions tripartites ont été élaborées à partir d'un référentiel appelé « Angélique » qui permettait de façon très simple de déterminer les niveaux qualitatifs qu'avaient atteint les EHPAD. Le renouvellement des mêmes conventions tripartites s'est fait sans procéder à l'évaluation de ces conventions.

On peut s'interroger comme le fait la Cour des Comptes sur la démarche qualité portée par les pouvoirs publics alors même que l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité pour les établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) procède à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques ambitieuses mais « décontextualisées » ou « déconnectées » des démarches de contractualisation engagées. (ANNEXE I- Recommandations publiées par l'ANESM).

Dans le même temps, le Plan Vieillesse et Solidarités (novembre 2003) a permis des avancées très significatives permettant une augmentation très sensible des ratios de personnel au lit des résidents :

A la fin de 2006 près de 80 % des places en maisons de retraite ont bénéficié d'une convention tripartite et aujourd'hui en 2009 ce sont 97 % des établissements qui sont conventionnés. Reste la question du taux d'encadrement cible sur lesquels les difficultés perdurent.

Le nouveau mode de tarification sur la base de l'outil PATHOS représente également une avancée importante, mais ce dispositif ne touche que 30% des places fin 2008.

En effet l'entrée en maison de retraite survient de plus en plus tard dans un état de dépendance plus avancé. Les personnes âgées ont donc de plus en plus besoin non seulement d'aide pour les gestes quotidiens mais aussi de soins médicaux. Face à cette évolution, les effectifs notamment en personnel soignant restent un problème aigu : le PSGA notait qu'à l'occasion du renouvellement des conventions tripartites, **il faudrait passer d'un ratio de 0,57 pour 1 résident tous personnels confondus à 0,65 pour un résident. En outre pour les personnes âgées les plus malades le ratio serait augmenté de 1 professionnel pour 1 résident.**

Or on le verra plus loin, l'avancement des conventions tripartites n'a pu permettre ces avancées faute d'un financement suffisant du PSGA et l'objectif de progression devient caduque en 2009 si le principe de convergence intra-sectorielle est maintenu.

Aujourd'hui la situation est relativement méconnue du fait de l'absence de chiffres fiables remontant de la CNSA. Le manque de système d'information global sur le secteur permettant une vision claire des moyens et de l'utilisation des crédits affectés à la compensation de la perte d'autonomie (par

l'assurance maladie, les conseils généraux mais également les usagers eux-mêmes) est un frein à la progression de tout un secteur.

Toutefois, il semble que l'on puisse indiquer que les EHPAD présentent **des taux d'encadrement soignant⁷** (AS/AMP/IDE) suivants :

- **Moyenne sur l'ensemble des EHPAD adossés à des établissements de santé : 0,27 soignants/résident**
- **Moyenne sur l'ensemble des EHPAD autonomes : 0,25 soignants/résident**
- **Les établissements dont les taux d'encadrement sont les plus élevés, la charge en soins la plus grande également, sont des établissements publics. Cela même qui sont directement impactés par la convergence tarifaire.**

Depuis plusieurs années un certain nombre d'organismes et de médias font état des difficultés rencontrées en maisons de retraite. La DGAS et la DGS ont communiqué aux établissements au printemps 2004 un recueil de recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD⁸ (réactualisation octobre 2007) sans en informer les DDASS et les DRASS. La Cour des Comptes explicite dans son rapport de 2005 « **qu'il n'est pas certain que la publication de tels documents théoriques soit appropriés aux besoins opérationnels des directeurs d'établissements et des services déconcentrés** ». « **Ainsi cinq ans après la parution du cahier des charges la démarche d'amélioration de la qualité des EHPAD n'a progressé que lentement.** »

Cependant, le Plan Solidarité Grand Age porté en juin 2006 se donnait pour objectif de doter tous les établissements d'une véritable politique qualité dans les cinq ans à venir :

- En transformant le Comité national d'évaluation sociale et médico-sociale en une l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité pour les établissements sociaux et médico-sociaux.
- En développant une démarche qualité à l'occasion du renouvellement des conventions tripartites.
- En demandant à tout projet d'établissement, une politique d'évaluation interne et une démarche d'amélioration de la qualité.
- En soutenant une politique de labellisation « qualité » par les grandes fédérations du secteur : ce travail a été entrepris par les fédérations qui ont mis au point des référentiels dont les résultats ne sont pas encore reconnus par les pouvoirs publics.

Or, force est de constater que par manque de moyens, les DDASS n'ont pu réaliser systématiquement ce travail et le premier questionnaire qualité dit « Angélique » n'a pas été mis en œuvre dans les établissements faute de temps, de formation et de volontarisme des pouvoirs publics. Il est bien clair que les recommandations de bonnes pratiques ne peuvent suffire à conduire une démarche qualité globale au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.

Constatant les grandes difficultés du secteur et l'absence de coordination entre les différents acteurs la FHF et le SNGC souhaitent présenter les premiers travaux sur les indicateurs qualité. Ce travail a été réalisé sur la base des recommandations éditées par la DGAS, ces outils d'évaluation ont été proposés sur le terrain.

⁷ Source CNSA – chiffres 31.12.2009 Base SAISEHPAD

⁸ Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – DGAS/SFGG – Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Octobre 2007

PARTIE 2 - DES RECOMMANDATIONS DE BIEN TRAITEMENT A LA VIE QUOTIDIENNE DES ETABLISSEMENTS

1. L'action médicale et soignante en gériatrie

L'action soignante en gériatrie a toujours été difficile, car sans moyen à la hauteur des enjeux par méconnaissance ou par peur. Longtemps, le regard collectif porté sur la vieillesse n'a retenu que « le vieux dément grabataire » ainsi stigmatisé, isolé, et laissant à quelques uns la charge de s'en occuper.

Avec le patient devenu usager/client ayant des droits, et l'émergence de la notion d'éthique, le regard porté sur le très grand âge s'est modifié.

Si, indéniablement, de réels progrès ont été accomplis dans le développement de la gériatrie ces dernières années, les institutions médicosociales font toujours peur, restent sous dotées en moyens et sont des lieux toujours vécus, y compris par la communauté gériatrique elle-même, comme des lieux de « bout de chaîne ».

Les travaux ayant conduit à l'élaboration du Plan solidarité grand âge (PSGA) ont pu faire croire qu'enfin le « vieux » était aussi un citoyen qui devait recevoir des soins à la hauteur de ses besoins.

Mais dans un temps où les contraintes économiques et les enjeux éthiques sont forts, les soignants en gériatrie sont actuellement en grande difficulté, stigmatisés par les médias, non soutenus par les autorités de tutelle. Le PSGA est loin et la circulaire budgétaire concernant les établissements médicosociaux qui vient d'être publiée nous fait craindre le pire.

Les professionnels de la gériatrie se sont inscrits dans les démarches évaluatives et de qualité qui permettent une analyse des pratiques professionnelles et leur amélioration (certification HAS et /ou démarche Angélique).

2. Les recommandations de bonnes pratiques pour répondre aux besoins

De nombreuses recommandations et protocoles de prise en charge ont été publiés et validés par la HAS, sous l'impulsion de la Société Française de Gériatrie et Gériatrie (SFGG) qui a joué son rôle.

Parmi ces recommandations qui guident le travail dans les institutions médicosociales nous pouvons retenir :

- « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD » publiées en octobre 2007, conjointement par la DGAS et SFFG
- « Les recommandations pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés » publiées par l'ANESM en février 2009

Nos tutelles sont donc parfaitement informées des exigences de qualité requise et, avec les signatures des premières conventions, disposent d'une photographie exacte des moyens de chaque établissement.

Les gériatres de terrain savent, comme cela est inscrit dans les recommandations, que la personne âgée malade est singulière, qu'elle présente des problèmes de santé complexes qui nécessitent une approche pluridisciplinaire, et que ces besoins se déclinent dans deux champs :

- Les besoins fondamentaux minimaux
 - Se laver
 - S'habiller
 - S'alimenter
 - Se déplacer
 - Communiquer

- Les besoins de compensation des handicaps liés aux maladies chroniques
 - Handicaps locomoteurs (*origine neurologique, orthopédique, rhumatologique*)
 - Handicaps psychiques (*origine neuro dégénérative ou psychiatrique*)
 - Handicaps sensorielsCes trois domaines recouvrent exactement les besoins fondamentaux.

3. La réalité du terrain : étude sur le différentiel « soins requis/soins réalisés »

- **Grille de lecture des fiches thématiques proposées**

Ces fiches thématiques ont pour principal objectif de rendre lisible pour les usagers et les familles le niveau de prestations auquel s'attendre en EHPAD. Elles ont été travaillées à partir de retour de terrain par des cadres soignants et des médecins pour un profil EHPAD dont la charge en soins est importante.

Il est important de préciser les clés de lecture qui doivent guider l'interprétation de ces fiches.

- Les recommandations énoncées dans le premier cadre de la fiche sont tirées du guide « les bonnes pratiques de soins en EHPAD » (DGAS/SFGG – octobre 2007)

- La colonne de gauche « soins réalisés avec un ratio à 0,6 soignants / résident » tient compte :
 - D'un taux d'encadrement soignant comprenant les professionnels suivants : infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique, cadre de santé,
 - **Ce taux d'encadrement est celui d'un certain nombre de structures publiques au sein desquelles les résidents peuvent requérir un niveau de soins très importants en raison d'une forte perte d'autonomie et/ou de poly pathologies.** C'est ainsi le cas pour les établissements anciennement « unités de soins de longue durée » requalifiés en EHPAD ou pour des EHPAD rattachés à des établissements de santé qui accueillent des personnes âgées en suite d'hospitalisation (souvent dits « EHPAD sanitaires »).

- La colonne de droite « soins réalisés avec un ratio à 0,3 soignants / résident » tient compte :
 - D'un taux d'encadrement soignant comprenant les professionnels suivants : infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique, cadre de santé

- Ce taux d'encadrement est un **taux moyen et correspond plus souvent à des EHPAD dont le profil est dit « moins lourd » ou « moins sanitaire »**. Il correspond également au taux d'encadrement des structures dont le taux d'encadrement est à 0,6 soignants/ résident **lorsque l'absentéisme est fort** (période de weekend, de congés annuels, absentéisme pour maladie ou accidents du travail, ou dû à l'usure des professionnels sur le terrain).
- Les fiches sont présentées par thématique dans un souci de bonne lecture toutefois, la prise en charge de la personne âgée doit être globale et **sur le terrain, les pratiques ne sont pas séquencées. Ainsi, il s'agit d'avoir une vision plus globale de ce qui est réalisée par chaque équipe en fonction de ses moyens, de l'organisation mise en place, de la formation et qualification du personnel, et du management de proximité**. Cette vision globale n'est possible qu'en étudiant chaque situation d'établissement et les repères généraux proposés ici ne peuvent suffire.
- Enfin, les fiches permettent de **repérer les prestations qui peuvent être délivrées au regard d'un taux d'encadrement donné, elles ne peuvent décrire la qualité de ce qui est réalisé. L'objet est bien ici de décrire ce qui ne peut pas être mis en œuvre, ce qui constitue une possible perte de chance pour la personne âgée.**

Les cinq fiches suivantes s'appuient sur des exemples d'établissement:

- un EHPAD considéré comme « bien doté » avec un ratio à 0.6
- un EHPAD « standard » avec un ratio à 0.3

EHPAD : 220 résidents /GMP 820/PMP 250

Dans le cadre de la demande de convention tripartite l'établissement a entrepris une démarche qualité avec l'outil Angélique pour faire le point de ses forces et faiblesses.

L'étude de l'analyse des résultats dans les champs qui concernent les besoins fondamentaux font apparaître des points faibles particulièrement dans les domaines de l'alimentation, la toilette, l'organisation des repas, la qualification insuffisante des soignants.

Ratio d'encadrement

Le taux d'encadrement soignant moyen (effectifs AS/AMP/IDE) :

Secteur public – EHPAD rattachés (à un établissement de santé) : 0,27 soignants/résidents

Secteur public – EHPAD autonomes : 0,25 soignants / résidents

Fiche 1 - Soins d'hygiène

ETUDE DES ACTIONS EN SOINS INFIRMIERS REALISEES EN LIEN AVEC LES EFFECTIFS/RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES SOINS D'HYGIENE	
<p><u>RECOMMANDATION</u></p> <p><u>La toilette</u></p> <p>-aborder la toilette comme un soin et un temps privilégié pour la relation (se présenter, veiller à la température de la pièce, de l'eau, ne pas commencer la toilette par le visage, procéder avec douceur, etc.) ;</p> <p>-préservé l'autonomie fonctionnelle</p> <p>-prendre le temps permet à la fois de ne pas faire à la place de la personne mais d'accompagner son geste tant que cela reste</p> <p>-laisser à la personne des possibilités de choix notamment de ses vêtements, des modalités (lavabo, douche, toilette avec friction, etc.) et du moment de la toilette, (y compris l'après-midi par exemple) ;</p> <p><u>hygiène :soins bucco dentaires (concerne 2/3 des résidents ref :DGAS)</u></p> <p>Partie intégrante de la toilette</p> <p>Disposer d'un set de bouche avec bâtonnets naturels/glycérinés, gants , compresses</p> <p><i>Déroulement :</i></p> <p>-enlever les prothèses, les nettoyer</p> <p>-brosser chaque arcade dentaire séparément dent par dent de la gencive vers la dent</p> <p>-nettoyer les muqueuses avec une compresse et s'aider d'un abaisse langue</p> <p>-remettre les prothèses propres</p> <p><i>Entretien des prothèses :</i></p> <p>-Brosser tous les jours avec une brosse adaptée</p> <p>-Immerger le soir les prothèses dans un produit désinfectant, les rincer</p> <p>-La nuit : laisser les prothèses sur une compresse</p> <p>-Nettoyage aux ultra sons une fois /semaine recommandé</p>	
<u>SOINS REALISES AVEC UN RATIO A 0,6 SOIGNANTS/RESIDENT</u>	<u>SOINS REALISES AVEC UN RATIO A 0,3 SOIGNANTS /RESIDENT</u>
<ul style="list-style-type: none"> • 1 toilette adaptée par jour • 1 bain tous les 15 jours donné • Suivi de l'état cutané et prévention des escarres • Soins de nursing journaliers • Habillage et tenue de jour, souci de l'image corporelle du résident 	<ul style="list-style-type: none"> • Toilette effectuée avec plus de rapidité dans les gestes Toilette partielle le plus souvent effectuée au lit (risque : perte d'autonomie) • Le bain n'est pas donné tous les 15 jours (shampooing non fait, soins d'ongles et soins de bouches non faits, entretien de la prothèse dentaire non régulier) • Soins de nursing succincts (soucis du détail peu pris en compte)

Rappel : Le taux d'encadrement soignant moyen (effectifs AS/AMP/IDE) :

Secteur public – EHPAD rattachés (à un établissement de santé) : 0,27 soignants/résidents

Secteur public – EHPAD autonomes : 0,25 soignants / résidents

Fiche 2 - Continence

ETUDE DES ACTIONS EN SOINS INFIRMIERS REALISEES EN LIEN AVEC LES EFFECTIFS/RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES CONTINENCE	
<p><u>RECOMMANDATION(extrait)</u> La prévalence de l'incontinence atteint 50% en EHPAD (ref Guide des bonnes pratiques) -porter une attention particulière à la prévention de l'incontinence : proposer d'aller aux toilettes fréquemment : - s'assurer du repérage des toilettes - réduire les incontinenes de situation : quand la personne n'a pas le temps d'aller aux toilettes ou de se déshabiller : - proposer un catalogue mictionnel (sensation de besoin) : • Conduite aux toilettes à intervalles de temps inférieurs à ceux du rythme mictionnel spontané. • Élargissement progressif des intervalles intermictionnels. • Traitement concomitant de la constipation. qui est un facteur aggravant l'incontinence Autres mesures chez le sujet dément : • Observation fine du comportement pré mictionnel (agitation, déambulation...). • Repérage des toilettes spécifiques (signalétique adaptée). • Rééducation comportementale de l'habillement et du déshabillage.</p>	
<u>SOINS REALISES AVEC UN RATIO A 0,6 SOIGNANTS/RESIDENT</u>	<u>SOINS REALISES AVEC UN RATIO A 0,3 SOIGNANTS /RESIDENT</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge adaptée de l'incontinence (accompagnement aux toilettes régulier) • Surveillance du transit • Toutes les incontinenes induites par défaut de temps ou de repérage provoquent l'utilisation abusive des protections et donc une perte de son image, une atteinte à sa dignité • Nécessité d'avoir des protections de bonne qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Non installation systématique aux toilettes (risque : perte de la continence) • Toutes les incontinenes induites par défaut de temps ou de repérage provoquent l'utilisation abusive des protections et donc une perte de son image, une atteinte à sa dignité • Le maintien de l'autonomie n'est pas respecté

Fiche 3 - L'Alimentation

ETUDE DES ACTIONS EN SOINS INFIRMIERS REALISEES EN LIEN AVEC LES EFFECTIFS/RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES ALIMENTATION	
<p><u>RECOMMANDATION(extrait)</u></p> <p>-Évaluer les capacités motrices afin de les utiliser au mieux et de les maintenir : cuillère à dessert, assiette à rebord, etc. Voir ce qui peut être réalisé ou non : couper, boire, mettre en bouche.</p> <p>- Harmoniser l'aide et rassurer en cas de maladresse.</p> <p>-Proposer quelques gorgées d'eau pour faciliter la déglutition et pallier un manque de salive.</p> <p>- Stimuler la personne par la parole et le toucher augmente la prise alimentaire. La chaleur humaine, le sourire et les paroles aident à tolérer la dépendance.</p> <p>- Laisser le temps d'avaler.</p>	
<u>SOINS REALISES AVEC UN RATIO A 0,6 SOIGNANTS/RESIDENT</u>	<u>SOINS REALISES AVEC UN RATIO A 0,3 SOIGNANTS /RESIDENT</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Respect du temps entre diner et petit déjeuner : non réalisable systématiquement • Respect du temps accordé au repas des résidents le midi : <ul style="list-style-type: none"> ○ Repas servi en salle à manger le midi ○ Soucis du confort hôtelier ○ Suivi par une diététicienne • Respect du temps accordé au repas des résidents le soir : <ul style="list-style-type: none"> ○ Temps accordé au repas insuffisant (gestes faits à la place du résident, risque de perte d'autonomie, surveillance alimentaire limitée) • Bonne hydratation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Apports hydriques par boissons ou perfusions sous-cutanées 	<ul style="list-style-type: none"> • Temps de repas diminué (gestes faits à la place du résident, risque de perte d'autonomie, surveillance alimentaire limitée) • Laps de temps trop long entre diner et petit déjeuner • Difficultés du suivi hydrique

Fiche 4 – sécurité pour le résident et prévention de la perte d'autonomie

ETUDE DES ACTIONS EN SOINS INFIRMIERS REALISEES EN LIEN AVEC LES EFFECTIFS/RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES SECURITE POUR LE RESIDENT ET PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE	
<p><u>RECOMMANDATION(extrait)</u></p> <p><u>La liberté d'aller et venir</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Il est recommandé d'encourager les personnes à circuler, de stimuler leur envie de sortir afin de maintenir le lien avec l'extérieur, -Les différentes options disponibles pour la sécurisation (porte d'entrée dans une zone sombre, digicode ou tout autre dispositif lié aux nouvelles technologies) font l'objet d'une discussion en équipe ainsi qu'avec le conseil de la vie sociale. -La surveillance par bracelet électronique doit être l'objet d'une discussion éthique -Cette solution doit pouvoir être refusée notamment par la personne elle même. <p>Les mesures spécifiques personnalisées limitant la circulation d'une personne restent exceptionnelles. Quand elles sont envisagées, elles sont discutées en équipe, avec la personne et ses proches</p> <p><u>la déambulation</u></p> <p>Prise en charge psycho-comportementale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse et discussion en équipe et avec les proches, favorisant compréhension et positionnement. projet de soins (et de vie) individualisé. - Éviter de s'opposer au patient car les situations de contrainte exacerbent les troubles. - Proposer une promenade ou une activité faisant diversion. 	
<u>SOINS REALISES AVEC UN RATIO A 0,6</u> <u>SOIGNANTS/RESIDENT</u>	<u>SOINS REALISES AVEC UN RATIO A 0,3</u> <u>SOIGNANTS /RESIDENT</u>
<p><u>Mobilisation</u></p> <p>Simulation et maintien des capacités physiques et gestuelles</p> <p>Lever des résidents</p> <p>Respect des capacités physiques</p> <p>Respect autant que possible du temps de lever, du choix des vêtements et du temps de port des vêtements de jour</p> <p>Adaptation de l'heure du coucher en fonction du rythme du résident</p> <p><u>Maintien de l'autonomie</u></p> <p>Accompagnement à la marche dès que possible</p> <p>Matériel à disposition utilisé</p> <p><u>Sécurité du résident</u></p> <p>Réponse quasi-immédiate à la demande (appel) du résident</p>	<p><u>Mobilisation</u></p> <p>Gestes faits à la place du résident (perte de l'autonomie)</p> <p>Lever des résidents effectués un jour sur deux par alternance</p> <p>Tenues de nuit et coucher des résidents effectuées au plus tôt en fonction de l'effectif</p> <p><u>Maintien de l'autonomie</u></p> <p>Déplacements et transferts avec gestes faits à la place du résident</p> <p>Matériel qui doit être mieux adapté et manque d'ergothérapeute</p> <p><u>Sécurité du résident</u></p> <p>Temps de réponse allongé à la demande du résident ou de la famille</p>

Fiche 5 – Soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie

ETUDE DES ACTIONS EN SOINS INFIRMIERS REALISEES EN LIEN AVEC LES EFFECTIFS/RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE	
<p><u>RECOMMANDATION(extrait)</u> <u>soins palliatifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir une démarche de soins personnalisée, privilégiant le confort et la qualité de vie, quitte à modifier l’organisation habituelle des soins - Respecter les phases de sommeil du résident - Travailler en binôme infirmière /aide soignante pour faire en même temps la toilette et les soins, évitant de multiples mobilisations - Respecter les goûts du résident - Privilégier les repas fractionnés sur la journée si les trois repas principaux sont trop copieux - Analyser le sens d’un refus alimentaire en éliminant une cause organique - Evaluer systématiquement la douleur même si la personne ne se plaint pas... - Combien d’EHPAD bénéficie du passage d’une équipe mobile de soins palliatifs ? (loi LEONETTI) 	
<u>SOINS REALISES AVEC UN RATIO A 0,6</u> <u>SOIGNANTS/RESIDENT</u>	<u>SOINS REALISES AVEC UN RATIO A 0,3</u> <u>SOIGNANTS /RESIDENT</u>
<u>Tous les soins requis et décrits par thème, s’y ajoutent des exigences et soins requis supplémentaires qui nécessitent :</u>	
<p><u>Une équipe sensibilisée et formée :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d’avoir une infirmière ayant bénéficié soit d’une formation en soins palliatifs soit à la douleur - avoir une organisation des soins qui permettent des soins globaux techniques et de nursing dans le même temps pour réduire les mobilisations - avoir une équipe formée à l’utilisation d’une échelle de la douleur - être en lien avec une équipe mobile de soins palliatifs 	

Nos propositions

L'action des professionnels intervient dans un contexte marqué par :

- ❖ une croissance importante des attentes et besoins des usagers,
- ❖ la perspective de nouvelles organisations pour le secteur sanitaire et médico-social dans le cadre de la future Loi Hôpital Santé Patient Territoire
- ❖ la remise en cause les avancées récentes en matière de médicalisation
- ❖ les concertations débutées sur le droit universel à la compensation de la perte d'autonomie (« 5^e risque »).

Repenser les modèles

La personne âgée ne peut être considérée comme un « patient de second niveau » pour lequel la prestation pourrait rester incomplète, mal évaluée et seulement en partie financée.

Les besoins de compensation dus à son handicap ne sont pas moins importants que ceux qui sont compensés dans le secteur du handicap adulte.

La spécificité de la prise en charge de la personne âgée est celle d'une approche globale dont l'enjeu est le juste soin, au regard de sa situation sociale et de ses habitudes de vie, des réponses possibles aux besoins du corps et de l'esprit, du souhait et du respect de la personne et de ses proches. Apporter le juste soin et permettre à chacun de trouver un équilibre social, se sentir digne jusqu'au bout de la vie, traduit la vocation de nos structures.

Toutefois, le flou persiste sur les missions de chacun et l'évolution du secteur pour faire face aux nouveaux besoins. Qu'est-ce que l'EHPAD de demain ? Quelles plateformes de services peut-on offrir ? Quelle coordination des acteurs entre eux ? L'EHPAD est-il encore aujourd'hui et partout plus un lieu de vie qu'un lieu de soin ? Doit-on identifier plusieurs niveaux d'EHPAD ? où commencent et où s'arrêtent ses missions pour que l'EHPAD constitue pas « un mauvais hôpital », « un mauvais domicile » ?

Puisque la Cour des Comptes et d'autres institutions reconnues ont d'ores et déjà fait le constat d'une réponse insatisfaisante aux besoins des personnes âgées en France, les professionnels du secteur souhaitent partager leurs propositions.

Suivre une démarche d'amélioration de la qualité associant les moyens et les résultats et appliquer le Plan Solidarité Grand Age

Afin de répondre à cet objectif, plusieurs propositions peuvent être faites :

- **S'assurer de la mise en œuvre des engagements des conventions tripartites liant les objectifs d'amélioration des établissements aux engagements des DDASS et CG**

Plus de 6 900 conventions tripartites ont été signées sur la base (réglementairement) d'une évaluation de la qualité et d'objectifs d'amélioration soutenus par des crédits engagés.

La FHF, pour élaborer ce premier document, s'est appuyée sur ces contrats engageant l'ensemble des parties : directeur de l'établissement, représentant de l'Etat, Président du Conseil Général.

Il est essentiel que la Direction Générale de l'Action Sociale et l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité dans le secteur médico-social puissent assurer un suivi national de ces dossiers.

- **Renouer avec les objectifs du Plan Solidarité Grand Age et de la convergence « par le haut » du secteur « personnes âgées » en abandonnant le principe de convergence tarifaire , mais aussi en sécurisant le financement des structures existantes et restant à créer**

A partir de 2009, le mécanisme de la convergence tarifaire est mis en place : 496 établissements sont concernés représentant 44 000 places tous secteurs confondus (public/privé/associatif). Sur ces 44 000 places, 65% sont des places du secteur public (40% établissements rattachés et 25% établissements autonomes). La conséquence directe de ce mécanisme : une diminution des moyens en personnel soignant en raison de la convergence pour 28 600 places publiques.

Toutes les catégories d'établissements sont susceptibles d'être touchés y compris ceux dont les taux d'encadrement sont faibles. En effet le plafond est déterminé en fonction du GMP et du PMP de l'établissement et ainsi de la charge en soin valorisée.

Si un établissement EHPAD accueille des personnes âgées dont l'autonomie et l'état pathologique n'est pas très élevé car il s'agit de répondre à des situations d'isolement social par exemple ; la charge en soin est plus faible et le plafond fixé très bas. Ainsi, l'établissement devra geler des postes ou des mensualités de remplacement en même temps qu'il accueillera des résidents « plus lourds » pour maintenir au maximum l'effectif actuel.

Pour les établissements dont les taux d'encadrement sont plus élevés, la charge en soin est généralement plus lourde (établissements adossés à un secteur sanitaire). Alors même qu'ils sont inscrits dans des démarches d'évaluation et d'amélioration pour se rapprocher des bonnes pratiques de soins, ils devront également stopper leur progression.

Par ailleurs, aucune étude d'impact n'a été réalisée pour anticiper ces effets.

C'est le principe même du Plan Solidarité Grand Age et le contrat qu'il engageait qui sont abandonnés.

La FHF ainsi que les autres organisations du secteur demandent :

- L'abandon du mécanisme de convergence qui ne peut se justifier dans un secteur où les crédits votés par le Parlement dans le cadre de la Loi de financement de la Sécurité Sociale ne sont pas attribués aux établissements (en 2008, 500 millions d'euros non dépensés par la CNSA).
- L'utilisation d'une part des crédits non dépensés (en anticipation) pour compenser les effets de la convergence tarifaire et allouer aux établissements des crédits venant compléter le taux d'évolution de +0,5% qui va leur être appliqué.

- **Valoriser les démarches d'évaluation des besoins et de la charge en soins développées par les établissements**

Les référentiels « Qualité » issus des travaux des fédérations ou associations en lien avec d'autres partenaires, les référentiels déployés sur le secteur sanitaire par la Haute autorité de Santé sont actuellement utilisés par les établissements dans leur démarche d'amélioration. Les résultats pour autant n'ont qu'une valeur de démonstration et ne sont pas officiellement reconnus.

Il est nécessaire que les démarches conduites soient valorisées.

Les études d'évaluation de la charge en soin et de l'organisation de travail permettant d'y répondre en tout ou partie ne sont ni généralisées ni incitées. Aucun outil n'est porté à ce jour par les pouvoirs publics. Ces outils existent et sont généralisés dans certains pays (Québec, Luxembourg par exemple pour la démarche PRN Programme de Recherche en Nursing).

- **Permettre une certification des EHPAD sur la base d'un référentiel et de l'accompagnement de l'évaluation par des pairs**

Les directeurs d'établissement et leurs équipes sont très fortement attaqués sur les questions de maltraitance en établissement. Depuis 2002, aucune procédure opérationnelle et permettant d'évaluer globalement la qualité n'est mise en œuvre à la fois pour protéger les directeurs contre des mises en cause injustifiées et pour améliorer le service rendu aux résidents.

Par ailleurs, l'ensemble des établissements (EHPAD) rattachés au secteur sanitaire restent en dehors de la procédure de certification menée par l'HAS.

Il nous semble important et urgent de gagner rapidement en qualité sur le volet soins, qui comprend notamment la lutte contre la douleur, la politique médicamenteuse, les soins techniques qui sont le quotidien de nos structures.

La durée moyenne de séjour en EHPAD (de 18 à 30 mois), le profil poly pathologique des résidents, le niveau de dépendance élevé, nous obligent à assurer un pré-requis soignant (de cohérence médicale) nécessaire au projet de vie et à l'accompagnement.

Ainsi, la FHF souhaite-t-elle qu'une collaboration étroite en ANESM et HAS puisse permettre la certification du soin dans le secteur médico-social. Les réflexions sont en cours sur les modalités possibles d'engagement des agences sur ce point.

- **Faire évoluer les outils de tarification existants pour les rendre plus pertinents dans une interface sécurité/qualité/moyens alloués**

Il ne peut y avoir de politique de qualité sans des moyens minimaux.

Si le processus de conventionnement tripartite et plus encore la tarification sur la base de l'outil PATHOS qui évalue la charge en soin constitue un progrès, les effets pervers et les limites de l'outil PATHOS doivent être corrigés.

En effet, ce dossier a été construit dans les années 80 sur la base des bonnes pratiques de l'époque. Il permet de valoriser en fonction de l'état pathologique d'un groupe de résidents, la charge en soins et traduit ce besoin mis en valeur en un nombre de points.

Manager différemment le secteur médico-social

- **Saisir l'opportunité de la création des Agences Régionales de Santé (ARS) pour mettre en valeur un secteur souffrant aujourd'hui de son isolement**

Les modalités d'intervention médico-sociales tant dans le secteur des personnes âgées que dans le secteur personnes handicapées sont très diversifiées. Dans le soutien à domicile, au sein de nos établissements, par le biais de plateformes coordonnées de services, le secteur médico-social joue un rôle à plusieurs niveaux de l'organisation des soins. Il est concerné par l'ensemble des futurs schémas d'organisation :

- De prévention
- De soins ambulatoires
- Du secteur sanitaire
- Et spécifiquement du secteur médico-social

C'est pourquoi, il est nécessaire que **la loi HPST offre toute sa place aux professionnels du secteur médico-social permettant ainsi l'animation du territoire dans une logique de parcours et de filière.**

Il s'agit de concrétiser l'idée que la personne (patient, résident) est bien au centre du dispositif, un dispositif qui se construit autour d'elle et pour lui assurer un parcours cohérent répondant à ses besoins. Les risques de perte de chance sont forts à chaque rupture dans le parcours, dans les interfaces entre acteurs. La qualité de la prise en charge se définit avant tout par notre capacité à proposer au moment le plus opportun, le bon lieu, le bon niveau de soin et d'accompagnement. **C'est de cette manière que le secteur médico-social ne deviendra pas ou ne restera pas une variable d'ajustement d'un secteur sanitaire soumis à la tarification à l'activité.**

Dans cet esprit les agences régionales de santé doivent être structurées de manière à répondre aux logiques de parcours du patient.

Les sous-commissions spécialisées chargées de construire le programme régional de santé doivent être la traduction des filières intégrant fortement les volets sanitaires et médico-sociaux. Elles pourraient donc être structurées autour de thématiques telles que : la gériatrie, la neurologie, la cardiologie, la cancérologie, la traumatologie.. , assurant une représentation médico-sociale pertinente.

- **Tirer le bilan de la (non) mise en œuvre de la circulaire sur les filières gériatriques et déployer cette organisation des soins qui permet de sécuriser des parcours de soins cohérent et de limiter les pertes de chance pour les personnes âgées (à domicile, en EHPAD et à l'hôpital).**

Organiser une véritable politique de santé publique pour nos aînés

- **Assurer la cohérence des différents plans gouvernementaux (ex : Plan Soins Palliatifs, Plan Maladies chroniques, Plan Alzheimer)**
- **Dresser le bilan de l'application de la Loi Léonetti dans les EHPAD : quel accompagnement de fin de vie ? Quel bilan pour les équipes mobiles de soins palliatifs ?**

Enfin dans un lieu où la mortalité est si forte, il est indispensable que la fin de vie soit spécifiquement accompagnée. Il faut donc développer les équipes mobiles de soins palliatifs car le bilan réalisé de la Loi Léonetti montre qu'elle reste peu connue et que les équipes mobiles sont très centrées sur les hôpitaux faute de moyens suffisants pour répondre aux besoins des personnes âgées en EHPAD.

Pour un droit universel à la compensation de la perte d'autonomie :

Permettre le libre choix d'une prise en charge à domicile ou en établissement

Alors que le secteur médico-social représente une opportunité à saisir pour relancer l'emploi non délocalisable sur le territoire national, le dossier 5^e risque qui constitue une réponse attendue au développement des services et places nouvelles ne semble plus d'actualité.

Nous souhaitons rappeler ici, qu'un des freins à lever est celui du reste à charge pour l'utilisateur et sa famille en EHPAD. Le droit universel à la compensation de la perte d'autonomie, fortement portées par nos organisations et le Conseil de la CNSA doit être remis à l'ordre du jour et la concertation doit

reprendre sur la base de propositions concrètes de la part des pouvoirs publics. La FHF souhaite apporter ses contributions et propositions dans les prochaines semaines.

Assurer une véritable transparence sur l'offre en EHPAD

La FHF s'est engagée dans une démarche de transparence à l'égard du grand public :

-Novembre 2008 : identification des signaux d'alertes des situations de maltraitance.

-Avril 2009 : Publication des indicateurs permettant d'apprécier les moyens mis en œuvre pour assurer une politique de qualité dans les EHPAD.

-Novembre 2009 : mise en ligne pour tous les EHPAD de ces indicateurs grâce au modèle de tableau de bord complété par les établissements (cf Annexe II)

ANNEXE I- Recommandations publiées par l'ANESM

Février 2009

- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social

Décembre 2008

- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé

Juillet 2008

- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre
- Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées

Avril 2008

- Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale
- Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles

ANNEXE II – MODELE DE TABLEAU DE BORD / INDICATEURS

NOM DE LA STRUCTURE
COORDONNEES

SITE WWW.
CONTACT :

PRESENTATION GENERALE	
Nombre de lits et places TOTAL	
Nombre de lits dédiés Alzheimer	
Nombre de places en accueil de jour	
Nombre de places en hébergement temporaire	
GIR MOYEN (GMP) – perte d'autonomie	
PMP (Pathos Moyen) – état pathologique	
Provenance des résidents (domicile/établissement de sante/ service spécialisé)	
Date de début et fin de la convention tripartite	
Tarifification soin GMPS	
ORGANISATION ARCHITECTURALE	
Organisation en unités de vie	
Organisation par étage	
Nombre de chambres simples	
Nombre de chambres doubles	
Description des espaces individuels	
Description des espaces collectifs	
Espaces sécurisés	
Réponse aux normes de sécurité incendie	
Points forts des espaces	
Points faibles des espaces	
Projets/perspectives d'amélioration des espaces	
L'EQUIPE - LE MANAGEMENT	
CADRE DE DIRECTION	
Cadre de direction à temps plein	
La cadre de direction est responsable de plusieurs structures : Précisez : Nombre de structures / Direction commune/Intérim/activité transversale sanitaire-médico-sociale	
MANAGEMENT DE LA QUALITE	
Date de la dernière auto évaluation	
Points forts dégagés	
Points faibles dégagés	
Actions d'amélioration mises en œuvre	
Actions d'amélioration prévues et non encore mises en œuvre	
Evaluation des actions mises en œuvre	
Le suivi de la démarche qualité est assuré par ?	
Temps de qualiticien ?	

DEMARCHE GESTION DES RISQUES	
Risques identifiées	
La politique de gestion des risques existe-t-elle ?	
La politique gestion du risque de maltraitance existe-t-elle ?	
Actions mises en œuvre - prévention	
Actions mises en œuvre – détection, signalement, recueil des insatisfactions et plaintes	
Actions mises en œuvre – traitement des insatisfactions et plaintes	
Suivi des actions	
PLAN DE FORMATION	
Principales thématiques	
Nombres de jours de formations suivies / cadres et infirmière coordinatrices	
Nombres de jours de formations suivies / IDE AS AMP	
Nombres de jours de formations suivies / ASH	
Nombres de jours de formations suivies / médecin et paramédicaux	
Points forts du dispositif de formation	
Points faibles / difficultés rencontrées	
les personnels en formations sont-ils remplacés (le plus souvent)	
TEMPS MEDICAL	
Temps de médecin coordonateur	
Qualité du médecin coordonnateur : libéral/hospitalier	
Nombre de médecins généralistes intervenant en moyenne	
Contrat d'adhésion du professionnel libéral au projet d'établissement et à l'organisation de la structure mis en place	
ORGANISATION DE LA PDS	
En cas d'urgence	
Autre	
PRESTATION PHARMACEUTIQUE	
L'EHPAD dispose d'une pharmacie à usage intérieur	
Prestations délivrées par une ou plusieurs pharmacies d'officine	
CADRE DE SANTE OU INFIRMIERE COORDONATRICE	
Nombre de cadres/résident	
PERSONNELS SOIGNANTS	
Taux d'encadrement ⁹ soignant	
Nombre de personnes présentes le matin par unité/étage/structure	
Nombre de personnes présentes l'après midi par unite/étage/structure	
Nombre de personnes présentes la nuit par	

⁹ Préciser la qualité des agents pris en compte (agents financés par le tarif soins + ensemble des AS, AMP, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute, psychologue, médecin, diététicienne)

unite/étage/structure (précisez la fonction)	
Organisation d'un pool de remplacement ou renfort	
ANIMATION	
Taux d'encadrement animation/résident ¹⁰	
Nombre de personne par jour du lundi au dimanche - assurant l'animation	
Liste des animations proposées (en interne et à l'extérieur de la structure)	
Nombre de résidents ayant accès aux animations/total résidents	
Animations spécifiques proposées (troubles cognitifs)	
QUALITE DE L'HOTELLERIE ENTRETIEN DES LIEUX DE VIE	
Organisation de la <u>fonction ménage en interne</u>	
Organisation de la fonction <u>ménage par une entreprise extérieure</u>	
Nombre d'ASH présents le matin	
Nombre d'ASH présents l'après midi	
Nombre d'ASH présents au moment de la prise des repas et missions assurées	
<u>Equipe de restauration</u>	
Prestation réalisée en interne	
Prestation assurée par une entreprise extérieure (liaison froide ou chaude)	
L'EHPAD DANS SON ENVIRONNEMENT	
Conventions avec un ou plusieurs établissements de sante	
Objets des conventionnements	
Intervenants extérieurs	
Interventions HAD	
Interventions équipes mobiles de soins palliatifs	
Inscription dans un réseau gérontologique	
Accès aux consultations mémoire spécialisées (Alzheimer)	

¹⁰ Précisez les fonctions renseignées: animateur, coiffeuse, esthéticienne, autres.