

LES JARDINS DE ST HILAIRE

# EVALUATION INTERNE

Rapport de présentation



2013

## Préface

*L'établissement est membre du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) « Gardons et Garrigues » et a fait le choix d'une démarche commune d'évaluation de ses pratiques. Ce choix est issu de la philosophie de coopération qui a présidé à la constitution du groupement : une communauté de vues qui place l'utilisateur au centre de ses préoccupations.*

2

*Cette volonté de confronter les pratiques de chacun n'est pas seulement liée à l'opportunité de mutualisation des contingences logistiques de la procédure d'évaluation interne. Certes, l'apport méthodologique n'en a été que grandement facilité. Le « timing », prédéfini lors de réunions de synthèse, a permis à chacun de se situer dans le temps et de se laisser gagner par l'émulation de l'échéance de production à laquelle chaque membre était soumis.*

*Ce choix est celui de la possibilité ainsi donnée d'aborder les spécificités que chacun développe au bénéfice des personnes âgées accueillies, d'échanger autour des options qui ont fait la preuve de leur efficacité dans l'un ou l'autre des établissements, de s'inspirer des forces et faiblesses de chaque membre... Au final de tirer chacun vers le haut...*

*C'est ainsi que les membres du groupement ont choisi de créer un référentiel labellisé « Gardons et Garrigues » qui est en totale cohérence avec chaque pan de l'activité des établissements. Ce référentiel intègre et complète les items requis par l'ANESM.*

*C'est sans aucun doute dans ce désir du meilleur accompagnement possible que les membres du groupement ont fait le choix de se rapprocher courant de l'année 2010. Un travail a été mené, préalablement à tout engagement, afin de s'assurer d'une vision claire et partagée des objectifs de ce partenariat dont les pré requis ont été fixés :*

- Respecter l'identité et l'histoire de chaque partenaire,
- Partager une éthique et une déontologie commune,
- Optimiser les compétences de chacun et enrichir les pratiques professionnelles, sans provoquer de surcoût.

*Le GCSMS repose aujourd'hui sur une réelle identité juridique et a, d'ores et déjà, œuvré à proposer de nouveaux outils d'amélioration de la prise en charge : création d'une plate forme d'accompagnement et de répit aux aidants, d'une MAIA et, plus récemment, création d'un temps infirmier de nuit partagé : projet qui vient de recevoir un avis favorable et devrait se concrétiser très prochainement.*

*Egalement, des modalités d'optimisation des moyens de chacun sont définis et contribuent à créer, notamment, une plate forme d'achats, ce qui répond à la nécessité de maintenir les acquis dans un contexte de crise financière globale.*

*En conclusion, l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux, à l'instar de la certification des établissements sanitaires, est un nouvel enjeu et une source d'enrichissement pour le GCSMS « Gardons et Garrigues ».*

## Sommaire

1 . Présentation de l'établissement .....	5
1.1 L'historique de l'Association « Les Jardins de Saint Hilaire » : .....	5
1.1.1 « Le démarrage fulgurant » : .....	5
1.1.2 « Le retour à une vitesse de croisière compliqué » : .....	5
1.2 Descriptif de l'établissement .....	7
1.2.1 à l'étage .....	8
1.2.2 au rez de chaussée .....	8
1.3 Fiche d'identification.....	10
1.4 Etat des lieux budgétaire : .....	11
1.5 La population accueillie: .....	11
1.6 L'hébergement alternatif : .....	12
1.6.1 L'hébergement temporaire : .....	12
1.6.2 L'accueil de jour : .....	12
1.7 La répartition du personnel : .....	13
1.8 Perspectives et projets : .....	14
2. Evaluation interne .....	15
2.1 GCSMS Gardons et Garrigues .....	15
2.1.1 Stratégie de groupe .....	15
2.1.2 Construction du référentiel .....	15
2.1.3 Architecture.....	16
2.1.3 Ossature du rapport.....	18
2.2 Pilotage .....	18
2.2.1 COPIL.....	18
2.2.2 Copilotes .....	18
2.3 Autoévaluation.....	18
2.3.1 Participants.....	18
2.3.2 Réunion .....	20
2.4 Communication .....	20
2.5 Formation.....	21
2.5.1 AGéal .....	21
2.5.2 AGALMA Conseil.....	21

2.6 Difficultés rencontrées.....	21
3. Plan d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge .....	22
3.1 Pistes d'amélioration retenues .....	22
3.1.1 Analyse du référentiel .....	22
3.1.2 Les pistes d'amélioration retenues .....	28
3.2 Calendrier d'action .....	28
3.3 Plan d'action .....	29
3.3.1 Création du plan .....	29
3.3.2 Création fiche action .....	29
3.3.3 Communication.....	29
4. Conclusion.....	30

## 1 . Présentation de l'établissement

### 1.1 L'historique de l'Association « Les Jardins de Saint Hilaire » :

#### 1.1.1 « Le démarrage fulgurant » :

L'histoire de l'Association est marquée par de nombreuses difficultés qui peuvent être résumées par la réalisation d'un démarrage « fulgurant » marqué par une forte attractivité toujours présente aujourd'hui, qui, suite à une crise de gouvernance liée au départ du premier directeur et aux difficultés de recrutement d'un directeur à mi-temps, n'a pu être totalement « contrôlé » dans sa phase de « retour à une vitesse de croisière ».

Ce démarrage a été soutenu par la possibilité donnée à l'Association de fonctionner avec des moyens octroyés de manière anticipée et permettant d'accompagner la montée en charge progressive de l'activité décrite plus haut. Par ailleurs, certains postes n'ont pu être recrutés dès le départ, ce qui a également permis de renforcer une équipe de départ « sur-dotée » eu égard à l'activité. Cela a permis aux équipes en place de participer, à tous les niveaux, à la construction d'une prise en charge familiale et conviviale ; cette situation aura des conséquences comme nous le décrirons plus loin, en termes de « positionnement » de chacun et de retour à une activité « professionnelle ».

Néanmoins, cette période a permis un accueil dans des conditions optimales des résidants de la Châtaigneraie : foyer-logement en proie aux difficultés de mise en conformité avec les nouvelles réglementations ; les équipes ayant pu organiser des rencontres préalables et un véritable accompagnement individualisé. Les organisations de travail ont pu être validées au sein de chaque unité ; une sectorisation médicale a été définie autour d'un projet de soins qui, s'il n'a pas pu être formalisé alors, est reconnue comme satisfaisant les critères d'un accompagnement performant.

#### 1.1.2 « Le retour à une vitesse de croisière compliqué » :

A l'aube de la démarche d'évaluation interne, la prise en charge proposée est de grande qualité, permise par le parti pris d'un accompagnement de proximité au sein d'unités dont le fonctionnement est autonome.

La montée en charge progressive n'a, néanmoins, pu être menée à son terme dans les meilleures conditions et a abouti à une crise sociale importante au sein de l'établissement à l'occasion de sa dernière phase en 2009.

En effet, l'Association a pu, malgré l'absence prolongée d'un directeur, mener à son terme une extension d'activité de 5 lits supplémentaires en 2009. Cette extension était annoncée comme créatrice de moyens nouveaux, ce qui se légitimait à la fois par la surface créée (500 m<sup>2</sup>) et par le fait que cette dernière phase devait permettre d'accompagner une réorganisation

de la prise en charge soignante amorcée en 2007. C'est ainsi que 2.50 ETP ASH et 1.65 ETP Aide soignants devaient venir renforcer les équipes en place.

Or, les recettes d'activité supplémentaires ne devaient, en réalité, que permettre un retour à un équilibre budgétaire malmené par les crises de gouvernance successives et n'a, donc, pas permis la création de moyens supplémentaires. En outre, la convention tripartite étant arrivée à échéance, aucune perspective ne pouvait, à court terme, permettre une sortie de crise satisfaisante.

Pour ce qui concerne la création de moyens soignants, l'établissement, dont la dotation était supérieure à la référence plafond, entrainait dans l'effort de convergence tarifaire.

C'est dans ce contexte que l'Association a du faire « l'apprentissage » des contraintes budgétaires.

L'extension d'activité a été réalisée, en tout état de cause, à moyens constants et permet d'optimiser les conditions d'accueil et d'accompagnement des personnes les plus dépendantes.

La convention tripartite de deuxième génération a constitué, pour l'Association, l'opportunité d'une mise à plat nécessaire de son activité et le « retour à une vitesse de croisière ».

La convention tripartite a ainsi pu entériner un ensemble d'actions permettant d'apporter des solutions aux problématiques en présence :

- Dynamiser une filière hôtelière totalement « embolisée » par la prise en charge soignante,
- Accompagner la montée en charge du niveau de dépendance et permettre l'accompagnement des personnes physiquement dépendantes dans les meilleures conditions,
- Optimiser la prise en charge des personnes atteintes de démences de type Alzheimer et, en particulier, permettre un retour au projet initial du deuxième Cantou de l'établissement,
- Renforcer la prise en charge médicale et, en particulier, œuvrer à l'amélioration de l'organisation des soins (création de procédures de prise en charge),
- Enfin, améliorer la gestion de l'activité et, en particulier, rationaliser les moyens administratifs et logistiques.

Ces objectifs intègrent, pour chacun d'eux, la nécessité d'un retour à un climat social favorable. C'est ainsi que les équipes aides soignantes sont renforcées, les équipes ASH recentrées et animées,...

L'Association a pu opter pour le tarif global de soins. Cela lui a permis, notamment :

- D'abonder les équipes de soins,
- De permettre un travail de remise en cohérence des fonctions hôtelières et soignantes,

- D'améliorer la coordination des soins à travers, en particulier, l'intégration d'un kinésithérapeute salarié,
- D'informatiser le dossier de soins et l'information médicale,
- De dissocier la prise en charge des personnes atteintes de démences de type Alzheimer, par l'intermédiaire de la création d'un temps infirmier dédié ; aidée en cela par la création d'un PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.

L'établissement a fourni, également, un travail important de formalisation de ses pratiques indispensable, en particulier, à la prise en charge des soins apportés aux résidents. C'est ainsi que de nombreuses procédures médicales et d'urgence ont été finalisées. Ce travail se poursuit aujourd'hui en lien avec les équipes. La démarche d'évaluation interne constituera un indicateur du niveau d'atteinte de cet objectif particulièrement important aux Jardins de Saint Hilaire.

## 1.2 Descriptif de l'établissement

L'EHPAD « Les Jardins de Saint Hilaire » est, aujourd'hui, en activité depuis 10 ans ; il possède une capacité de 81 lits et/ou places et propose divers types d'accompagnement à travers l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et définitif qui lui permet d'assurer une continuité dans la prise en charge de personnes âgées dépendantes.

L'établissement a connu une montée en charge progressive de son activité :

- Par arrêté du 12 mars 2001 création de :
  - 30 lits d'hébergement permanent
  - 2 lits d'hébergement temporaire
  - 6 places d'Accueil de Jour
- Par arrêté du 14 Février 2003 extension de :
  - 11 lits d'hébergement permanent
- Par arrêté du 6 Septembre 2004 extension de :
  - 25 lits d'hébergement permanent
  - 2 lits d'hébergement temporaire
- Par arrêté du 19 Février 2009 :
  - 5 lits d'hébergement permanent

L'établissement a été conçu à partir d'un cahier des charges adapté aux besoins de personnes âgées valides à totalement dépendantes physiquement et psychologiquement.

Il comporte 76 chambres individuelles dont 8 communiquent entre elles et peuvent permettre l'accueil de couples. Toutes les chambres sont accessibles aux fauteuils roulants, possèdent un

système d'appel malade dans la chambre et la salle de bain, douche de plain pied avec revêtement antidérapant,... En outre, 34 chambres sont équipées de rails de manutention qui permettent des transferts sécurisés et de lutter contre les risques professionnels liés à la manutention. Cet équipement est réservé aux résidents les plus dépendants.

### 1.2.1 à l'étage

- 2 unités pour un total de 41 lits : hébergement de personnes âgées physiquement dépendantes et soins palliatifs. L'entrée de chacune des unités est équipée d'un salon privatif.
- Une infirmerie équipée d'une salle de soins et d'un espace de réception des piluliers sécurisés préparés par le pharmacien référent.
- Un cabinet médical.
- Le bureau du psychologue.
- Une salle de rééducation fonctionnelle.
- La salle du personnel.
- Le bureau des délégués du personnel.

### 1.2.2 au rez de chaussée

- 8 chambres d'hébergement pour personnes valides.
- Deux unités protégées de 13 et 14 chambres qui accueillent des personnes âgées atteintes de démences de type Alzheimer (CANTOU).
- Un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) de 14 places constitué de 4 pôles :
  - Une salle repas thérapeutique équipé d'une cuisine attenante,
  - Un espace « ateliers mémoire »,
  - Un pôle Snoezellen,
  - Une salle de repos équipée de fauteuils de repos.
- Un jardin PASA jouxtant le PASA et en reproduisant les pôles :
  - Jardin méditerranéen pour les repères culturels,
  - Un jardin potager planté à différentes hauteurs pour permettre de semer et récolter à tous les niveaux d'autonomie,
  - Un espace zen : bambous, fontaine et musique d'ambiance pour l'apaisement physique et psychique,
  - Un parcours de déambulation : ponts à franchir, différentes textures de sol (meuble, gravier, bois,...), jeux d'adresse.
- Un hall d'entrée constitué de petits salons privés et d'une grande pièce à vivre permettant d'accueillir de nombreuses activités d'animation, notamment.



- Des locaux collectifs adaptés : salle de restaurant par aile avec kitchenette spécifique, salons de détente, bibliothèques, terrasses couvertes et non couvertes, jardin fermé pour le CANTOU.
- Un espace boutique/salon de thé géré par une Association de familles et d'amis (Association des Amis du Docteur Pierre Domergue).

La restauration est organisée en production culinaire directe ; ce qui, par comparaison au système de liaison froide en particulier, est un gage de qualité des repas et est très apprécié des résidants et de leur famille.

Le linge des résidants est également entretenu par l'établissement ; une lingère est employée à cet effet et effectue ses missions de nuit de façon à sécuriser le service en lien avec une aide soignante diplômée.

L'établissement dispose d'un parc spacieux et agréable auquel les résidants ont un accès facile (terrasses protégées).

### 1.3 Fiche d'identification

<b>Raison sociale</b>	Association « Les Jardins de Saint Hilaire »
<b>Adresse</b>	231 Chemin de Camp Ardon 30 560 Saint Hilaire de Brethmas
<b>Coordonnées</b>	04.66.60.68.60 Fax : 04.66.60.04.70
<b>Capacité / Activité</b>	Hébergement permanent : 71 lits Hébergement temporaire : 4 lits Accueil de jour : 6 places
<b>Nature juridique de la structure</b>	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes EHPAD
<b>Propriétaire des locaux</b>	Association « Les Jardins de Saint Hilaire »
<b>Autorisation</b>	Arrêté du 12 mars 2001 Arrêté du 14 février 2003 Arrêté du 6 septembre 2004 Arrêté du 19 février 2009
<b>Habilitation aide sociale</b>	Pour la totalité de la capacité
<b>Tarifification</b>	Ternaire (hébergement, dépendance, soins) Tarification mixte ARS/Président du conseil général
<b>Statut du personnel</b>	FEHAP Convention collective du 31 octobre 1951
<b>Code FINESS</b>	30 000 28 88
<b>SIRET</b>	434 870 481 000 26
<b>APE</b>	Établissement pour personnes âgées 853AC
<b>Président du Conseil d'administration</b>	Monsieur CROZE Didier
<b>Directeur</b>	Madame TAKHEDMIT Sylvie
<b>Étages</b>	Premier étage : 41 lits Rez-de-chaussée : 35

## 1.4 Etat des lieux budgétaire :

→ Situation 2013 :

Occupation sur les trois derniers exercices pour une cible budgétaire de 99 % d'activité d'hébergement permanent :

Activité	2010	2011	2012
Journées	26 900	26 019	26 204
Taux	103,8 %	100,4 %	101,4 %

11

Tarifs appliqués lors de l'exercice en cours / au 1<sup>er</sup> avril 2013 :

Mode d'hébergement	Tarif hébergement	TM GIR 5 et 6	GIR 3 et 4	GIR 1 et 2	Dotation soins
Hébergement permanent	56,27	5	11,77	18,55	1 213 622 euros
Hébergement temporaire	56,27	5	11,77	18,55	
Accueil de jour	34,01	3,06	7,22	11,37	
Tarif moins de 60 ans	71,21				

## 1.5 La population accueillie:

L'EHPAD « Les Jardins de Saint Hilaire » accueille des personnes âgées dépendantes qui nécessitent une surveillance et des soins importants.

Le GMP est, aujourd'hui, évalué à 785. Le PMP quant à lui validé à 160 témoigne d'une forte médicalisation.

L'établissement s'organise autour des ailes suivantes (hébergement permanent) :

- Service C.A.N.T.O.U (rez-de-chaussée Est) réservé aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou démences apparentées : 13 résidents GIR1/2. En début d'aile, 4 chambres sont réservées à des personnes relativement autonomes : GIR 3/4 voire 5/6.
- Service MAISONNEE/RECANTOU (rez-de-chaussée Ouest) prévu pour l'accueil de personnes atteintes de démences de type Alzheimer : 14 résidents GIR 2/3. En début d'aile, 4 chambres ne font pas partie de l'unité protégée et sont réservées à l'accueil de personnes relativement autonomes : GIR 3/4 voire 5/6.

- Service SOLEILLADE (à l'étage Est) réservé aux personnes à forte dépendance : 18 résidents dont 13 GIR 1/2 et 5 GIR 3/4.
- Service ESPEROU (à l'étage Ouest) réservé aux personnes atteintes de démences de type Alzheimer en fin d'évolution : 18 résidents dont 14 GIR 1/2 et 4 GIR 3/4. A ce service se greffe l'accueil de 5 résidents supplémentaires dans le cadre de l'extension d'activité réalisée en 2009 en cohérence avec la sectorisation médicale prédéfinie (activité de type « Long Séjour »).

## 1.6 L'hébergement alternatif :

L'établissement a défini une politique d'admission qui repose, en grande partie, sur le consentement à l'institutionnalisation. Une admission définitive de qualité repose, en effet, sur la nécessité que le résident adhère à son nouveau lieu de vie. Pour les personnes psychiquement dépendantes, cette adhésion sera plus compliquée à obtenir ; il conviendra alors de travailler à « apprivoiser » l'institutionnalisation.

Ce dernier aspect fait partie intégrante du projet des hébergements alternatifs que propose l'établissement : l'hébergement temporaire et l'accueil de jour.

### 1.6.1 L'hébergement temporaire :

L'hébergement temporaire propose des séjours de 3 mois, renouvelable un mois et pouvant être reconduit une fois par an.

Il est réservé à des personnes dont le niveau de dépendance est moyen : GIR 3/4, et, donc, compatible avec un retour à domicile.

Les personnes âgées choisissent cette alternative pour plusieurs raisons :

- Offrir un répit à ses aidants (vacances des aidants, hospitalisations,...).
- Rompre avec l'isolement, en particulier, l'hiver.
- Bénéficier d'un environnement sécurisant quelques semaines.

Les personnes admises vont effectuer plus ou moins de séjours avant d'envisager un hébergement définitif.

### 1.6.2 L'accueil de jour :

L'accueil de jour permet un accueil à la journée du Lundi au Vendredi, parfois même le Samedi, Dimanche ; y compris les jours fériés. Ce service est ouvert de 9h30 à 17h30. Les transports sont organisés par l'établissement.

Ce type d'accueil est, en général, destiné à des personnes présentant des troubles cognitifs afin de bénéficier d'un accompagnement spécialisé : présence d'assistantes de soins en gérontologie, d'ergothérapeute, de psychologue, etc...

C'est ainsi que seront organisées des activités thérapeutiques de type atelier mémoire, repas thérapeutique, évaluation cognitivo-psycho-comportementale,...

Ce type d'accompagnement permettra d'accompagner la personne vers une prise en charge définitive, préparera l'admission et accompagnera la famille dans cette démarche afin d'éviter l'admission en urgence.

### 1.7 La répartition du personnel :

	<b>BP 2013</b>			
	Accordé	Hébergement	Dépendance	SOINS
Directeur	1	1		
Administratif	2,75	2,75		
Cadre hôtelier	1	1		
Cuisiniers	2	2		
ASH restauration	1,20	1,20		
ASH dont animatrice	16	11,20	4,80	
Psychologue	0,50		0,50	
Aides soignantes	18,50		5,55	12,95
Infirmières	5,5			5,50
Assistants de soins en gérontologie	1,5			1,50
Ergothérapeute	0,80			0,80
Kinésithérapeute	0,75			0,75
Médecin	0,50			0,50
Psychomotricien	0,50			0,50
Ouvrier d'entretien	1	1		
<b>TOTAL</b>	<b>53,50</b>	<b>19,15</b>	<b>10,85</b>	<b>22,50</b>

Nombre Total d'ETP (tous types de postes confondus) - 2013	53,50
Ratio ETP Total / Nombre de lits	0,66

## 1.8 Perspectives et projets :

L'Association entre dans sa 10<sup>ème</sup> année d'existence dans un contexte global de crise. L'impératif Associatif de maintien d'un tarif opposable aux résidants dans la mesure des moyens de la population âgée du bassin alésien constitue la problématique prioritaire.

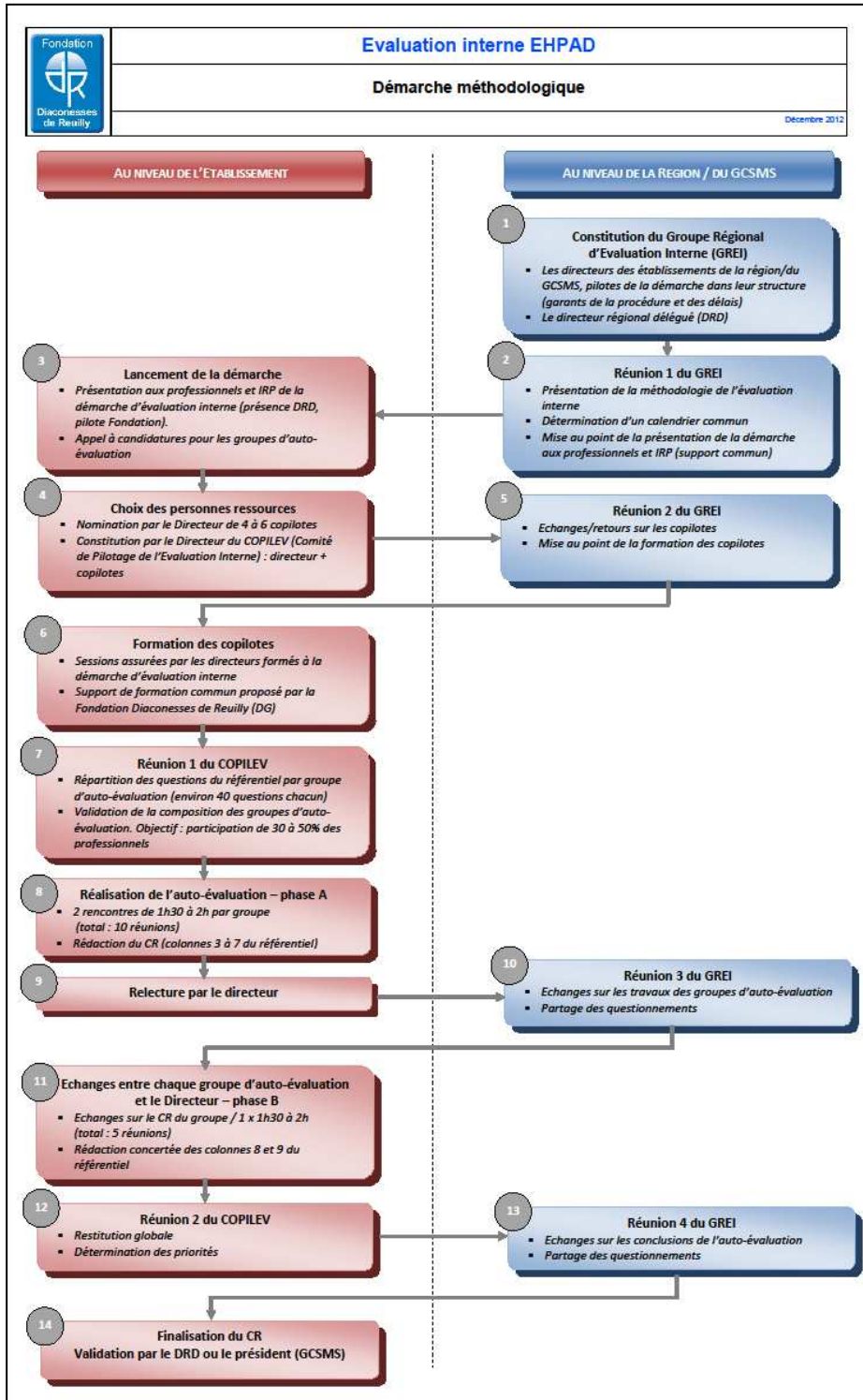
En effet, de nombreuses dépenses subissent des dépassements structurels. Cela fait peser une certaine incertitude quant à la capacité de l'établissement à maintenir des tarifs opposables qui soient en concordance avec les possibilités contributives des personnes âgées.

Compte tenu des restrictions que se voient imposer les autorités de tarification, l'Association réfléchit, d'ores et déjà, à des solutions alternatives qui ne passeront, malgré tout, que par une optimisation des ressources dont dispose l'établissement, pourquoi pas, à une augmentation de l'offre qu'elle propose.

## 2. Evaluation interne

### 2.1 GCSMS Gardons et Garrigues

#### 2.1.1 Stratégie de groupe



Le GCSMS Gardons et Garrigues a tout naturellement été sollicité dans le cadre de l'évaluation interne. La mise en commun des réflexions de chaque établissement, avec ses caractéristiques propres, a permis de nourrir l'évaluation interne de tous.

De plus, le SSR les Cadières a pu apporter son expérience des évaluations dans le cadre de son accréditation réalisée en 2010. Un calendrier de réunion a été défini afin de faire des points tout le long de l'évaluation et de permettre d'échanger sur les difficultés, les interrogations soulevées.

#### 2.1.2 Construction du référentiel

Dans un premier temps, le GCSMS Gardons et Garrigues s'est réuni au côté de la fondation Diaconesses afin d'établir un référentiel personnalisé. Cette volonté de prendre le temps d'établir un référentiel propre a eu plusieurs avantages :

- Renforcer la cohésion du GCSMS Gardons et Garrigues récemment créé
- Maîtriser l'outil central

de l'évaluation interne par une connaissance approfondie du référentiel et pouvoir transmettre efficacement sa prise en main aux pilotes en interne

- Pouvoir mettre en exergue les valeurs humaines essentielles aux établissements
- Préparer la phase d'évaluation externe, en s'engageant dans une démarche continue d'amélioration de la qualité.

### 2.1.3 Architecture

L'outil comporte 6 axes sur 9 colonnes.

#### *Axes, thèmes et critères :*

Les « axes » d'évaluation servent à faciliter l'utilisation du référentiel en découpant l'activité des EHPAD. Ces axes ont volontairement été choisis en cohérence avec ceux recommandés par l'ANESM.

- Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs
- Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents
- Axe 3 : Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance
- Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement
- Axe 5 : L'accompagnement de la fin de vie
- Axe 6 : L'organisation de l'établissement

Les « thèmes » représentent les « bonnes pratiques » ou « références minimum » que les établissements doivent pouvoir mettre en place afin de répondre aux objectifs de leur mission. Les « critères » interrogent, quant à eux, le degré de réalisation de chaque thème : ils évaluent les moyens supposés être mis en place pour la réalisation des actions.

A travers ces critères, l'objectif est d'être en mesure de répondre aux interrogations suivantes :

- Comment nous sommes-nous organisés ? (procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)
- Que faisons-nous effectivement ?
- Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ?
- Comment apprécions-nous les effets attendus ?

#### *Cotation*

Chaque critère est écrit sous la forme d'une question à laquelle il faut répondre par « oui » ou par « non ».

La cotation doit être justifiée dans la colonne « points forts/faibles » et peut-être complétée par des préconisations. Ces commentaires permettront d'identifier les pistes d'amélioration.

#### *Supports*

Cette partie a pour objet de recenser les éléments justificatifs sur lesquels les professionnels s'appuient pour prouver la réalisation du critère. Par exemple :

- Chartes
- Projet d'établissement
- Projets individuels
- Livret d'accueil
- Contrats de séjour
- Politiques
- Protocoles



- Conventions
- Contrats...

### **Points forts/points faibles**

Sont recensés dans cette partie tous les éléments permettant de développer et de donner un éclairage complémentaire à la réponse fournie. Il s'agit de noter les informations pertinentes relatives aux critères, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts.

L'identification des points vise à :

- repérer des aspects positifs, même ponctuels, pouvant éventuellement servir d'exemples au reste de l'institution,
- vérifier la permanence des points forts constatés lors de précédentes auto-évaluations le cas échéant,
- éviter de renforcer en priorité un point fort alors qu'il existe encore une sous-qualité réelle ailleurs (point faible), nécessitant des actions urgentes,
- faciliter la communication et la mobilisation : elles seront d'autant meilleures autour des points faibles qu'une communication aura été menée sur la valorisation des points forts.

L'identification des points faibles vise à :

- repérer les points faibles, même ponctuels,
- hiérarchiser ces points faibles, à partir de critères de gravité et de possibilités d'actions,
- élaborer des objectifs et des modalités d'action pour agir sur ces points faibles, prenant en compte l'ensemble du fonctionnement de l'établissement, afin d'éviter des effets pervers sur la qualité,
- définir les critères d'évaluation d'amélioration de la qualité concernant les actions menées autour de ces points faibles,
- vérifier, lors des auto-évaluations périodiques ultérieures, le niveau de réalisation des objectifs tant sur les points faibles que sur le fonctionnement général de l'EHPAD,
- redéfinir des modalités d'actions et leurs délais pour des objectifs non atteints, ou partiellement réalisés.

### **Propositions d'action**

Suite à la procédure de cotation des critères et à leur analyse, l'objectif est de formaliser dans cette partie les pistes susceptibles de contribuer à une évolution de la situation, de l'activité, des pratiques et du projet.

Les groupes d'évaluation pourront proposer des pistes, le COPIL les validera ou proposera d'autres pistes.

### **Degré d'urgence**

Cette donnée a pour but d'aider à hiérarchiser les priorités dans le cadre du plan d'actions.

Un guide d'aide au remplissage a, par ailleurs été rédigé à cette occasion afin d'aider les pilotes à la conduite de l'évaluation.

### 2.1.3 Ossature du rapport

De la même manière, l'ossature du rapport a été réfléchi en commun afin d'améliorer la visibilité de la stratégie de groupe mise en place.

Le respect de la recommandation de l'ANESM a été le point de départ de la construction de cette ossature commune

## 2.2 Pilotage

### 2.2.1 COPIL

Le COPIL est composé de l'équipe de direction des Jardins de St Hilaire :

- Mme Takhedmit, directrice,
- Mme Bonnefille, infirmière coordinatrice,
- Mme Jeronimo, responsable hôtelière,
- M Giordano, médecin coordonateur

### 2.2.2 Copilotes

Afin de mener l'évaluation interne, deux copilotes ont été désignées. Le choix de deux personnes s'est fait dans le but d'avoir une collégialité dans l'animation des groupes et une pluridisciplinarité dans la conduite de l'évaluation.

De plus, il s'agit de personnes récemment arrivées au sein de l'association, ce qui représente pour l'évaluation une meilleure neutralité et pour ces personnes une compréhension poussée de l'établissement.

Enfin, il a été volontairement choisi des personnes non cadres afin de rendre possible un maximum la liberté de paroles durant les échanges.

Les deux copilotes désignées sont :

- Mme Cauquis, assistante administrative
- Mme Grenier, infirmière

## 2.3 Autoévaluation

### 2.3.1 Participants

#### 2.3.1.1 Salariés

2 réunions de présentation de l'évaluation interne ont eu lieu en janvier 2013.

Cela a permis d'expliquer l'intérêt de cette démarche, ainsi que le calendrier prévisionnel de son déroulé.

A la suite de ces réunions un appel au volontariat a été lancé, en proposant à tous de choisir dans quel axe il voulait s'investir.

Le COPIL a validé la répartition du personnel volontaire dans les groupes en vérifiant la pluridisciplinarité et la présence de personnes qualifiées dans les axes (au moins un personnel

soignant dans l'axe relatif au soin, un personnel de l'accueil dans l'axe étudiant l'admission...). Les responsables hôtelier et soignant étaient présentes dans les axes concernant leur domaine afin de pouvoir apporter immédiatement des réponses à d'éventuelles questions soulevées lors de l'étude du référentiel.

### 2.3.1.2 autres intervenants

De la même manière, l'évaluation interne a été présentée aux membres du conseil d'administration, aux bénévoles et aux résidents, lors du comité de la vie sociale

<b>AXE 1</b> <b>La garantie des droits individuels et collectifs</b>	<b>AXE 2</b> <b>La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents</b>	<b>AXE 3</b> <b>Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance</b>
Mme Jeronimo (respons hôtel)  Mme Brunatto (adm) Mme Buchelet (ash) Mme Dimeur (as) Mme Goubet (adm) Mr Roure (entretien) M Roux (cuisine)  M Brunel (CA)	Mme Bonnefille (inf co) M Giordano (médecin co)  Mme Budet (asg) Mme Crespon (as) Mme Labbat (as) Mme Vierne (ide)  Mme Domergue (CA) M et Mme Verdier (bénévoles)	Mme Bonnefille (inf co) M Giordano (médecin co)  Mme Allilaire (as) Mme Mazauric (asg) Mme Pichon (ash) Mme Pradier (ergo)  M Barrès (bénévole) M Croze (président association)
<b>AXE 4</b> <b>La personnalisation de l'accompagnement</b>	<b>AXE 5</b> <b>L'accompagnement de la fin de vie</b>	<b>AXE 6</b> <b>L'organisation de l'établissement</b>
Mme Bonnefille (inf co) M Giordano (médecin co) Mme Jeronimo (respons hôtel)  Mme Goubet (adm)  Mme Roche (famille) M Olivier (CA)	Mme Bonnefille (inf co) M Giordano (médecin co)  Mme Artaud (psy) Mme Ayissi (ide) Mme Dolmovic (ide) Mme Guérit (as) Mme Lefebvre (as)  M Olivier (CA) M Croze (président association)	Mme Takhedmit (directrice) Mme Jeronimo (respons hôtel)  Mme Brunatto (adm) Mr Daudé (commissaire aux comptes) Mr Roure (entretien)  M Brunel (CA) M Croze (président association) M Saintrapt (trésorier association)

## 2.3.2 Réunion

### 2.3.2.1 Préambule

Avant le début des réunions, un travail de compilation des documents existants a été effectué par une personne spécialement recrutée pour cela. Par axe, cette personne a regroupé les documents qu'elle estimait a priori comme support aux questions posées dans le référentiel, avec un sommaire en début de chaque classeur.

L'intérêt de cette mesure était multiple :

- procéder à une première compilation des documents en service actuellement,
- regrouper les documents afin d'optimiser le temps des réunions
- garder une neutralité des copilotes quant aux supports étayant les réponses au référentiel

### 2.3.2.2 Durée et espacement

Les réunions ont été réfléchies d'une durée de 1h30 afin de garder les participants dans une dynamique d'efficacité.

Les réunions ont été espacées de 15 jours afin de permettre le temps de la réflexion, d'éventuelles recherches rendues nécessaires à la fin de la première réunion. Cet espacement permettait aussi des échanges avec des personnes n'ayant pas participé et qui avaient un point important à faire remonter.

### 2.3.2.4 Déroulé des réunions

En début de réunion les objectifs de l'évaluation ont été rappelés, ainsi que les conditions nécessaires à sa bonne conduite, à savoir qu'il ne fallait pas être dans le jugement et dépersonnaliser les débats.

Les co pilotes se sont entendues pour que l'une anime et débattre avec le groupe tandis que la seconde reportait immédiatement les réponses apportées sur le référentiel qui était projeté. Le principe de la vidéoprojection et du remplissage du référentiel a eu un double avantage :

- un gain de temps dans la rédaction
- une validation par l'ensemble du groupe des réponses apportées.

L'ensemble des classeurs réalisé au préalable était consultable durant la réunion. Certains documents ont été changé de classeurs, certains rajoutés et d'autres supprimés car non utilisés.

Lors de la dernière réunion, une relecture de l'ensemble de l'axe est réalisée afin de vérifier la cohérence des réponses. Une synthèse des points positifs et négatifs en ressortait à chaque fois.

## 2.4 Communication

Tout au long de l'évaluation interne, la communication a été un point important avec

- Un panneau d'affichage situé dans le hall sur lequel étaient présentés les axes une fois rempli
- Un retour auprès du CVS, du CA...
- Une réunion de synthèse a été réalisée afin de présenter à l'ensemble des participants les pistes d'amélioration proposées par chaque groupe, et la suite du calendrier de l'évaluation interne.

## 2.5 Formation

Préalablement à la tenue des réunions, deux formations ont été suivies

### 2.5.1 AGéal

L'une des copilotes, Mme Cauquis a suivi une formation intitulée « mettre en œuvre l'évaluation interne et préparer l'évaluation externe », organisée par AGéal, cabinet de conseil et organisme de formation dont la vocation est de contribuer à l'amélioration globale de la qualité de prise en charge, de l'efficacité des établissements et services et des conditions de travail des professionnels.

Le but de cette formation a été de comprendre le contexte de l'évaluation interne, d'aider à la réflexion sur la mise en place de l'évaluation interne au sein de l'établissement et de se préparer à l'évaluation externe.

### 2.5.2 AGALMA Conseil

M Dal Palu, coach en management a fait une intervention auprès des pilotes, co pilotes désignés par chaque établissement du GCSMS.

Dans la mesure où certains pilotes n'étaient pas du personnel encadrant, cette intervention a permis de donner des aides à l'animation de réunion.

## 2.6 Difficultés rencontrées

La première difficulté concernait la recherche des documents preuves. Cette difficulté d'une mission chronophage a été dépassée par le choix de recruter une personne spécialement affectée à cette tâche.

Les participants aux groupes d'évaluation autre que le personnel ont été peu présents lors des réunions. Lors de la prochaine évaluation interne, une attention particulière à la communication auprès de ces personnes sera apportée.

Malgré la construction en interne du référentiel utilisé, certaines questions ont été difficiles à comprendre. S'agissant de la première évaluation interne, il est vraisemblable que ces incompréhensions auront diminuées lors de la prochaine évaluation interne.

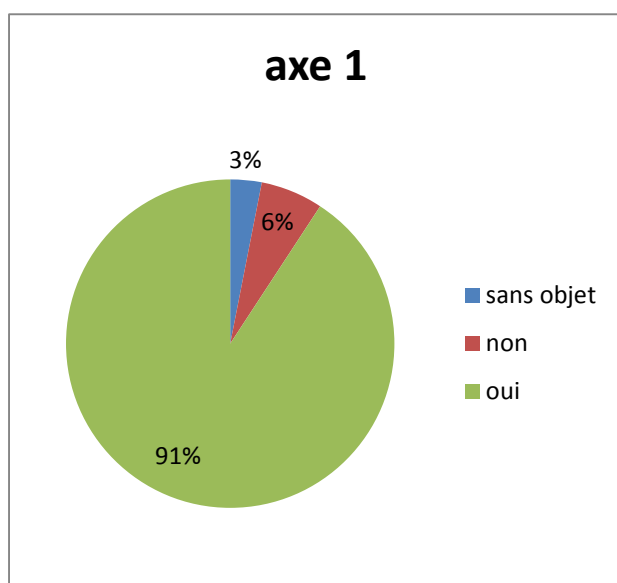
### 3. Plan d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge

#### 3.1 Pistes d'amélioration retenues

##### 3.1.1 Analyse du référentiel

82.12% des questions ont une réponse positive.

#### *Axe 1, garantie des droits individuels et collectifs*



65 questions, 4 réponses non, 59 oui, 2 sans objet

Les réponses négatives concernent :

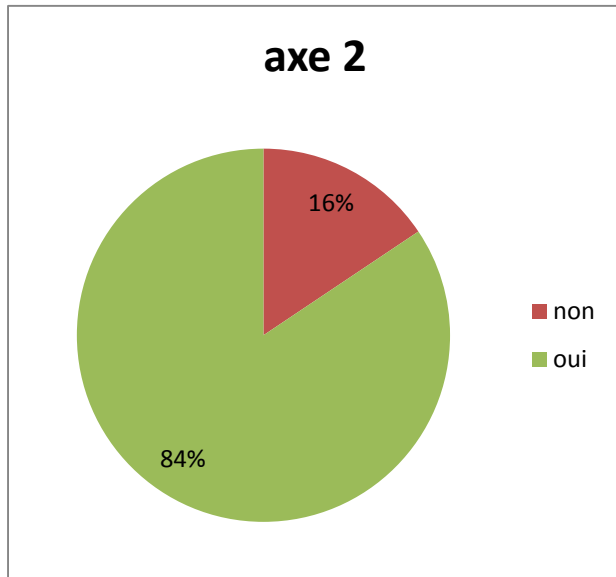
- la formation du personnel (la loi Kouchner de 2002 est méconnue),
- l'information concernant le droit d'accès aux documents des résidents n'est pas formalisée,
- la qualité de la communication sur les droits des résidents n'est pas évaluée.

**Les points forts :**

- le rôle des familles et leur participation à la prise en charge proposée sont bien intégrés,
- la communication entre les services et l'accueil est clairement définie et opérationnelle,
- le respect des souhaits des résidents est conçu comme une priorité et est systématiquement recherché,
- si les textes de loi ne sont pas connus, l'implication du personnel à la prise en compte des droits des résidents est réelle,
- il ressort de cet axe un professionnalisme à tous les niveaux d'intervention.

**Les points faibles** : les services de cuisine, les agents de service, le service entretien et les lingères ne sont pas directement intégrés. Leur implication n'est pas repérée en tant que référent notamment.

*Axe 2, La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents*



119 questions, 11 réponses non, 108 oui

Les réponses négatives concernent essentiellement l'évaluation de l'effectivité des protocoles. En effet, les protocoles font l'objet d'une diffusion qui peut s'étioler dans le temps.

**Les points forts :**

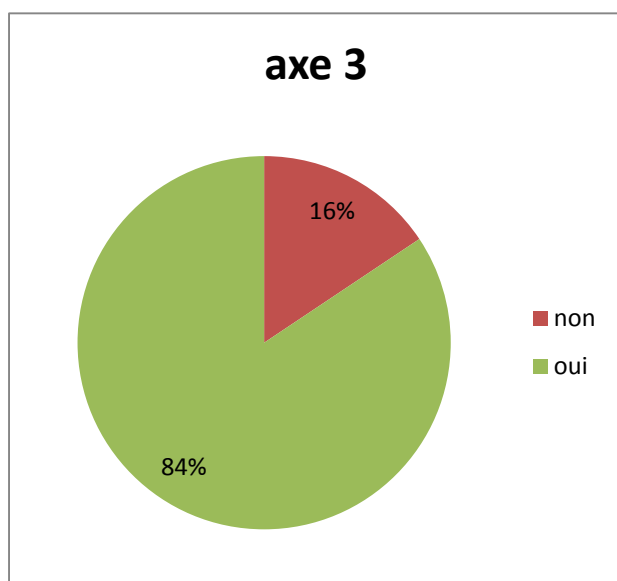
- Il apparaît que l'établissement bénéficie d'un haut niveau des soins,
- Le niveau d'information de chaque professionnel témoigne d'un réel esprit d'équipe ; la place de chacun est bien identifiée,
- Un soutien matériel important est relevé par les équipes,
- Le terme de « conscience professionnelle » est souvent évoqué.

**Les points faibles :**

Les protocoles une fois diffusés ne font pas systématiquement l'objet d'une rediffusion auprès des nouveaux embauchés.

Par ailleurs, il existe une lacune en termes de temps institutionnels d'information et de synthèse.

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



32 questions, 5 réponses non, 27 oui

Les réponses négatives concernent l'absence de formalisation de la prise en charge de maintien des capacités de déplacement et des capacités alimentaires ainsi que le processus d'évaluation de ces dispositifs.

#### **Les points forts :**

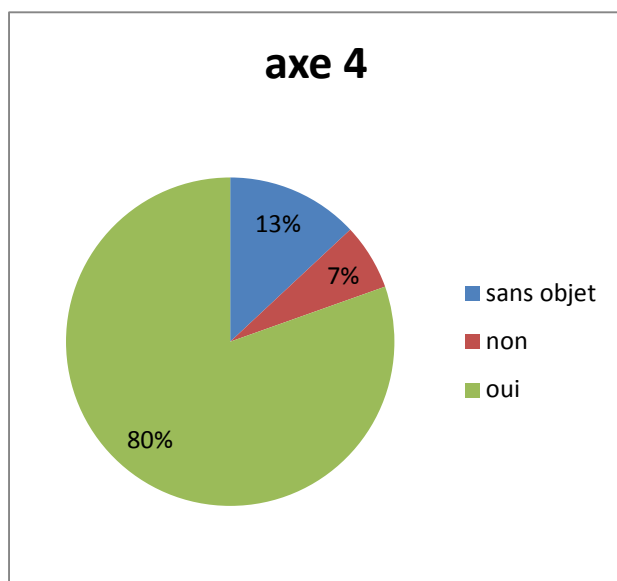
La prise en compte des capacités « restantes » est satisfaisante. Il existe une sensibilisation au maintien de l'autonomie et à la prévention des risques qui y sont liés.

#### **Les points faibles :**

La prise en charge ne fait pas l'objet de procédures.



#### Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement



46 questions, 3 réponses non, 6 sans objet, 37 oui,

25

Les projets personnalisés étant en cours d'élaboration, cet axe fait apparaître une absence d'évaluation du dispositif.

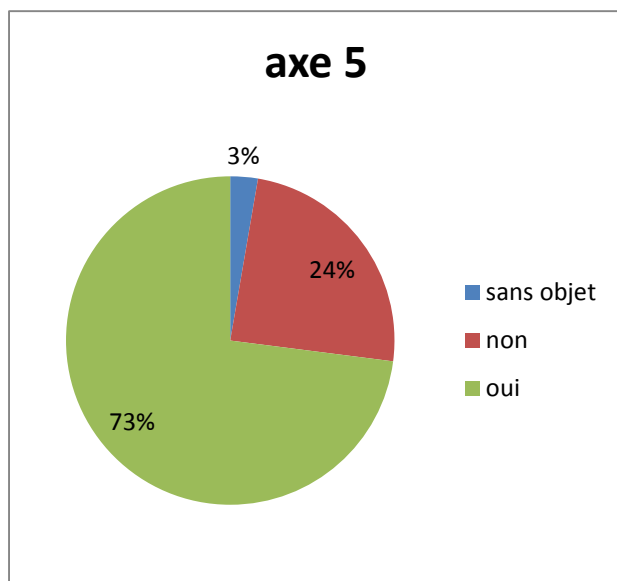
#### Les points forts :

L'établissement « Les Jardins de Saint Hilaire » est véritablement animé dans le sens étymologique du terme : à savoir donner de la vie. Il existe une dynamique de maintien des liens sociaux (sorties, rencontres intergénérationnelles,...). L'établissement met en œuvre une large palette d'animations touchant chaque pan de la santé : prévention (maintien des capacités en général), curatif (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés), palliatif (soins esthétiques et de confort).

#### Les points faibles :

Les projets personnalisés ne sont pas tous formalisés.

## Axe 5 : L'accompagnement de la fin de vie



37 questions, 9 réponses non, 1 sans objet, 27 oui

26

Les réponses négatives concernent essentiellement l'existence d'un écrit et l'évaluation des protocoles.

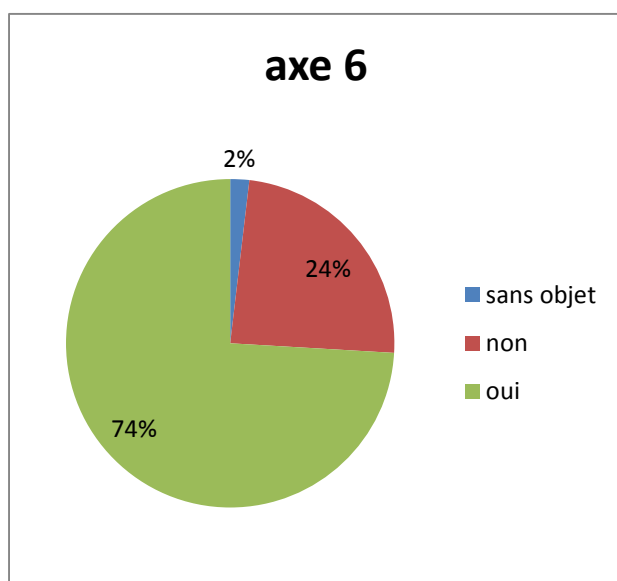
### Les points forts :

Cet axe fait apparaître une prise en charge de qualité du résident en fin de vie et de ses proches. Cette prise en charge est marquée par une démarche pluridisciplinaire centrée sur le résident et ses proches. Le suivi suite au décès est effectué.

### Les points faibles :

Outre la lacune concernant les écrits, une amélioration de la prise en charge du personnel serait souhaitable.

## Axe 6 : L'organisation de l'établissement



54 questions, 13 réponses non, 1 sans objet, 40 oui,

27

Les réponses négatives concernent essentiellement la démarche qualité

### Les points forts :

- Les processus de direction existent et sont conformes aux cahiers des charges requis même s'ils ne sont pas toujours bien identifiés.
- La gestion des ressources humaines et matérielles est satisfaisante. L'établissement a bien pris en compte la prévention des risques professionnels tant au niveau matériel qu'au niveau de la sensibilisation des différents acteurs.
- L'établissement est de construction récente (2003) et répond aux normes d'efficacité et de confort. Il existe des espaces de déambulation intérieurs et extérieurs.

### Les points faibles :

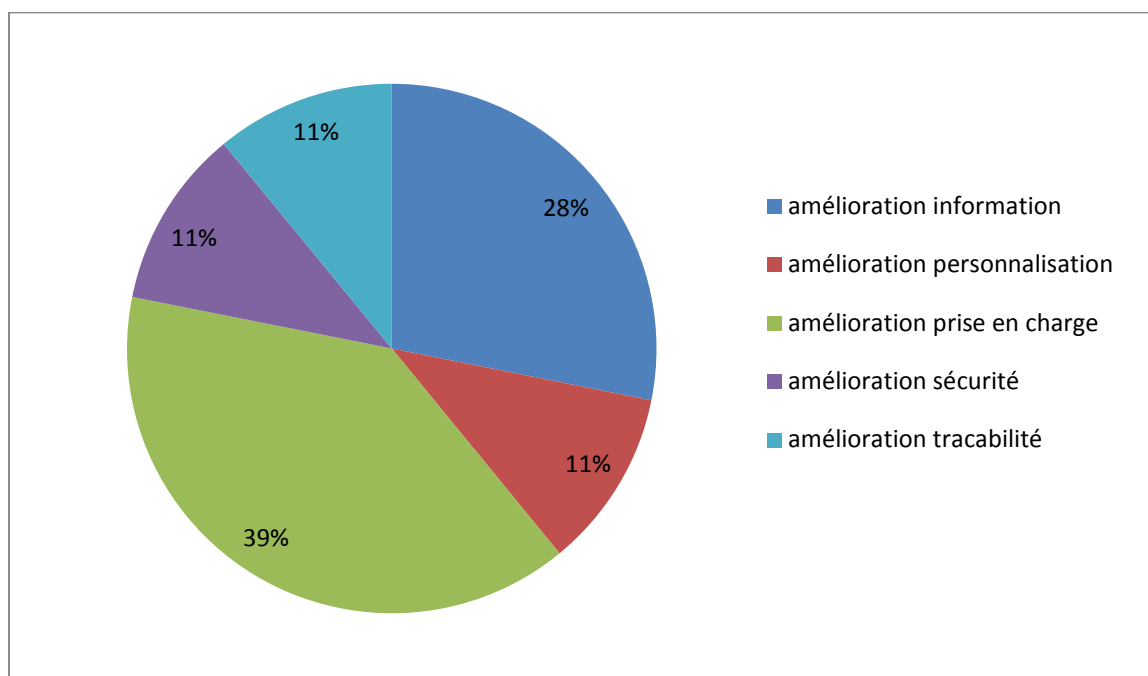
Là encore, le manque d'écrit est significatif (protocole et suivi). Il n'existe pas de démarche structurée d'amélioration continue de la qualité.

### 3.1.2 Les pistes d'amélioration retenues

Une fois le référentiel renseigné par les groupes d'autoévaluation, le COPIL s'est réuni afin d'étudier les pistes d'améliorations proposées. Mis à part quelques pistes jugées non pertinentes au regard de l'amélioration de la qualité qu'elles auraient pu apporter, l'ensemble des pistes a été retenue.

Les 64 actions d'amélioration ont été regroupées en 5 thématiques :

- amélioration de l'information
- amélioration de la personnalisation
- amélioration de la prise en charge (résidants ou personnels)
- amélioration de la sécurité
- amélioration de la traçabilité



L'amélioration de la prise en charge est l'axe prioritaire d'optimisation de la qualité car cela représente près de 40% des actions définies.

Les actions dont le degré d'importance de mise en place a été estimé rouge (très important) représentent moins de 10% des actions. Il faut noter que ce degré n'implique pas forcément une mise en place rapide, certaines actions devant être réalisées auparavant.

### 3.2 Calendrier d'action

Le calendrier d'actions a été déterminé en fonction de plusieurs critères : moyens financier, moyens humains, actions déjà en cours de réflexion et qu'une suite logique se dégage des actions entreprises.

*Exemple : information aux bénévoles devant être postérieure à la mise en place du projet de vie ; les bénévoles étant associés au projet.*

Un maximum de 8 à 10 actions enclenchées par mois a été défini afin de ne pas submerger les pilotes.

Les pilotes travailleront avec les équipes pour la mise en place des actions.

Un suivi du calendrier sera effectué par Mme Cauquis, afin de s'assurer de la bonne exécution des actions et de l'utilisation des fiches actions.

### **3.3 Plan d'action**

#### **3.3.1 Création du plan**

Une grande réflexion a été faite autour du plan d'action afin que son suivi soit efficace et réalisé en temps réel.

Un tableau regroupant les actions a été créé. Les actions sont triées par leur date d'exécution, la mise en couleur permet de savoir à quel thème d'amélioration il est rattaché.

Les tableaux de croisé dynamiques permettent de connaître les actions par thème, par pilote, le nombre d'actions en cours, déjà réalisées.

Ce tableau possède des liens hypertextes qui permettent d'accéder immédiatement à la fiche action en rapport avec l'action.

#### **3.3.2 Création fiche action**

La fiche action est relativement simple afin d'avoir la même matrice pour toutes les actions et ainsi faciliter le remplissage.

Elle reprend le numéro d'action, le thème de l'amélioration, l'axe du référentiel l'ayant dégagé, le pilote, le calendrier, l'objectif attendu, le déroulé de l'action, objectif atteint ou non et une partie commentaire.

#### **3.3.3 Communication**

Le plan d'action est affiché au niveau de l'affichage obligatoire afin que le suivi soit connu de tous les salariés. Une note explicative est intégrée aux bulletins de paie et un constat annuel sera réalisé et transmis aux salariés.

Sous le plan d'action, il y aura la liste des actions en cours et la liste des actions finies et la liste des actions à mettre en œuvre. Ces listes seront mises à jour mensuellement.

## 4. Conclusion

Démarche d'amélioration engagée avec une réelle campagne de communication :

- communication régulière sur évaluation interne (synthèses au sein des relèves des équipes, affichage des résultats en temps réel, communications jointes aux fiches de paye,...)
- création d'outil de suivi des actions pluriannuelles (ctp, plan accessibilité)
- amélioration continue engagée :
  - o Au moment de la compilation des documents existants préalablement au démarrage des réunions : création ou mise à jour de documents (fiche métiers, organigramme)
  - o Durant la phase d'autoévaluation : mise en place immédiate de propositions d'amélioration très simples à mettre en œuvre qui représentent plus de 21% des actions du plan d'amélioration: document demande de droit à l'image, fax-réponses au fax d'ordonnance envoyé sur le fax de l'accueil au lieu de celui de l'infirmierie...

L'évaluation interne a permis

- de réaliser une photo à un instant t,
- de dégager du temps pour une réflexion sur les pratiques de la part des salariés et leur a permis de prendre du recul sur leur fonction. Les salariés ont été ravis de cette prise de recul, de cette association aux propositions d'amélioration,.
- de « dépoussiérer » des protocoles, de rédiger ceux manquants.
- d'avoir un temps de partage y compris entre métiers qui n'ont pas l'habitude de faire des réunions ensemble et a donc renforcé la cohésion pluridisciplinaire.