



HOPITAL SAINT-JACQUES

ETABLISSEMENT HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

14 rue du Général de Gaulle - BP 20032 - ROSHEIM - 67128 MOLSHEIM CEDEX

Tél. : 03 88 50 40 50 - Fax : 03 88 50 23 17

E-mail : secretariat@hopital-rosheim.fr - Site : www.hopital-rosheim.fr

Evaluation Interne de l'EHPAD Hôpital Saint Jacques de Rosheim

Juin 2019



TABLE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

- ❖ **ANESM** : Agence Nationale d'Evaluation des Etablissements
- ❖ **APL** : Allocation Personnalisée au Logement
- ❖ **AS** : Aide Soignant
- ❖ **ASH** : Agent de Service Hospitalier
- ❖ **CLUD** : Comité de Lutte contre la Douleur
- ❖ **CODIR** : Comité de Direction
- ❖ **COFIL** : Comité de Pilotage
- ❖ **COQUARIS** : Comité Qualité et Risques
- ❖ **CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- ❖ **CVS** : Conseil de vie Sociale
- ❖ **DIM** : Département d'Information Médicale
- ❖ **DUER** : Document Unique d'Evaluation des Risques professionnels
- ❖ **Ehpad** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ❖ **EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- ❖ **EPSAN** : Etablissement Public de Santé Alsace Nord
- ❖ **ETP** : Equivalent Temps Plein
- ❖ **GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire
- ❖ **GIR** : Groupes Iso-ressources
- ❖ **GPMC** : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
- ❖ **HAD** : Hospitalisation à Domicile
- ❖ **HAS** : Haute Autorité de Santé
- ❖ **HPST** : Loi Hôpital Patient Santé et Territoire
- ❖ **IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat
- ❖ **IDEC** : Infirmier Coordinateur
- ❖ **PACQ** : Programme d'Amélioration Continue de la Qualité
- ❖ **PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
- ❖ **PMP** : Pathos Moyen Pondéré
- ❖ **PUI** : Pharmacie à Usage Intérieur
- ❖ **PVP** : Projet de Vie Personnalisé
- ❖ **RAQ** : Responsable Amélioration de la Qualité
- ❖ **RGPD** : Règlement Général de Protection des Données
- ❖ **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

Sommaire

PARTIE 1 : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1- Missions, cadre réglementaire et objectifs des activités déployées

- ❖ *Présentation générale*
- ❖ Missions et cadre réglementaire
- ❖ Valeurs de l'établissement
- ❖ Objectifs du projet d'établissement

2- Caractéristiques des personnes accueillies

- ❖ Evolution des données démographiques
- ❖ Caractéristiques de santé des personnes accueillies

3- Le cadre évaluatif

4- Les suites données à l'évaluation externe de 2014

5- - Les objectifs issus de la contractualisation

PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE L'EVALUATION INTERNE

1- Le calendrier de la démarche

2- Les étapes de l'évaluation interne

3- Le choix du référentiel

4- Acteurs impliqués et outils de recueil d'information

- ❖ La participation des résidents et des familles
- ❖ Les outils de recueil d'information

5- La méthodologie

6- La communication

7- Le suivi

Partie 3 : Les résultats de l'évaluation interne

PARTIE 1 : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1- Missions, cadre réglementaire et objectifs des activités déployées

❖ *Présentation générale*

Historique de l'établissement et liens avec les établissements voisins :

L'Hôpital Saint Jacques se trouve dans un bâtiment historique, qui a subi de nombreuses transformations depuis sa première mention dans les archives municipale en 1363. Une partie du bâtiment actuel a été construit en 1900 ; et en 1986 la Maison de Retraite,(aujourd'hui Unité 4) a été inaugurée suite à des travaux d'humanisation.

En 2005, l'unité de soins longue durée a été fusionnée à la maison de retraite pour donner naissance à l'EHPAD tel qu'il est aujourd'hui.

Enfin, la dernière transformation de l'établissement date de 2010 où la capacité d'accueil du service de SSR est passée de 10 à 20 lits suite à la réhabilitation des combles.

L'établissement compte aujourd'hui 90 places d'hébergement permanent en EHPAD et 20 lits de SSR dont 2 lits identifiés soins palliatifs.

L'Hôpital Saint Jacques a noué des liens avec l'Hôpital de Molsheim : ainsi cette coopération a donné lieu à des mises à disposition de personnels (Responsable des finances, Responsable de la qualité, l'assistante sociale). Par ailleurs, le médecin coordinateur de l'Hôpital de Rosheim intervient également en qualité de praticien à l'hôpital de jour de Molsheim. Un GSC PUI a été constitué entre les deux établissements et une convention a été signée avec l'hôpital de jour de Molsheim.

La coopération entre les deux structures est amenée à perdurer. En 2018 une réflexion sur la fusion a été menée et se poursuit aujourd'hui.

L'établissement fait partie du GHT « Basse Alsace Sud Moselle » depuis 2016 et à développé des partenariats avec d'autres acteurs de la filière gériatrique du territoire :

- Convention de partenariat avec l'EPSAN pour les consultations psychiatriques
- Convention HAD avec le Groupe Hospitalier Saint Vincent
- Participation au GSC blanchisserie avec le Centre Hospitalier d'Erstein
- Convention avec le Réseau d'Accompagnement de Soins Palliatifs
- Convention avec le Centre Hospitalier d'Obernai pour la prise en charge en médecine

Implantation géographique : L'établissement se trouve au cœur de la commune de Rosheim qui compte 5000 habitants. Celle-ci est située sur la route des vins et la route Romane entre Molsheim et Obernai, à 25km de Strasbourg et au pied du Mont Saint Odile. Elle rayonne par son dynamisme culturel.

L'établissement se trouve proche de l'axe central de la commune et est entouré d'un parc arboré.

Architecture et accessibilité :

L'établissement est composé d'un bâtiment unique (bâtiment initial datant de 1900 augmenté de la Maison de Retraite en 1986). Répartie sur 4 étages, les chambres d'EHPAD se trouvent dans 4 unités :

- ❖ Unité 1 « Les Tournesols » au RDC accueille 19 résidents : 7 chambres doubles et 5 chambres simples
- ❖ Unité 3 « Les Eucalyptus » au niveau 3 accueille 21 résidents : 7 chambres doubles et 7 chambres simples
- ❖ Unité 3bis « Les Lys » au niveau 4 accueille 9 résidents : 9 chambres simples
- ❖ Unité 4 « Les Magnolias (niveau 2) /Bleuets (niveau 3)» accueille 41 résidents : 41 chambres simples

A chaque étage on trouve une salle à manger en mesure d'accueillir tous les résidents de l'unité. L'unité 4 dispose d'une salle à manger plus grande au RDC.

Les chambres de l'unité 3bis construites en 2010 sont aux normes PMR et disposent de rail au plafond et de salle de bains.

Les autres chambres simples font 16m² et les manipulations et déplacements y sont plus difficiles.

Elles sont toutes équipées d'un lit médicalisé, de prise téléphonique et TV, et d'un dispositif d'appel.

L'architecture du bâtiment et l'agencement des espaces ne permettent pas en l'état l'installation de douches dans les chambres des unités 1, 3 et 4. Celles –ci sont actuellement équipées d'une salle d'eau et d'un cabinet de toilettes. Il existe une salle de bain équipée commune à chaque étage.

Les espaces extérieurs aménagés et fleuris permettent aux résidents autonomes de s'installer à l'extérieur et les activités estivales s'y déroulent (jardinage, barbecues..). En revanche ils ne sont pas adaptés aux fauteuils roulants ou aux déplacements des résidents les plus dépendants (parc ouvert sur l'extérieur, aménagement naturel en pente).

Pour garantir l'intimité des résidents, améliorer la qualité de l'accompagnement et l'accessibilité de ses locaux, l'établissement porte depuis 2017 un projet architectural à échéance 2023-2024. Ce projet aura comme aboutissement la construction d'un bâtiment neuf.

Ressources humaines

Le personnel médical

L'établissement fonctionne avec 9 médecins généralistes et un médecin coordonnateur pour l'EHPAD.

UNITES	ETP Rémunérés
EHPAD (unités 1, 3, 3bis et 4) : 9 médecins libéraux généralistes	Rémunération à l'acte
Présence du médecin coordonnateur et DIM	0.30

Personnel non médical

Ce tableau des effectifs reprend les équivalents temps plein (ETP) rémunérés en 2018. Il n'inclut pas 0.50 ETP de Responsable Assurance Qualité, 0.40 ETP d'Assistante sociale (personnels mis à disposition par l'Hôpital de Molsheim).

EHPAD	EHPAD	SSR	TOTAL
PERSONNELS ADMINISTRATIFS	4,49	0,98	5,47
PERSONNELS SOIGNANTS	50,87	25,1	75,97
<i>pool hôtelier</i>	20,61	5,96	26,57
<i>aides soignants</i>	22,53	13,28	35,81
<i>infirmier DE</i>	6,23	5,86	12,09
<i>psychologue</i>	0,5	0,3	0,8
<i>IDEC</i>	1	1	2
PERSONNELS EDUCATIFS ET SOCIAUX Animation	2,7	1,8	4,5
PERSONNELS TECHNIQUES ET OUVRIERS	6,92	2,99	9,91
<i>cuisine</i>	3,55	1,09	4,64
<i>Chauffeur</i>		0,35	0,35
<i>lingerie/commun</i>	1,35	0,55	1,9
<i>service technique</i>	1	1	2
<i>gouvernant</i>	1		1
TOTAL	64,99	30,87	95,85

L'organisation actuelle permet une permanence des soins continue par la présence d'une infirmière dans l'établissement 24h /24h ainsi qu'une permanence médicale continue en SSR et jusque minuit en EHPAD.

❖ Missions et cadre réglementaire

L' EHPAD de Rosheim est une structure d'hébergement médico-sociale. C'est un lieu de vie qui a pour mission d'accompagner les personnes dépendantes de plus de 60 ans.

L'établissement offre une prise en charge globale des personnes âgées n'ayant plus partiellement ou totalement leur autonomie de vie en leur offrant une surveillance médicale et paramédicale constante mais aussi des prestations hôtelières et d'animation.

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

Textes de référence : Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et Loi n° 2009-879 du 22 juillet 2009 HPST.

❖ **Valeurs de l'établissement**

Les valeurs professionnelles retenues dans le projet d'établissement et partagées par tous les acteurs de l'hôpital Saint-Jacques guident l'accompagnement des personnes accueillies et de leurs familles.

NOS VALEURS PROFESSIONNELLES	NOS ENGAGEMENTS
Respect de la dignité de l'être humain et de sa qualité de vie	<p>Travailler avec et pour la personne accueillie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Connaître et appliquer la Charte des droits et libertés de la personne accueillie Inciter chaque personne accueillie à utiliser et développer ses ressources Préserver les liens familiaux Développer l'animation au quotidien Optimiser la prestation hôtelière et l'accueil Développer le projet de soins et de vie individualisé Etre à l'écoute, empathique, communicant Donner une information accessible et loyale et faire participer au choix du traitement Etre « bien traitant » : connaître et respecter les habitudes de vie
Solidarité et respect entre les professionnels	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p>Travailler en équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer le travail en équipe Connaître et reconnaître le travail de chaque professionnel Développer la communication et le savoir-être relationnel : accroître les capacités relationnelles et les techniques de communication Analyser ses pratiques professionnelles </div> <div style="flex: 1; text-align: center;"> </div> </div>
Motivation, implication, responsabilité	<p>Se respecter et respecter les autres</p> <ul style="list-style-type: none"> Connaître et respecter les règles professionnelles Respecter le secret et la discrétion professionnelle Respecter les horaires de travail Connaître et respecter le règlement intérieur Connaître et respecter l'organisation interne
Respect des règles institutionnelles	<p>Construire l'avenir de l'institution :</p>
Bienveillance	<ul style="list-style-type: none"> Participer aux projets institutionnels Développer ses compétences en permanence Développer la polyvalence Poursuivre l'amélioration de la Qualité, de façon continue

❖ Objectifs du Projet d'Établissement 2014-2018

Le projet d'établissement 2014-2018 a été rédigé suite à un travail pluridisciplinaire de diagnostic stratégique engageant tous les professionnels de l'établissement. Des objectifs ont été définis pour chaque partie du projet d'établissement : projet d'animation, projet médical, projet de vie, projet qualité, projet SIH, projet social et projet de soins. Ces objectifs ont alors donné lieu à un plan d'actions suivi dans le Programme d'Amélioration Continue de la Qualité.

Projet d'Animation

- Préserver et respecter l'identité de la personne âgée accueillie en EHPAD
- Favoriser l'expression verbale et non verbale
- Valoriser l'estime de soi au moyen de l'amélioration de la sensation de plaisir et de bien-être du résident
- Poursuivre l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur et notamment sur la cité
- Améliorer le pilotage et la coordination

Projet Médical

- Continuer à parfaire l'organisation médicale notamment au moment de la pré-admission
- Optimiser le bilan initial des fragilités et le suivi médical au cours du séjour
- Développer les pratiques d'accompagnement des personnes désorientées
- Améliorer la valorisation de l'activité et la traçabilité de l'activité
- Mettre en œuvre de nouvelles activités afin de répondre davantage aux besoins de la population

Projet Social

- Poursuivre l'amélioration de la qualité de vie au travail
- Poursuivre la modernisation des relations sociales
- Valoriser les compétences et prévoir les changements pour mieux s'y préparer

Projet de Vie

- Améliorer la place du résident
- Poursuivre l'amélioration de l'accueil du résident et son accompagnement lors de chacun de ses mouvements
- Améliorer les prestations hôtelières
- Améliorer l'animation

Projet Qualité

- > Garantir les droits individuels et collectifs des patients / résidents
- Améliorer la prise en soins des patients / résidents
- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse (PECM) du patient et toutes les étapes du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- Offrir un environnement et un cadre de vie performant et sécurisant
- Développer l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur
- Développer les compétences et nourrir l'implication des personnels
- Optimiser et perfectionner le management de la qualité

Projet de soins

- Développer les étapes de la pré-admission (rencontre médicale et paramédicale)
- Développer les projets de soins personnalisés dans le cadre du projet d'accompagnement (Anesm : qualité de vie en Ehpad, volet 4)
- Accompagner la fin de la vie (Anesm : qualité de vie en Ehpad, volet 4)
- Développer les réunions pluridisciplinaires

Le projet d'établissement 2014-2018 a été prorogé pour l'année 2019 dans l'attente de la fusion avec l'Hôpital de Molsheim. En parallèle de la présente auto-évaluation interne, le bilan du projet d'établissement 2014-2018 est en cours de réalisation. Par conséquent, le nouveau projet d'établissement s'appuiera sur le bilan du projet 2014-2018 et sur les résultats de l'évaluation interne afin de développer ou reconduire de nouveaux axes prioritaires en lien avec le bilan dressé.

2- Caractéristiques des personnes accueillies

❖ Evolution des données démographiques

Population accueillie

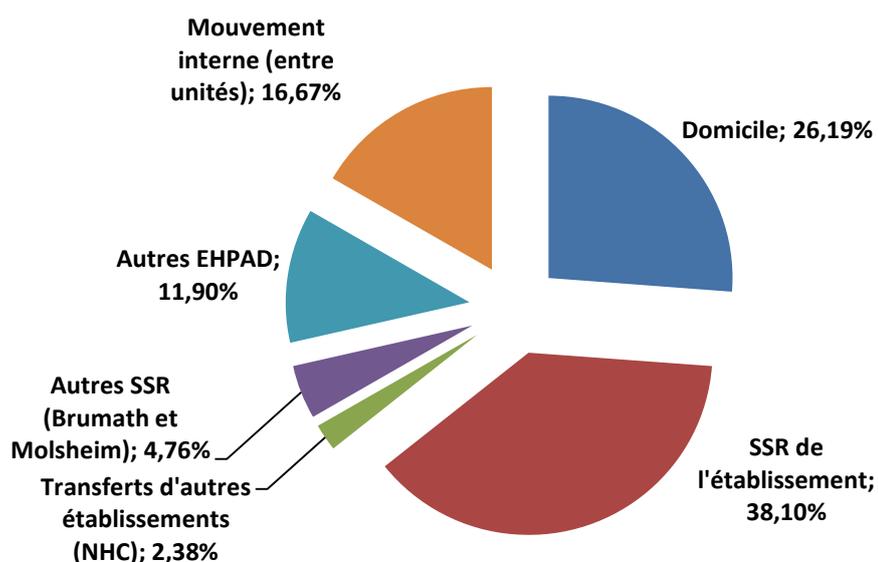
ANNEES	NB D'ENTREES	DUREE MOYENNE DE SEJOUR	MOYENNE AGE
2013	25	3.5 ans	18 hommes : 81.44 ans 72 femmes : 87.36 ans Soit 86.18 ans
2014	27	3.25 ans	17 hommes : 81,35 ans 73 femmes : 86,96 ans Soit 85,90 ans
2015	35	2.48 ans	17 hommes : 79,88 ans 73 femmes : 87,49 ans Soit 86,06 ans
2016	32	2.76 ans	16 hommes : 83,63 ans 74 femmes : 88,15 ans Soit 87,34 ans
2017	40	3.64 ans	21 hommes : 82.71 ans 67 femmes : 88.97 Soit 85.53 ans
2018	42	3.11 ans	18 hommes : 83.06 ans 70 femmes : 88.83 ans Soit : 85.70 ans

Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale



Provenance des admissions en EHPAD en 2018

Provenance des résidents en 2018



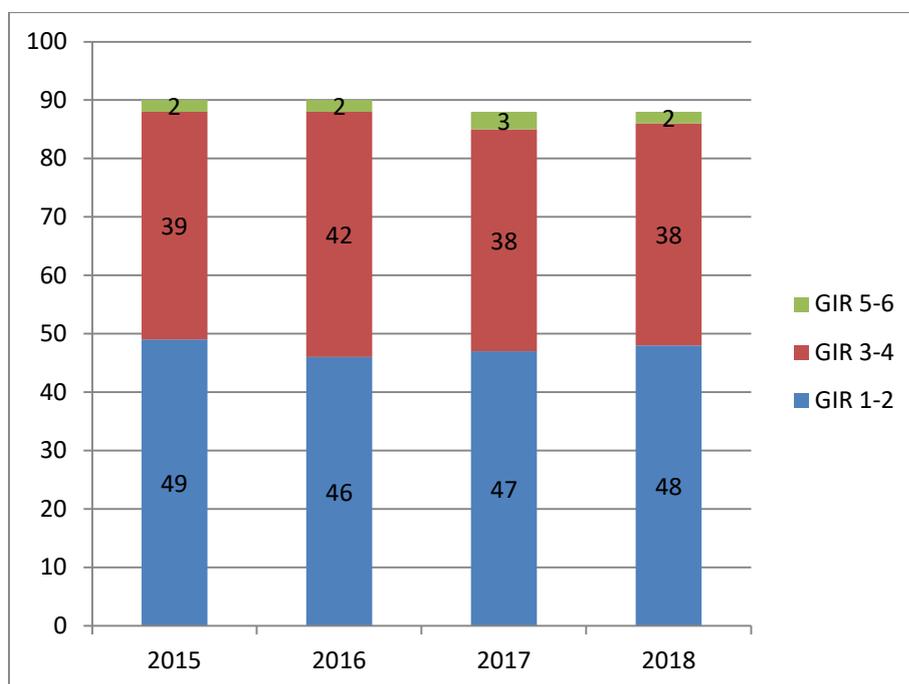
Origine géographique des 88 résidents d'EHPAD :

Canton	Origine géographique	Nombre de personnes au 31/12/2018	%
Molsheim	Rosheim	35	75 %
	Rosenwiller	1	
	Boersch-Klingenthal	10	
	Ottrott	1	
	Griesheim	5	

	Bischoffsheim	2	
	Mollkirch	0	
	Grendelbruch	0	
Autres communes du canton de Molsheim		12	
Obernai	Obernai	6	9.09
	Bernardswiller	2	%
Canton de Mutzig		4	4.55
Canton d'Erstein		2	2.27
Innenheim		2	2.27
Waltenheim S/Zorn		1	1.14
Strasbourg		3	3.41
Autres départements		2	2.27
			%

❖ **Caractéristiques de santé des personnes accueillies**

Evolution des GIR



ANNEES	GIR MOYEN PONDERE
2011	834.56
2012	803.89
2013	832.5
2014	794
2015	711.11
2016	696.44
2017	698.30
2018	717.50

Pathos Moyen Pondéré

204

* Ancienne coupe Pathos : **PMP 144**

Au 31 décembre 2018, 86% des résidents accueillis affichent une démence de type démences à corps de Lévi, démences mixtes, démences vasculaires ou post-AVC, démences Alzheimer, pathologies psychiatriques, démences /troubles cognitifs non étiquetés.

3- Le cadre évaluatif

L'évaluation interne de l'EHPAD de l'Hôpital de Rosheim a été conduite conformément à la réglementation en vigueur, et notamment en référence aux dispositions suivantes :

- Décret N° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant de l'action sociale et médico-sociale.
- Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles » (juillet 2009).
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012) ANESM.
- Rapport « sur l'évolution de la démarche qualité au sein des Ehpads et de son dispositif d'évaluation » (juillet 2018).

4- Les suites données à l'évaluation externe

La dernière évaluation externe a été réalisée en 2014. L'appréciation globale avait mis en lumière les points forts suivants :

- L'adéquation des objectifs du projet d'établissement avec les besoins des personnes accueillies
- La cohérence des objectifs entre eux
- L'adaptation des moyens humains (mais souligne une coupe Pathos ancienne en date de 2009)
- La pertinence des dispositifs de gestion et de suivi

Les préconisations d'amélioration de l'évaluateur externe concernaient notamment :

-  Le référentiel de l'évaluation interne
-  La connaissance et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques par les professionnels
-  Le développement des projets d'accompagnement individualisé
-  L'accessibilité des locaux
-  L'affichage des comptes-rendus d'instances pour rendre effective la participation des usagers

✓ **Des actions spécifiques ont été définies suite à l'évaluation externe et ont été intégrées dans le Programme d'Amélioration Continue de la Qualité afin d'en assurer le suivi. Ainsi sur 29 actions définies en 2014, 28 ont été réalisées.**

5- Les objectifs issus de la contractualisation

Conformément à l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, l'établissement a signé une convention tripartite en 2010. Celle-ci a été prorogée au regard de l'article 58 de la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoyant la signature de CPOM pour les EHPAD à compter du 1er janvier 2017.

L'arrêté de programmation des CPOM prévoit cette signature pour 2019 mais cette date reste à confirmer au regard du projet de fusion avec l'Hôpital de Molsheim.

Au titre de la convention tripartite de 2010, la direction s'est engagée à atteindre 20 objectifs :

- **Les objectifs de la première convention à valoriser dans le cadre de la démarche de certification AFNOR**
 - Prise en charge de l'incontinence
 - Mise en œuvre du projet de vie personnalisé

- **Politique et engagement qualité**
 - Développer la démarche qualité

- **Accueil et admission**
 - Organisation de l'accueil
 - Présentation de l'établissement
 - Gestion de la liste d'attente
 - Vérification du signataire du contrat
 - Résiliation du contrat à la demande de l'établissement
 - Accompagnement des résidents lors de difficultés de paiement
 - Etre assuré de la sauvegarde des biens du défunt avant exécution testamentaire ou intervention du notaire chargé de la succession
 - Réaliser un suivi budgétaire performant

- **Environnement et cadre de vie**
 - Préserver l'intimité du résident quant l'espace privatif est partagé par deux personnes n'ayant pas choisi la cohabitation

- **Prendre soin**
 - Etre en sécurité dans le respect de sa liberté individuelle

- **Restauration**
 - Les régimes et repas mixés sont limités aux prescriptions médicales
 - Adapter les horaires des repas selon les rythmes de vie et les habitudes antérieurs des résidents
 - Etre servi selon les principes hôteliers

- **Vie sociale**

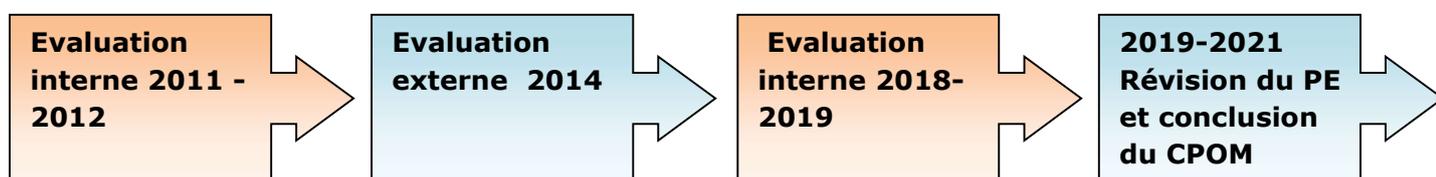
- Prise en charge individuelle et personnalisée pour tous les résidents
- Continuer à promouvoir la bienveillance au sein de l'établissement
- **Dispositif de convergence tarifaire**
- Atteindre la convergence tarifaire de la section "soins"

✓ **Une évaluation de l'accomplissement des actions découlant de ces objectifs a été effectuée en 2016. L'intégralité des objectifs ont été réalisées à cette date.**

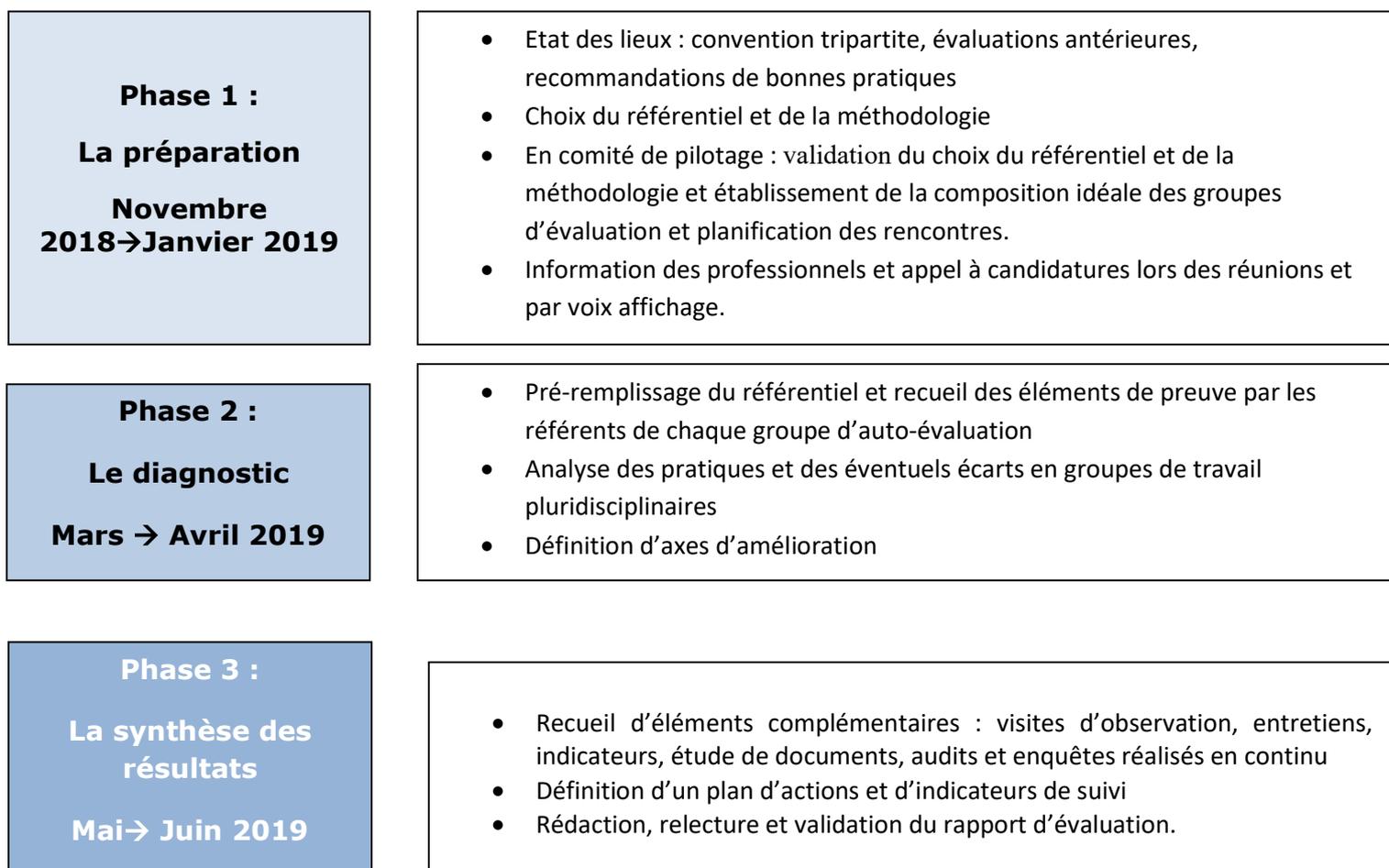
PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE L'EVALUATION INTERNE

1- Le calendrier d'évaluation interne

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit l'obligation pour les établissements sociaux et médico-sociaux de mettre en œuvre une politique d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations. Le calendrier des Évaluations Internes est défini par le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 : « Les résultats de ces évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation tous les cinq ans ou, pour les établissements et services ayant conclu un contrat pluriannuel, lors de la révision du contrat ».



2- Les étapes de l'évaluation interne



Phase 4 :

La communication et le suivi

Juin
2019→Septembre
2019

- Présentation des résultats en comité de pilotage de l'EI, en réunion de direction, et aux professionnels via une note d'information
- Présentation des résultats en réunion des familles
- Communication via le journal de l'établissement, affichage interne et internet
- Transmission du rapport à l'ARS et au Conseil départemental
- Suivi des actions dans le cadre du PACQ

3- Le choix du référentiel

Conformément à la recommandation des évaluateurs externes un travail a été réalisé en amont afin de refonder le référentiel d'évaluation interne pour une meilleure cohérence, une plus grande simplicité et une prise en compte qualitative des prestations de l'établissement. La grille a été créée en interne et intègre :

- ✚ des normes de l'AFNOR NF service (NF 386 et NF X 50 – 058),
- ✚ des éléments de la grille d'évaluation ANGELIQUE,
- ✚ des éléments du manuel de certification HAS V2014,
- ✚ des éléments de la base AGEVAL,
- ✚ les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM en vigueur

La grille se divise en chapitres et références : 5 chapitres et 17 références

Chapitre 1 : Promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale	<u>Ref. 1</u> : Qualité d'accueil et d'admission du résident <u>Ref. 2</u> : Etablissement confortable, accueillant et aux prestations adaptées <u>Ref. 3</u> : Animation et développement des liens sociaux <u>Ref. 4</u> : Organisation médicale et paramédicale garantissant sécurité, qualité et continuité des soins <u>Ref. 5</u> : Les aides et soins spécifiques
Chapitre 2 : Personnalisation de l'accompagnement	<u>Ref. 6</u> : Un projet de vie axe sur le maintien de l'autonomie <u>Ref. 7</u> : Une restauration en adéquation avec les besoins et attentes des résidents
Chapitre 3 : Garantie des droits et participation des usagers	<u>Ref. 8</u> : Respect des droits et libertés du résident <u>Ref. 9</u> : Evaluation et suivi de la satisfaction
Chapitre 4 : Protection, prévention des risques inhérents a la situation de vulnérabilité des usagers et démarche qualité	<u>Ref. 10</u> : Sécurité et maintenance <u>Ref. 11</u> : Gestion des risques <u>Ref. 12</u> : Démarche d'amélioration continue de la qualité <u>Ref. 13</u> : Evaluation des pratiques professionnelles
Chapitre 5 : Management de	<u>Ref. 14</u> : L'ouverture sur l'extérieur

l'établissement	<u>Ref. 15</u> : Management de l'établissement <u>Ref. 16</u> : Coordination médicale <u>Ref. 17</u> : Gestion des ressources humaines
------------------------	--

4- Acteurs impliqués et outils de recueil d'information

❖ La participation des résidents et des familles

Au-delà de la participation aux groupes 1, 2 et 3, l'expérience des résidents a été prise en compte de manière plus générale grâce aux dispositifs suivants :

Résidents Traceur

Cette méthode développée dans le cadre de la politique qualité de l'établissement a permis d'alimenter la grille d'évaluation. Pour chaque thématique, le lien a été réalisé avec l'expérience des résidents traceurs (signifié « RT » dans le référentiel) et a servi de point de départ au diagnostic.

Elle permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un résident en EHPAD en évaluant :

- les processus de soins,
- les organisations
- les systèmes qui concourent à sa prise en charge.

L'apport de cette méthode est d'intégrer le résident et son expérience ainsi que celle de ses proches dans l'évaluation de la prise en charge et d'évaluer le parcours du résident à travers le recueil d'informations fiables et pertinentes.

La diversité des profils des résidents traceurs (psychiatrie, maladie chroniques, neurologiques) permet une appréciation globale de la prise en charge.

Enquêtes de satisfaction

Les enquêtes de satisfaction réalisées chaque année par le responsable qualité de l'établissement ont également été utilisées afin d'intégrer le ressenti des résidents :

Enquêtes destination résidents	à des	Enquêtes de satisfaction des résidents Enquêtes de satisfaction des résidents nouvellement arrivés Enquêtes de Flash Repas Enquêtes de Repas Anniversaires
--------------------------------	-------	---

Enquêtes à destination des agents	à des	Enquête « Dispositif d'accueil des nouveaux agents » (2018) Enquête de satisfaction du personnel (2017)
-----------------------------------	-------	--

Réunion avec les représentants des résidents et les familles

La réunion avec les familles organisée le 25 juin 2019 a permis de discuter des actions émanant des groupes d'auto-évaluation et d'intégrer les propositions d'amélioration des familles.

❖ **Les autres outils de recueil d'information**

Les indicateurs de suivi interne (2018) ont été mobilisés dans le cadre de la démarche d'évaluation :

- Taux de participation des représentants des usagers au CVS → 65%
- Nombre annuel de réunion éthique : 2
- Taux de satisfaction des professionnels quant au dispositif d'intégration → 100%
- Pourcentage de professionnels ayant bénéficié d'une formation au cours de l'année → 68,6%
- Nombre d'information aux personnels sur les outils qualité → 2
- Nombre d'évaluation d'outils qualité → 2
- Nombre de réunion du CLUD → 3
- Nombre d'audit des projets de vie personnalisé en EHPAD → 1
- Nombre de formations annuelles sur chaque thème cité (douleur, les soins palliatifs, la fin de vie, les situations de handicap, les démences, etc) → 1

Le travail d'auto-évaluation a mis en lumière la nécessité de revoir ces indicateurs et d'en créer de nouveaux pour un meilleur suivi et une plus grande pertinence. Ce travail est mené en 2019 parallèlement à l'évaluation interne.

Les audits réalisés en 2018/2019 et les outils de pilotage interne ont également été pris en considération pendant la phase de recueil d'information :

- Audit de prise en charge de la douleur (CLUD 2018)
- Audit du rythme des douches (2019)
- Mise en conformité RGPD (2018)
- Audit des documents d'accueil en EHPAD (2018)

5- La méthodologie

Le COPIL :

Le comité de pilotage de l'évaluation interne s'est réuni le 1^{er} février 2019 afin de valider la grille d'évaluation et la composition des groupes et de définir le calendrier de la démarche. La méthodologie a été présentée à l'occasion de cette réunion.

Le comité de pilotage était composé de tous les responsables de services, du médecin coordinateur, du responsable qualité et de la directrice.

Le COPIL s'est réuni une seconde fois le 24 mai 2019 pour analyser les résultats issus des groupes de travail.

Les groupes de travail

Groupe 1 Qualité de vie (Réf 1-2-3)	Groupe 2 Organisation médicale et paramédicale (Réf 4-5-6-7)	Groupe 3 Droits des résidents et participation (Réf8-9)	Groupe 4 Protection prévention des risques (Réf 11-11)	Groupe 5 Management (Réf 12-13-14- 15(16-17)
17 avril 10h	15 mars 10h	11 avril 10h	12 avril 15h	14 mars 10H
IDEC (réfèrent) Médecin coordinateur Représentant des résidents RAQ Elève directrice Animateur Représentant du secretariat et des admissions Aide soignant IDE ASH	Médecin coordinateur (co- réfèrent) IDEC (co- réfèrent) RAQ Elève-directrice Psychologue Cuisinier ou responsable de cuisine Représentant des résidents Infirmier Aide soignant	IDEC (réfèrent) Elève-directrice RAQ Représentant des résidents IDE AS ASH Psychologue	Responsable service technique (co- réfèrent) RAQ (co- réfèrent) Elève-directrice IDEC IDE AS ASH	Directrice (réfèrent) Elève-directrice RAQ Responsable financier Responsable RH Responsable animation

L'objectif était de faire intervenir les bonnes personnes, sur les bonnes thématiques et sur des questions pertinentes afin :

- D'objectiver les pratiques
- De remplir le référentiel interne,
- D'identifier les axes de progression avec les pratiques attendues,
- D'identifier les points forts,
- Elaborer les propositions d'actions en matière d'amélioration des pratiques.

La préparation par les référents de groupes :

Dans un objectif de pertinence et de fiabilisation des informations utilisées, des référents de groupe (membre du COPIL) ont été désignés pour chaque groupe d'auto-évaluation. Ils avaient pour mission de renseigner le référentiel pour la partie « preuves » et d'apporter ainsi la matière aux débats et à l'analyse des pratiques. Cette étape a permis de répondre à un objectif de pertinence et de spécification des informations recueillies. Elle a permis aux agents et aux résidents participants aux groupes de poser le cadre théorique de l'existant dans l'établissement avant d'aborder la pratique.

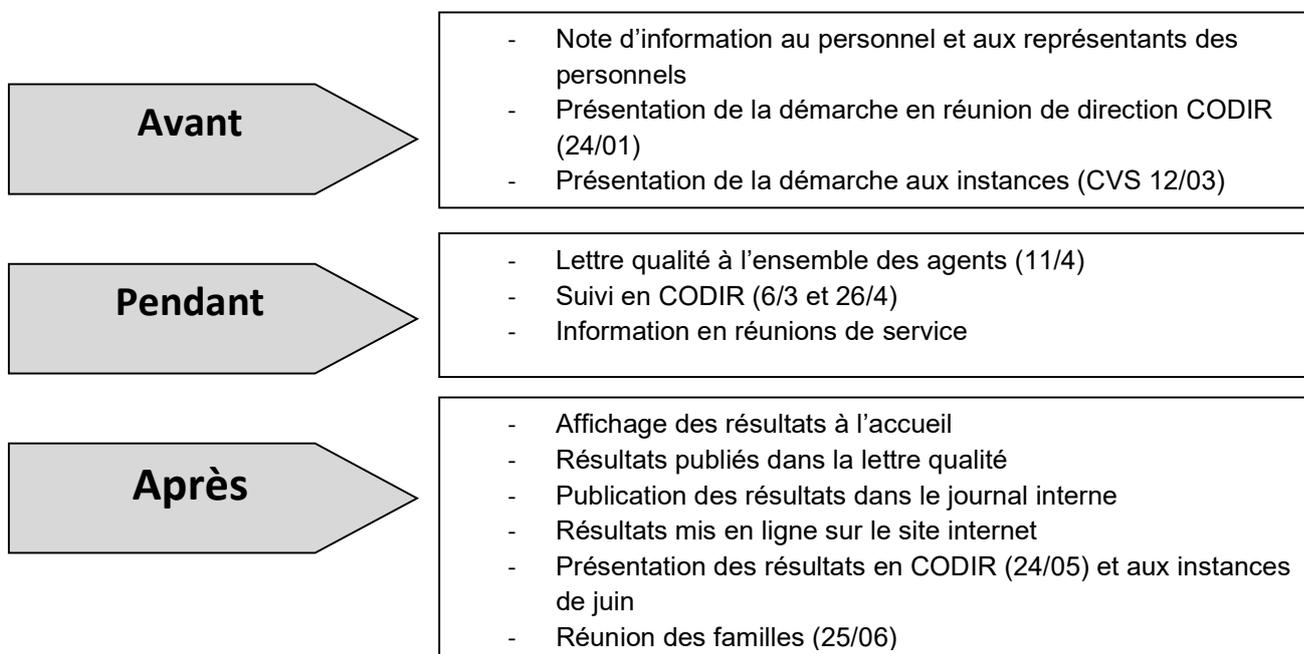
Cette préparation en amont a également permis de ne réunir les groupes qu'une seule fois par thématique et ainsi éviter de solliciter les membres à de nombreuses reprises et risquer de perdre en cohérence.

Les contraintes et difficultés de la démarche :

- La sollicitation des résidents et des familles sur des questions parfois techniques
- Les contraintes organisationnelles : si la participation des agents était organisée dans chaque groupe, des contraintes organisationnelles ont parfois pu empêcher leur présence ou la réduire

6- La communication

Tout au long de la démarche d'évaluation interne, une information a été transmise dans l'établissement. Plusieurs canaux de partage d'information ont été privilégiés dans le plan de communication



La multiplication des canaux de communication a permis d'informer à la fois les résidents et leurs familles mais aussi tous les professionnels de l'établissement de la conduite et des résultats de l'évaluation interne.

7- Le suivi (intégré à la démarche qualité)

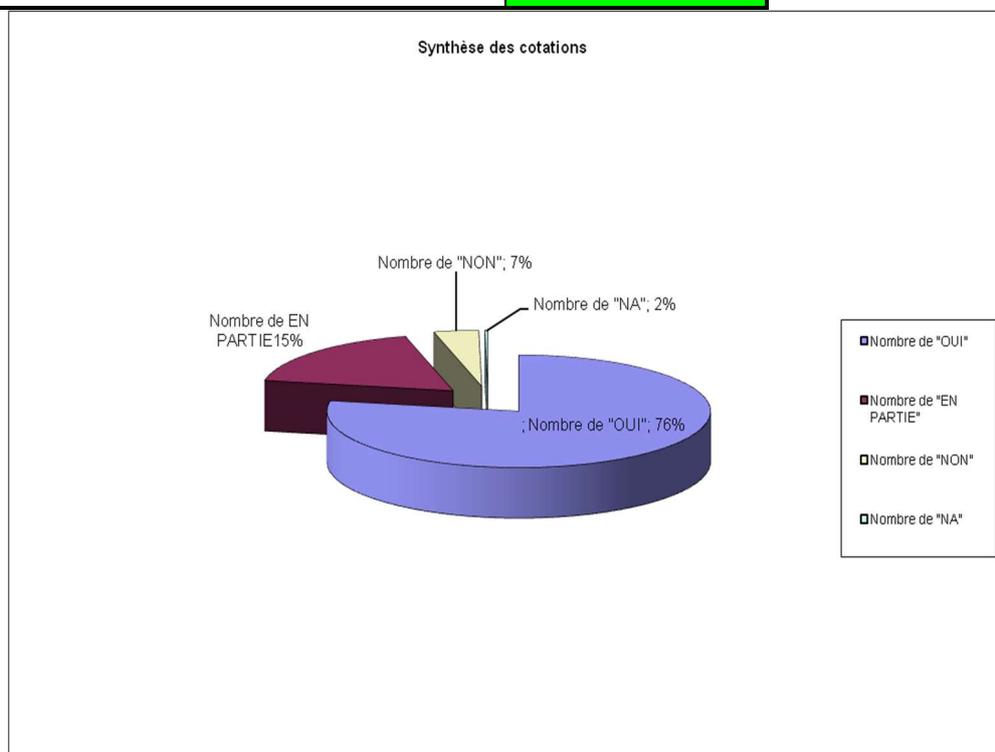
Les actions sont intégrées dans le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité. Pour chacune d'elle un objectif général, un pilote, une échéance et des indicateurs de suivi et de résultats sont déterminés.

Un point lors des COQUARIS 2019 et 2020 sera prévu afin de réaliser un suivi renforcé des actions de l'évaluation interne.

PARTIE 3 : LES RESULTATS DE L'EVALUATION INTERNE

La synthèse des résultats

Nombre de "OUI"	310
Nombre de "EN PARTIE"	75
Nombre de "NON"	15
Nombre de "NA"	1
COTATION DE L'AUTO-EVALUATION	83%



SYNTHESE DES COTATIONS	
REFERENCE 1 : QUALITE D'ACCUEIL ET D'ADMISSION DU RESIDENT	71%
REFERENCE 2 : ETABLISSEMENT CONFORTABLE, ACCUEILLANT ET AUX PRESTATIONS ADAPTEES	65%
REFERENCE 3 : ANIMATION ET DEVELOPPEMENT DES LIENS SOCIAUX	80%
REFERENCE 4 : ORGANISATION MEDICALE ET PARAMEDICALE GARANTISSANT SECURITE, QUALITE ET CONTINUTE DES SOINS	88%
REFERENCE 5 : LES AIDES ET SOINS SPECIFIQUES	84%
REFERENCE 6 : UN PROJET DE VIE AXE SUR LE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE	45%
REFERENCE 7 : UNE RESTAURATION EN ADEQUATION AVEC LES BESOINS ET ATTENTES DES RESIDENTS	84%
REFERENCE 8 : RESPECT DES DROITS ET LIBERTES DU RESIDENT	74%
REFERENCE 9 : EVALUATION ET SUIVI DE LA SATISFACTION	100%
REFERENCE 10 : SECURITE ET MAINTENANCE	80%
REFERENCE 11 : GESTION DES RISQUES	92%
REFERENCE 12 : DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE	77%
REFERENCE 13 : EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	33%
REFERENCE 14 : L'OUVERTURE SUR L'EXTERIEUR	80%
REFERENCE 15 : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT	77%
REFERENCE 16 : COORDINATION MEDICALE	100%
REFERENCE 17 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	63%

Les grands axes d'amélioration

Pour permettre une meilleur lisibilité et cohérence avec les recommandations de l'ANESM concernant la conduite de l'évaluation interne (« *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles* » 2009 et « *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012)* »), les résultats de l'évaluation menée ont été retranscrits selon les axes et thèmes préconisés :

L'analyse des pratiques internes au regard des normes et des objectifs fixés a permis de proposer les axes d'amélioration suivant :

La garantie des droits individuels et collectifs des résidents → Chapitre 3 référentiel interne

Revoir la procédure d'admission et de pré-admission pour une meilleure information et participation des résidents et de leurs familles

- Mettre à jour la plaquette d'admission en EHPAD et s'assurer de la mise à jour permanente des documents d'accueil sur le site internet de l'établissement
- Mettre à disposition un livret d'accueil dans le service pour que le référent aborde son contenu lors de l'accueil d'un nouveau résident
- Mettre à jour la procédure de gestion de la liste d'attente afin de formaliser les critères de refus ou d'admission
- Mettre à jour la procédure d'accueil en EHPAD afin d'accroître la présence du résident lors du RDV de pré-admission et de définir les modalités de recherche du consentement
- Proposer une visite de l'unité lors de l'admission et intégrer dans le programme d'animation des visites complètes pour les résidents qui le souhaitent

Garantir l'effectivité des droits et libertés des résidents

- Sensibiliser les agents au respect de l'intimité lors des soins en chambres doubles
- Créer des fiches thématiques sur les droits des résidents
- Sensibiliser les agents à la confidentialité des données à caractère médical
- Favoriser la liberté d'aller et venir en travaillant l'accessibilité des locaux, des espaces extérieurs et des abords de l'établissement dans **le projet architectural**
- Réactiver la commission des animations pour permettre une plus grande participation des résidents

Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne → Chapitre 1 référentiel interne

- Protocoliser et planifier la réalisation des toilettes évaluatives et des bilans d'autonomie
- Favoriser la participation du résident à la mise à jour de son PVP
- Intégrer la création d'un PASA au sein du projet architectural et la création d'espace dédiés à l'animation

Prévention des risques liés à la santé et inhérents à la vulnérabilité des résidents → Chapitre 4 référentiel interne

Améliorer la qualité des soins

- Développer les bilans cognitifs pour un meilleur accompagnement dès l'admission
- Formaliser et évaluer le protocole dénutrition pour une meilleure prévention et un meilleur accompagnement des résidents dénutris
- Réaliser une formation interne concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur
- Poursuivre les traitements non-médicamenteux (Snoezelen, Hypnose, ateliers thérapeutiques) et en évaluer l'efficacité
- Développer l'HAD en EHPAD
- Définir un plan d'évaluation de la bientraitance et mettre à jour le protocole de prise en charge de la maltraitance

Sécuriser le circuit du médicament

- Sécuriser le stockage des médicaments (en réparant les digicodes des salles de soins et en rappelant aux agents l'importance de fermer les salles de soins)
- Poursuivre le développement de la pharmacie clinique

Proposer un accompagnement adapté aux besoins des résidents

- Poursuivre la formation « Humanitude » et « Mieux communiquer avec les personnes âgées désorientées » pour prévenir les comportements d'agitation pathologique
- Mener une réflexion pour une formation abordant la gestion des fugues
- Poursuivre et évaluer l'efficacité des ateliers thérapeutiques

Qualité et Gestion des risques → Chapitre 4 référentiel interne

Optimiser la gestion documentaire et veiller à sa bonne utilisation et mise à jour

- Veiller à la connaissance par tous les agents des recommandations de bonnes pratiques en les intégrant dans la gestion documentaire
- Informer et former les agents à l'utilisation de l'outil de gestion documentaire pour une meilleure connaissance des protocoles internes

Sécurité et gestion des risques

- Réflexion sur l'installation d'un système d'appel malade mobile
- Poursuivre les formations hygiène pour tous les professionnels (HACCP, hygiène des mains)
- Formaliser la maintenance préventive des équipements

L'évaluation des pratiques

- Mettre en place des EPP : Animation et vie sociale ; Prise en charge du résident la nuit ; Déshydratation

Qualité

- Poursuivre et évaluer la bonne tenue du dossier résident à travers le dispositif de résidents-traceurs
- Installer une boîte « proposition d'amélioration » pour le personnel à côté de la boîte FSEI
- Parfaire la formation des agents au tri des déchets

Personnalisation de l'accompagnement → Chapitre 2 référentiel interne

Hébergement et vie quotidienne

- Revoir le rôle des référents auprès des résidents et sensibiliser les agents à l'intégration et l'accompagnement d'un résident
- Développer une culture de la qualité avec une formation « service en salle » et « savoir-être et relation avec une clientèle »

- Former les agents sur l'élaboration des PVP afin de favoriser la participation des résidents
- Planifier l'organisation des douches afin de répondre aux souhaits des résidents et en optimiser le suivi

Pour la cuisine

- Poursuivre l'élaboration de menus manger-mains et mener une réflexion sur l'élaboration de repas thérapeutiques
- Former les équipes de cuisine aux textures modifiées et au manger-main
- Formaliser le processus entre la cuisine et la diététicienne

Pour l'animation

- Mettre à jour la cartographie des activités
- Organiser une communication des principes du projet d'animation afin de permettre l'information et la participation des résidents et des familles

Management → Chapitre 5 référentiel interne

Management général

- Préciser la politique de communication externe et interne (principe de communication, supports..) pour une meilleure visibilité de l'action de l'établissement
- Développer la communication sur le site internet de l'établissement
- Repenser les indicateurs en EHPAD pour une plus grande pertinence et un meilleur suivi
- Installer une boîte à idée à destination des résidents et des familles
- Sensibiliser les agents à la sécurité des données et communiquer la procédure de changement des mots de passe

Structurer et organiser la présence des bénévoles dans l'établissement

- Proposer aux bénévoles des formations concernant l'accompagnement de la personne âgée et organiser une réunion des bénévoles une fois par an
- Réflexion sur la mise à disposition d'un véhicule adapté pour les sorties des résidents

Optimiser la coordination médicale

- Former les équipes aux transmissions ciblées
- Optimiser la communication (transmissions écrites et orales) et le transfert d'information entre les réunions (réunions de synthèse, réunion PVP)
- Mettre en place des séances d'APP pour des situations problématiques ciblées
- Développer les actes de télémédecine pour éviter les déplacements des résidents

Optimiser les ressources humaines

- S'assurer de la présence de l'ensemble des fiches de postes et fiches de tâche à jour dans la gestion documentaire
- Former les IDE au management d'équipe et au rôle de l'IDE en EHPAD

- Revoir l'organisation du travail de la nuit concernant l'administration des médicaments
- Revoir le dispositif d'accueil du nouvel arrivant pour un meilleur suivi dans le mois suivant le recrutement et une meilleure intégration
- Réflexion sur l'organisation des dossiers et la numérisation des dossiers RH et création d'une check-list des documents demandés
- Rédiger une procédure dégradée en cas d'absentéisme
- Réflexion sur la mise en place d'un pool AS et sur la sectorisation des IDE
- Mettre en œuvre le projet GPMC interne et disposer de grilles de compétences actualisées et réaliser un état des lieux des compétences
- Réflexion à mener sur la structure du DUER et l'intégration des AT et FSEI..
- Intégrer les conduites à tenir en cas de harcèlement au sein du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil des nouveaux personnels et diffuser le numéro téléphonique de soutien psychologique

Ces actions sont déclinées dans un plan d'actions qui indique l'objectif poursuivi, le pilote responsable de sa mise en œuvre, l'échéance de réalisation, un indicateur de résultat et un indicateur de suivi.

Constats spécifiques à l'architecture de l'établissement

Les références « Un projet de vie axé sur le maintien de l'autonomie » et « Un établissement confortable et accueillant » indique des valeurs fortement impactées par l'architecture de des bâtiments actuels. Ces résultats confortent l'établissement dans son projet de reconstruction à neuf. Les questions ciblées sur l'accessibilité des espaces intérieurs et extérieurs ainsi que sur le confort des chambres et la présence de salle de bains mettent en lumière l'impact de l'architecture actuelle sur le maintien de l'autonomie. Le respect des droits et libertés des résidents s'en trouve également diminué notamment le respect de l'intimité (chambre doubles) et la liberté d'aller et venir.

Les principes d'accessibilité, de maintien de l'autonomie et de respect des droits des résidents seront au cœur de toute la démarche de construction du nouveau bâtiment.

L'évaluation interne a permis de souder les équipes et les résidents autour de ce projet.

CONCLUSION

L'Évaluation Interne a permis à l'établissement de faire le bilan des actions engagées, d'évaluer le niveau de connaissance et d'application des mesures en place et de recenser de nouveaux axes d'amélioration. Ceci contribuera à maintenir la dynamique d'amélioration continue de la qualité.