

**Université René Descartes – Paris V  
Faculté Cochin – Port Royal**

**Dysfonctionnements dans un EHPAD  
Mise en évidence  
Analyse des causes  
Moyens mis en œuvre  
Modèle d'indicateur global**

**Docteur Bruno Gaillard**

**DU de médecin coordonnateur en EHPAD**

**Année 2009 - 2010**

**Docteur Jean Claude MALBEC  
Docteur Serge REINGEWIRTZ**

## **Préambule: pourquoi le thème des dysfonctionnements ?**

Confronté à un second emploi, avec un parcours professionnel de 30 ans, il nous est rapidement apparu que les missions relatives à cette nouvelle fonction étaient loin d'être évidentes à mettre en pratique pour les deux raisons suivantes :

1. La découverte d'un système auquel nous étions totalement étrangers : le service public avec un lieu, un management, des équipes et une façon de travailler inconnus et parfois dérangeants.
2. Un travail nouveau, des missions totalement différentes de notre mode d'exercice quotidien.

### **Comment remédier aux difficultés rencontrées ?**

1. Accéder à une formation, d'où l'inscription au DU de médecin coordonnateur.
2. Trouver les moyens d'intégrer les équipes, de les comprendre mais aussi de les entraîner vers de nouveaux objectifs. Appliquer au quotidien les découvertes du métier.
3. Rechercher toutes les « petites » anomalies de fonctionnement. Comme il est illusoire de s'en tenir à ses propres appréciations, nous nous sommes mis en quête de trouver des indicateurs fiables, susceptibles de faire changer les pratiques, d'où une recherche systématique de dysfonctionnements.

### **La démarche que nous avons suivie est la suivante:**

1. Identifier les sources de problèmes et les classer :
  - les problèmes induits par la structure et les moyens
  - les problèmes liés aux habitudes et pratiques des équipes
  - les problèmes liés au management
  - les problèmes techniques de recueil et de transmission de l'information
  - les besoins des résidents et les réponses apportées par les équipes.
2. Hiérarchiser les solutions et les propositions
3. Mettre au point des indicateurs susceptibles d'offrir une vue d'ensemble sur les problèmes et les solutions éventuelles.

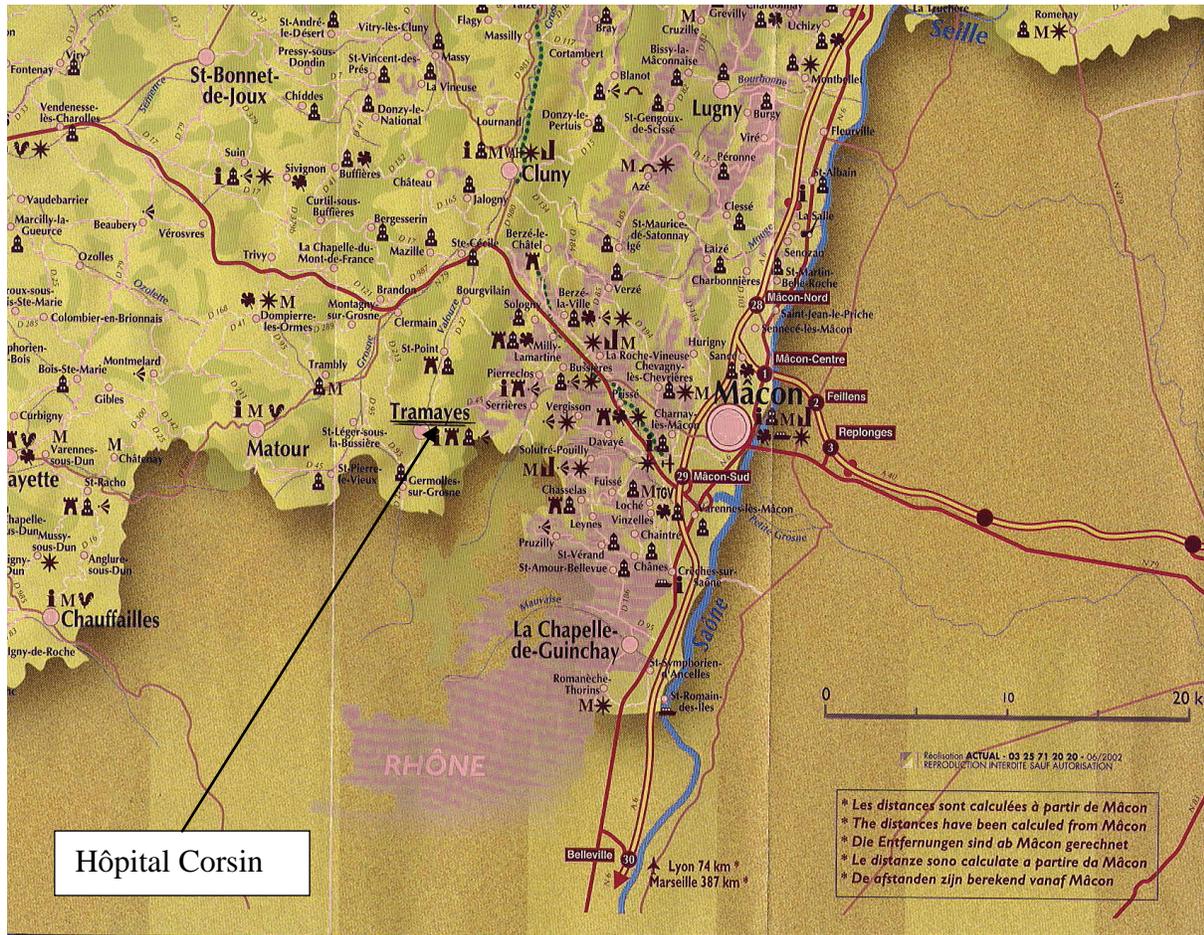
In fine, ce mémoire, nous a amené à décrire un système graphique regroupant des informations sélectionnées, susceptible de servir de guide pour une démarche managériale de « bientraitance ».

# PLAN

<b>Préambule</b>	<b>page 2</b>
<b>1<sup>ère</sup> partie: présentation de l'établissement</b>	<b>page 5</b>
<b>1A - les bâtiments</b>	
<b>1B- le personnel</b>	
<b>1C- les intervenants extérieurs</b>	
<b>1D- les résidents</b>	
<b>2<sup>ème</sup> partie: identification des sources de problème (audits et indicateurs)</b>	<b>page 8</b>
<b>2A- l'aspect architectural :</b>	<b>page 8</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• dispersion des secteurs</li><li>• non-conformité des espaces de vie</li><li>• handicaps des déplacements</li></ul>	
<b>2B- le personnel :</b>	<b>page 11</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• absence d'identification des équipes</li><li>• système hiérarchique</li><li>• habitudes des relèves</li></ul>	
<b>2C- les problèmes liés au management</b>	<b>page 11</b>
<b>2D- les problèmes de recueil et de transmission de l'information</b>	<b>page 12</b>
<b>2E- les résidents</b>	<b>page 12</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• leur statut, le contrat de séjour</li><li>• leur mode d'admission</li><li>• le dossier administratif</li><li>• leur suivi médical</li><li>• les mouvements inter-secteurs</li><li>• la prise en charge de leurs besoins</li><li>• la couverture de leurs risques, l'analyse des incidents</li></ul>	
<b>2F- les pratiques médicales</b>	<b>page 21</b>

<b>2G- les autres praticiens</b>	<b>page 27</b>
<b>3<sup>ème</sup> partie: hiérarchisation et mise en place des solutions</b>	<b>page 28</b>
<b>3A- hiérarchisation des problèmes</b>	<b>page 28</b>
<b>3B- Objectifs immédiats</b>	<b>page 30</b>
<b>3C- Attentes</b>	<b>page 31</b>
<b>3D- Modifications engagées</b>	<b>page 31</b>
<b>4<sup>ème</sup> partie: mise au point d'un indicateur de « bien – être » des résidents</b>	<b>page 36</b>
<b>4A- Description du concept</b>	<b>page 36</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Placer la PA au centre du dispositif. Cercle vertueux</li><li>• Impact des facteurs de dysfonctionnement</li><li>• Indicateurs retenus pour devenir un tableau de bord</li></ul>	
<b>4B- Modèle de questionnaire</b>	<b>page 38</b>
<b>4C- Tableau des normes</b>	<b>page 39</b>
<b>4D- Représentation graphique</b>	<b>page 40</b>
<b>4<sup>E</sup>- Principes de calcul</b>	<b>page 42</b>
<b>4F- Cas concret</b>	<b>page 43</b>
<b>Discussion</b>	<b>page 51</b>
<b>Conclusion</b>	<b>page 53</b>
<b>Documents référents et annexes</b>	<b>page 54</b>

## 1ère partie: Présentation de l'établissement



### 1A- Les bâtiments

L'Hôpital Corsin, à TRAMAYES (71), est jusqu'en Mars 2009 un hôpital local (statut public autonome) typiquement rural dont la capacité autorisée se répartit comme suit :

- Médecine générale : 5 lits
- Soins de Suite et Réadaptation (SSR) : 29 lits
- Soins de Longue Durée (SLD) : 21 lits
- Maison de Retraite Médicalisée (MdR) : 40 lits

A compter de la signature de la Convention tripartite, le 13 Mars 2009, son activité se divise :

- En section médico-sociale, EHPAD de 61 lits dont une unité de 8 lits destinée aux personnes « atteintes de troubles du comportement perturbateurs ».
- Et section sanitaire avec 5 lits de médecine et 29 lits de SSR.

Comme de nombreuses autres structures locales, cet hôpital créé en 1909 a fait l'objet depuis, d'agrandissements et modifications. Le résultat actuel ne correspond bien évidemment plus aux « normes » d'un établissement moderne

Jusqu'en Mars 2009, l'établissement fonctionnait comme un hôpital local avec des missions sanitaires ; le secteur long séjour et hébergement étant considérés comme une « extension » du sanitaire. Il n'y avait pas géographiquement de secteurs hospitalier ou résidentiel ; les personnes passaient administrativement d'un secteur à l'autre, (sans pour autant quitter leur chambre), selon le choix des médecins traitants agréés pour le secteur sanitaire. Les équipes soignantes n'étaient pas plus sectorisées (à l'exception du personnel dévolu à l'unité « fermée »).

### **1B- Le personnel pour l'ensemble de l'établissement: début 2009**

	Fonction	ETP		Fonction	ETP
Administration	Directeur	1	Soins	IDE	6,4
	Agent admin	2		AS	22
	Comptable	1		ASH	14,35
	Qualité	0,8		Kiné	0,3
Animation collation		1	Psychologue		0,2
		0,7	Pharmacie	Préparatrice	0,5
Encadrement	Cadre sup	1	Lingerie		1,3
	Cadre	0,6	Cuisine	Cuisiniers	4
	Med co	0,4		Aide	1
	Pharmacien ne	0,5	Entretien		2

### **Situation EHPAD 2010**

direction	0.6	cadre	1
administration	1,15	IDE	3,6
as direction	0.6	prépa pharma	0,3
pharmacienne	0,25	AS	15
med coordonnateur	0,4	ASH	7,35
entretien	1,28	animation	1,8
lingerie	1	ani gym	0,1
cuisine	3,01	psychologue	0,2
diététicien	0,02	kinésithérapeute	0,1

### **1C- Les intervenants extérieurs**

- Chaque résident est suivi par un médecin traitant parmi les 4 qui exercent dans l'hôpital.
- Les bénévoles maintiennent le lien social à travers leurs propres missions d'accompagnement.
  - *Amitié et Loisirs* intervient 1 fois / semaine pour des activités de lecture, de partage ; et organise aussi des sorties, des repas.
  - *Le coiffeur* vient 1 fois/semaine.

### **1D- Les résidents.**

Début 2009, ils sont répartis en Soins de Longue Durée (SLD): 21 lits ainsi qu'en Maison de Retraite Médicalisée (MdR): 40 lits. Ces 61 personnes sont concernées par les modifications induites par la signature de la Convention tripartite. Ils sont au cœur de tous les changements qui vont survenir et dont le médecin coordonnateur devient le garant.

## 2ème partie: Identification des sources de problème

Depuis Janvier 2009, notre travail a consisté à comprendre et mettre en œuvre les missions qui nous incombent. Notre démarche a été la suivante :

- Prendre la mesure des lieux et évaluer leur handicap.
- Comprendre le fonctionnement des équipes
- Partager avec les soignants une démarche de qualité.
- Observer les habitudes des praticiens.
- Observer le mode de vie et les soins reçus par les résidents

Tout au long de cette première année, nous avons eu la chance d'être soutenu par la Direction et la Cadre supérieure de santé.

Nos outils de travail ont été les suivants:

- Le rapport d'expertise architecturale effectuée par la société GERONTIM en 2006
- Deux évaluations de type « ANGELIQUE » effectuées en 2006 puis en 2010 (avec un Comité de pilotage qui perdurera dans l'établissement en tant que commission de pilotage de la qualité)
- La commission d'admission chargée de définir la procédure d'admission d'un résident puis d'examiner le rapport du médecin coordonnateur.
- Les commissions à thèmes (plan de soin, plan de vie, prise en charge de la douleur).
- La Commission médicale exécutive (CME) ; le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ; le Comité du médicament (COMEDIMS), structures du sanitaire qui nous ont recruté.
- Les comptes-rendus des réunions catégorielles animées par le cadre supérieur de santé.
- Les réunions hebdomadaires informelles avec les cadres et le Directeur.
- Une enquête interne effectuée en Mars 2009 sur le mode opérationnel des équipes.
- Une enquête externe effectuée par un groupe d'infirmières en Mars 2009 sur la prise en charge des résidents de GIR 1.
- L'étude interne des dossiers informatiques administratifs et médicaux

Cette seconde partie en présentera les conclusions.

### **2A. L'aspect architectural :**

Outre nos observations, nous nous sommes appuyés sur une étude architecturale (Gerontim 2006) et sur les fiches d'entretien du responsable.



### a. dispersion des secteurs

Comme nous le constatons sur le plan ci-dessus, les secteurs de vie sont dispatchés dans 4 bâtiments. Les 85 personnes vivants au sein de l'hôpital parfois depuis de nombreuses années, dans les différentes sections de l'établissement (hébergement, long séjour, cure médicale, soins de suite) occupaient les chambre uniquement en fonction des disponibilités de ces dernières ; il n'y avait donc au 1<sup>er</sup> Mars 2009 aucune séparation entre le sanitaire et le médico-social. Ce fait était renforcé par la « perméabilité » des secteurs : X résidents se trouvaient « administrativement » en secteur sanitaire mais « physiquement » occupaient toujours leur chambre d'EHPAD. Par voie de conséquence il était impossible d'identifier les équipes soignantes qui donc connaissaient relativement mal les résidents.

### b. non-conformité des espaces de vie

Le tableau ci-dessus nous donne les surfaces des chambres, sanitaires inclus. Les grandes dimensions du bâtiment R s'expliquant par le fait qu'il s'agissait initialement de chambres doubles, devenues simples par la suite.

61 résidents	Bat L 1955	Bat M 1960	Bat C 1975	Bat R 1976	Normes confort
<b>Chambres simples</b>	6 x 12	9 x 16	16 x 15	6 x 20	78%
<b>Chambres doubles</b>	6 x 27	3 x 22	2 x 20	8 x 28	74%

	Corsin	Normes	ratio
<b>douches/chambre</b>	11/67	Chaque chambre	0.16

### c. handicaps des déplacements

- Le principal handicap est l'étroitesse des ouvertures. Seul un nombre restreint de chambres peut accueillir des résidents en fauteuil roulant, les ouvertures des salles de bains mesurant moins de 80 cm. Nous ne parlerons même pas des « espaces de dégagement » préconisés actuellement.
- Aucune chambre n'admet le passage d'un lit, ce qui pose de sérieux problèmes en cas d'évacuation.
- Un dernier handicap est représenté par la vétusté et le sous dimensionnement des ascenseurs, n'acceptant pas un brancard (sans avoir à ouvrir une trappe à la partie arrière).

Dimensions	Largeur < 0,79	0,80 < largeur < 1,09	Largeur > 1,10
Portes chambre	4/67	63/67	
Portes sanitaires	29/67	48/67	

## **2B. Le personnel :**

Nous avons pratiqué avec l'aide du cadre plusieurs audits et auto-évaluations concernant le mode de fonctionnement des équipes et leur travail. Nous avons ainsi constaté :

- L'absence de référentiel pour chaque catégorie de personnel (IDE, AS et ASH) avec un mélange et un glissement des tâches (ménage, toilettes, distribution de médicaments, aide aux repas) de telle sorte qu'il devenait strictement impossible, compte tenu de la rotation des équipes, d'avoir un suivi et une réelle évaluation de leur travail.
- L'absence d'identification des équipes, en rapport avec la non différenciation des différentes sections\* (SSR, SCM, hébergement, USLD).
- Une omniprésence des IDE laissant peu de marge de manœuvre aux AS et ASH. Cela s'observait particulièrement lors des relèves où seules les informations médicales avaient droit de cité.
- Un manquement dans l'observation et la prise en considération des événements indésirables et des indicateurs de suivi gériatrique (poids, transit intestinal, incontinence, chutes, escarres et Douleur...).
- Un non respect de la procédure de distribution des médicaments : pas de contrôle, pas de garantie de prise et pas de suivi.

## **2C. Les problèmes liés au management :**

- Le système hiérarchique a été longtemps perturbé par la vacance de la direction et la longue maladie d'un cadre. A notre arrivée un nouveau Directeur et un cadre supérieur de santé venaient de prendre leur fonction. Jusque là, les IDE et les médecins avaient pris en main le fonctionnement du système, gérant les admissions et l'aspect médical.
- La signature de la convention tripartite et la mise en œuvre des engagements a essentiellement reposé sur une nouvelle gestion managériale
- Les problèmes humains se sont multipliés en raison de l'incompréhension des changements proposés: changement de mode de fonctionnement, changement des horaires et changement des tâches.
- Pas de convention (ou convention inadaptée) avec les intervenants extérieurs. La seule convention retrouvée remonte à 1998 et concerne l'association Amitié et Loisirs. Elle doit d'ailleurs être reformulée.

*\*nous utiliserons le terme de SECTION au sens administratif (EHPAD, cure médicale) par opposition au terme SECTEUR (bâtiment L ou C) qui sera géographique.*

*\*\* SSR : service de soins et de rééducation – CSM : service de cure médicale  
USLD : unité de soins longue durée*

## **2D. Les problèmes de recueil et de transmission de l'information.**

- Les problèmes inhérents au système informatique. L'établissement est équipé d'un réseau informatique relativement complet mais limité au rez-de-chaussée, excluant les services à l'étage, imposant des va-et-vient aux équipes et aboutissant donc à l'abandon progressif de cet outil de travail. La direction antérieure avait créé des postes spécifiques pour une AS et une AMP. L'une gérait le dossier des entrants (habitudes de vie et plan de soin type) ; l'autre, administratrice du système, accomplissait de multiples tâches « non répertoriées » mais n'apportait aucune formation aux médecins et à l'équipe soignante. Cette organisation assurait un mode de fonctionnement basique mais sans intérêt.
- Le logiciel (PSI\* de la société ASC2I) est assez connu et répandu dans les petites unités. Il est globalement intéressant, présente de multiples options mais son usage a révélé des vices de fonctionnement en particulier concernant les statistiques. On peut aussi lui reprocher une conception très ancienne et peu évolutive.
- La transmission des informations. Pour ces raisons, les équipes se sont retranchées derrière de multiples outils « de cohésion » permettant une communication « horizontale » mais incapable de faire « remonter » l'information et pourvoyeurs d'erreurs.  
Ainsi les IDE avaient 2 voire 3 carnets de rendez-vous, des fiches de pansement, des fiches de suivi pour les TP et INR....  
Les AS avaient un cahier de suivi des selles, des protections, des toilettes...
- Au cours des relèves (mélangeant malades hospitalisés et résidents), les IDE tenaient un rôle d'assistantes du médecin traitant et ne parlaient que de prescriptions ou de leurs propres observations ; il n'y avait jamais de cadre, ni la psychologue, le kinésithérapeute ou les ASH.
- Il n'y avait pas non plus de réunions de synthèse ni de groupes de parole

## **2E. Les résidents:**

En 2009, 81 personnes ont intégré l'EHPAD. Il s'agit à 95% d'habitants du canton, ayant mené une vie simple ; n'ayant pas de gros besoins ; tout à fait satisfaits de la structure qu'ils connaissent depuis longtemps. Un nombre important d'entre eux est apparenté au personnel.

<b>Population en 2009</b>	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Moyenne d'âge</b>
total = 81	31	50	84
100%	38%	62%	

\*PSI : plan de soins infirmiers

- Leur statut changeant avec la nouvelle Convention, ce fut l'occasion de rédiger un nouveau livret d'accueil avec un contrat de séjour. Il faut cependant signaler que ce contrat n'inclue qu'un projet d'établissement très succinct même s'il fait référence à la Loi du 4 Mars 2002 /Janvier 2009, à la Charte des droits et liberté de la PA dépendante du 29 Mars 1999 ainsi qu'à la Charte des droits et libertés de la personne âgée accueillie du 9 Octobre 2003.
- Le mode d'admission. Jusqu'en Mars 2009, le recrutement se faisait essentiellement parmi les résidents du Canton ou les patients hospitalisés dans le secteur sanitaire à la demande de leur médecin traitant (également médecin de l'hôpital). Dès qu'une place se libérait, la personne était admise sans aucune évaluation de son état de santé. A la demande du Directeur, nous avons rédigé une nouvelle procédure d'admission.
- Le dossier administratif. Dans le PSI, les informations étaient renseignées par de multiples intervenants (IDE, AS) et nous avons découvert de multiples erreurs de saisie concernant les dates de séjour, ce qui impactait négativement les calculs statistiques. Pas de notion de recommandation anticipée.
- Le suivi médical. Il s'agit pour la plupart d'entre eux de patients connus depuis longtemps par leur médecin traitant. **Si le dossier médical** existait déjà sous forme informatique et papier, il était malheureusement très incomplet du fait d'une méconnaissance des possibilités du logiciel et d'un laisser-aller dans le classement des examens et des courriers.
- Pas de réseau gérontologique formalisé. Quelques résidents ont pu bénéficier d'une consultation mémoire. En revanche excellentes relations personnelles entre médecins de l'établissement et service de gériatrie du CH.
- Pour mieux évaluer la situation des résidents, dans le cadre des recommandations de l'HAS, nous avons sélectionné un certain nombre d'indicateurs que nous vous présentons dans les tableaux ci-dessous.

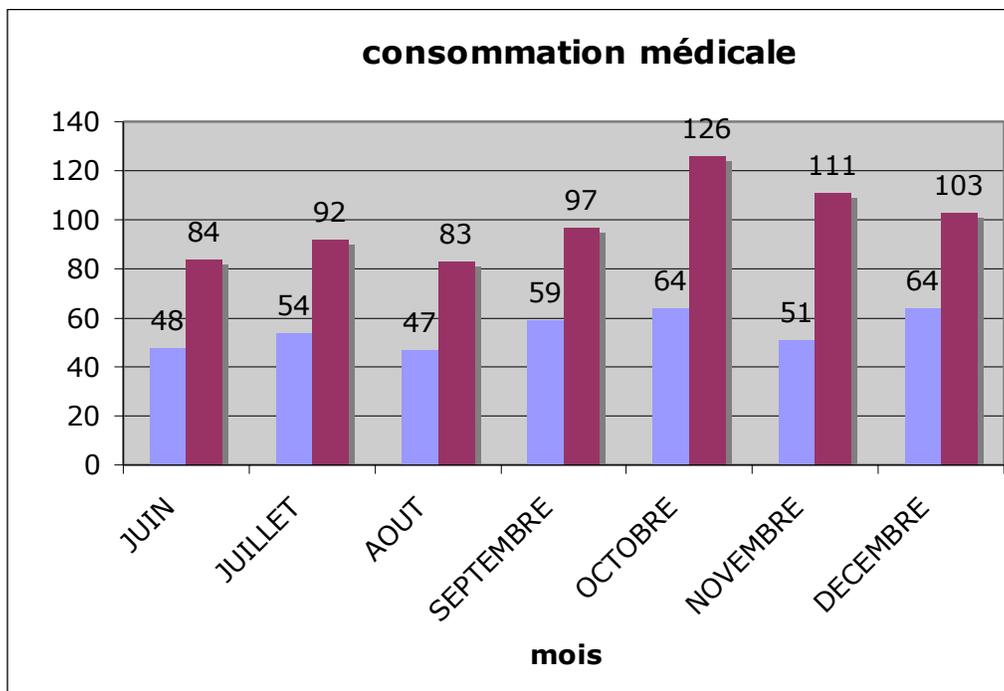
#### Coupes PATHOS trimestrielles

Date coupe	01/03/2009	01/06/2009	01/09/2009	31/12/2009	moyenne
<b>N résidents</b>	52	56	57	58	56
<b>PMP</b>	155,09	152,99	145,25	133,75	146,77

### **Nombre de consultations par praticiens et par résidents**

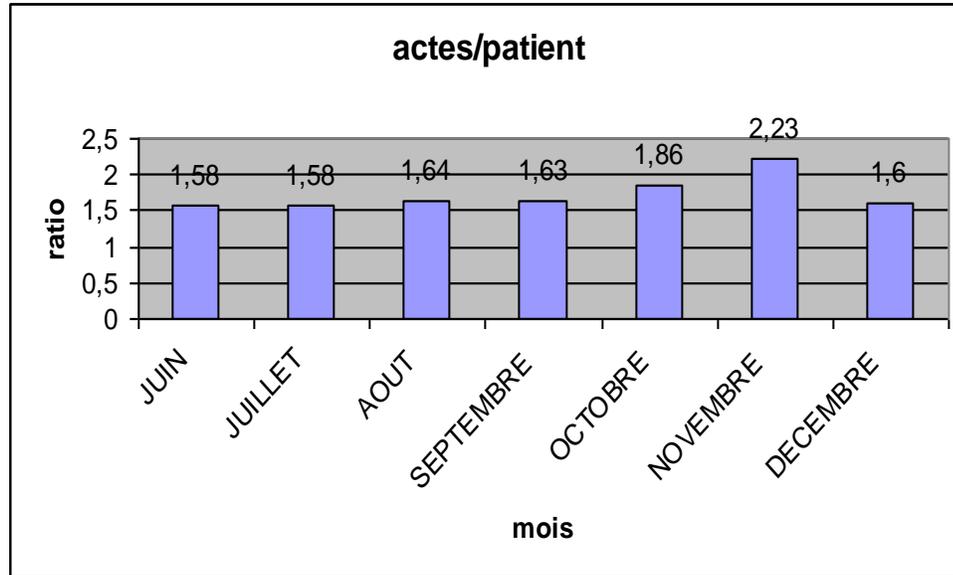
Nous rappelons qu'il n'y a pas de norme dans ce domaine mais il est recommandé une consultation mensuelle.

Cependant notre attention a très vite été attirée par un nombre trop élevé des consultations des résidents : en moyenne 387 résidents ont été vus 696 fois , ce qui nous donne une moyenne de 1,8 consultation mensuelle/résident



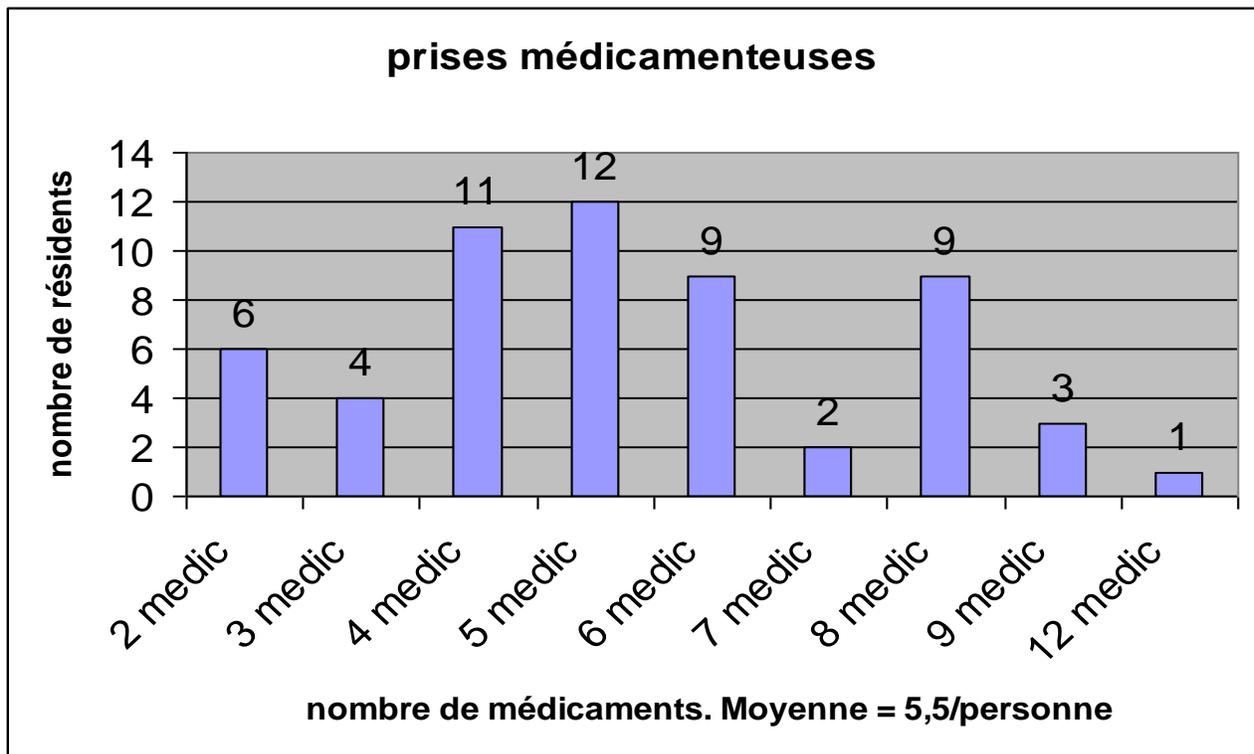
*En bleu ciel : les résidents vus au cours d'un mois  
En mauve : le nombre d'actes effectués*

Le nombre de consultation mensuelle n'est pas en soi un facteur péjoratif car les contacts médecin-patient relèvent du lien social toujours important pour le résident, mais un « dérapage » est de nature à bouleverser le mode d'utilisation du budget S.



### Consommation médicamenteuse globale

Dans son rapport ANAES 2006, Madame le Professeur Sylvie Legrain, se référant à l'étude PAQUID, cite que les personnes vivant en institution prennent en moyenne 5.2 médicaments par jour et que 56% en prennent plus de 4. Nous en sommes à 5.5 médicaments / personne et 77% des résidents en prennent plus de 4.



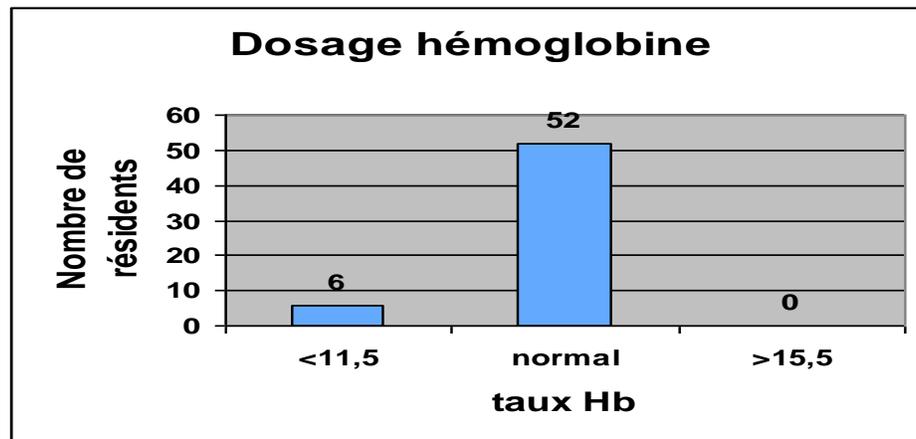
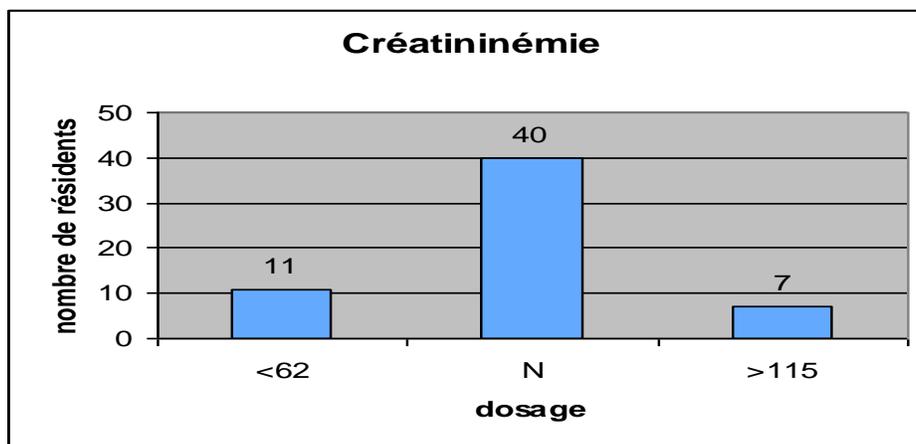
- Indicateur biométrique : taille, poids et IMC (chaque mois)

Il nous a fallu attendre 6 mois pour que la procédure de relevé de poids soit intégrée par les équipes. Nous présentons le dernier relevé obtenu en Avril 2010

### Suivi des IMC

Grade 2	Grade 1	normal	surpoids	Obésité 1	sévère	morbide
3	11	15	20	2	1	2

- Indicateurs biologiques : créatinine, protides, glycémie, hémoglobine et HbA1.



Les résultats d'examen étant classés dans des dossiers, sans tableau récapitulatif, il était difficile d'évaluer l'incidence des résultats sur les traitements prescrits. Nous avons initié ce type d'analyse qui fait l'objet d'une procédure, mal acceptée par les IDE... Nous en présentons quelques résultats partiels mais édifiants...

**Glycémies capillaires:** 7 résidents subissaient des mesures de glycémie capillaire 3 fois/jour. 5 d'entre eux avaient un DNID dont le traitement n'a pas été modifié tout au long de l'année.

**Créatininémie:** A notre entrée dans l'établissement, 25% des résidents n'avait pas eu de dosage de la créatinine. Le dernier tableau remonte à Décembre 2009. Nous y relevons 7 cas d'insuffisance rénale fonctionnelle.

**Protidémie:** aucun lien entre le tableau IMC ci-dessus, le dosage de la protidémie et la prescription de compléments alimentaires.

**Hémoglobinémie:** pas de relation entre le tableau ci-dessous et la prescription d'acide folique ou de supplémentation en fer.

- Les mouvements inter-secteurs: hospitalisations et décès

81 résidents en 2009	CH	Cure médicale	SSR	total
N séjours	20	27	33	80
N jours	185	377	864	1426
DMS	9.25	14	26	
<b>N décès à l'extérieur</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>13</b>

15600 jours de présence recensée à Corsin sur un potentiel de 22265

**Taux d'occupation : 70%.**

1426 jours d'hospitalisation (9%). 4 décès en EHPAD (24%) et 13 à l'extérieur (76%), dans le secteur sanitaire de l'hôpital.

- La prise en charge des besoins des résidents

Il n'y avait pas de plan de soin personnalisé des personnes âgées résidentes. Une AS à l'entrée enregistrait des informations d'où découlait automatiquement un « plan de soins type » inutilisé d'ailleurs par les équipes. Les fiches GIR n'étaient pas actualisées.

Il n'y avait pas de réunion de synthèse.

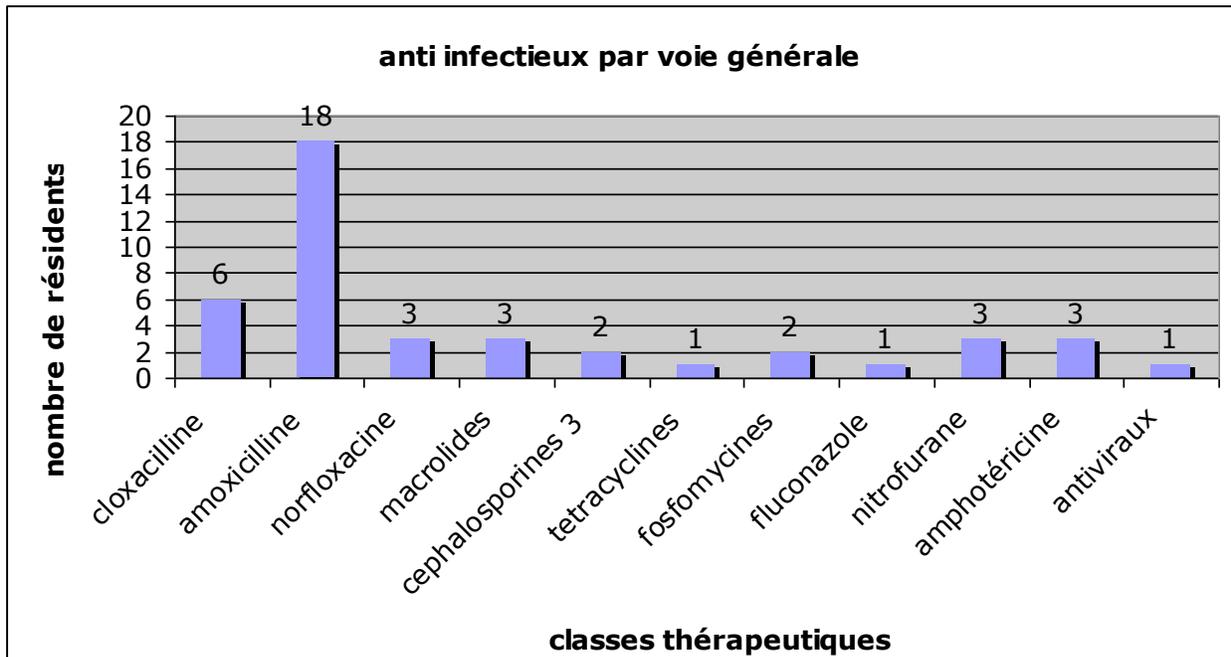
Coupe GIR, conseil général Décembre 2009 (2 décès GIR 1, la semaine précédant la coupe

GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	GIR5	GIR6	total
12	15	9	14	5	2	58

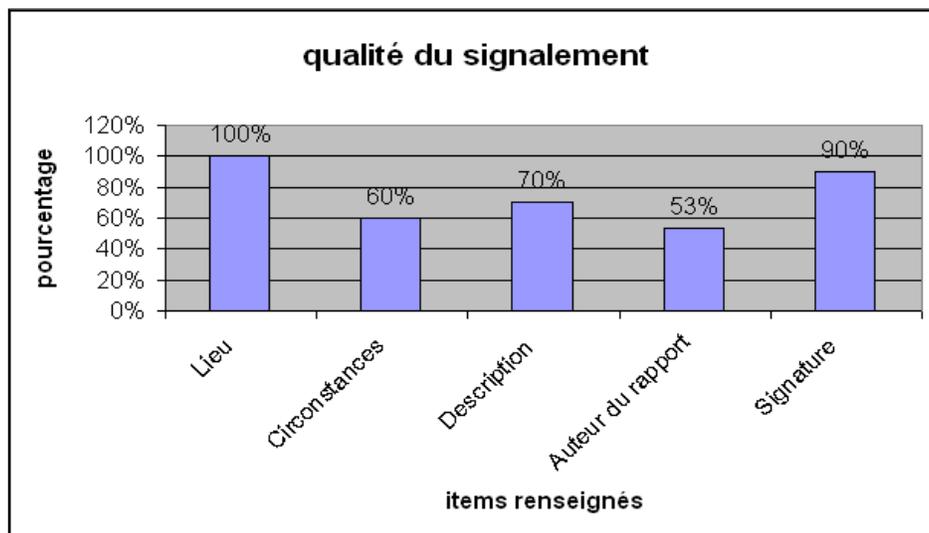
Les événements indésirables faisaient parfois l'objet d'une fiche de signalement qui n'était pas analysée.

- la couverture des risques, l'analyse des incidents

Risque infectieux: 43 prescriptions d'antibiotique sur 1 an couvrant essentiellement Escarres, infections pulmonaires, infections urinaires

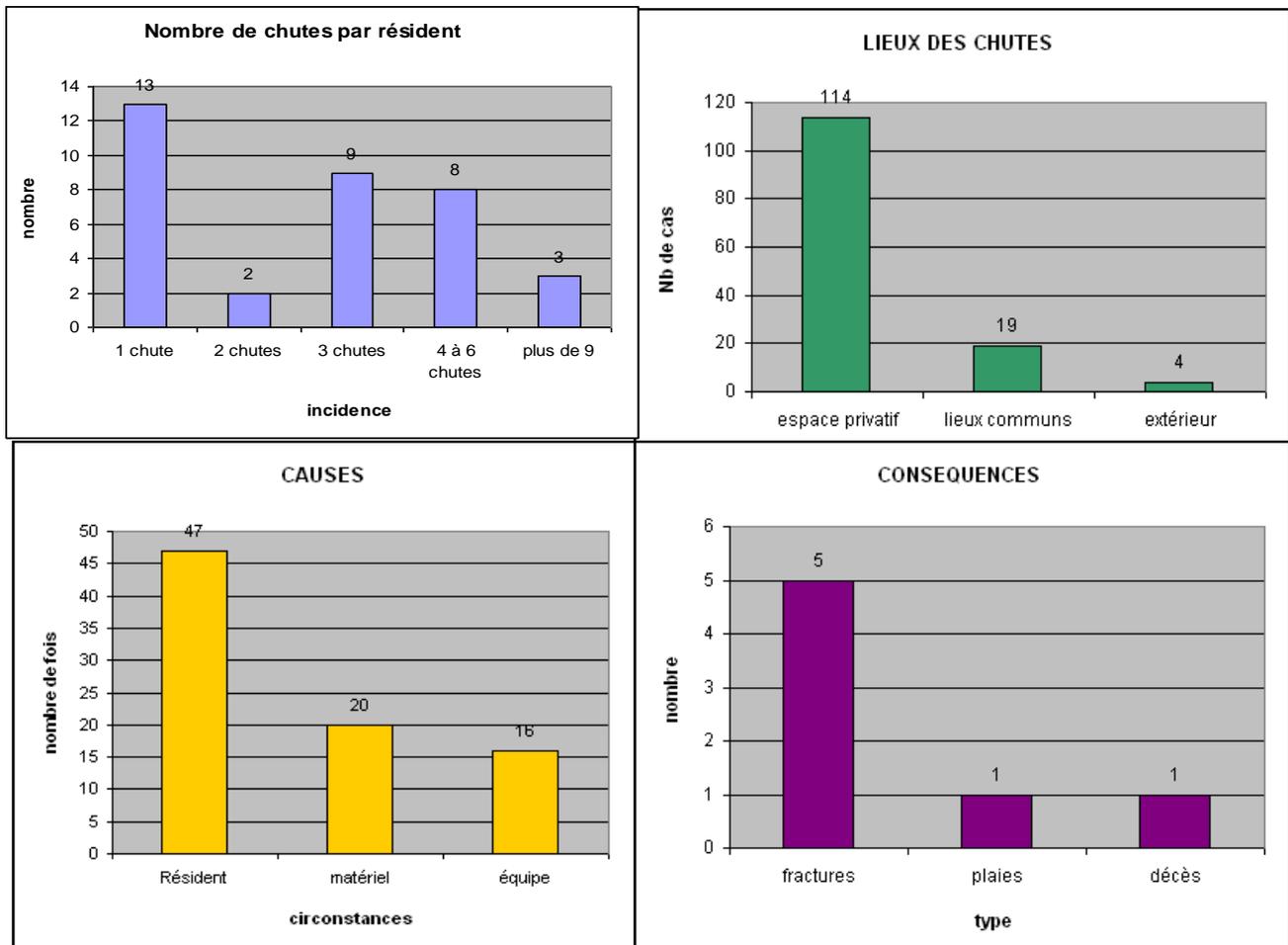


Risque de chute. Pour l'année 2009, 139 fiches de chute transmises au cadre



Un nombre considérable de fiches n'est pas correctement rempli. Les questions concernant les conditions de survenue ne sont pas posées ; il n'y a pas de transmission

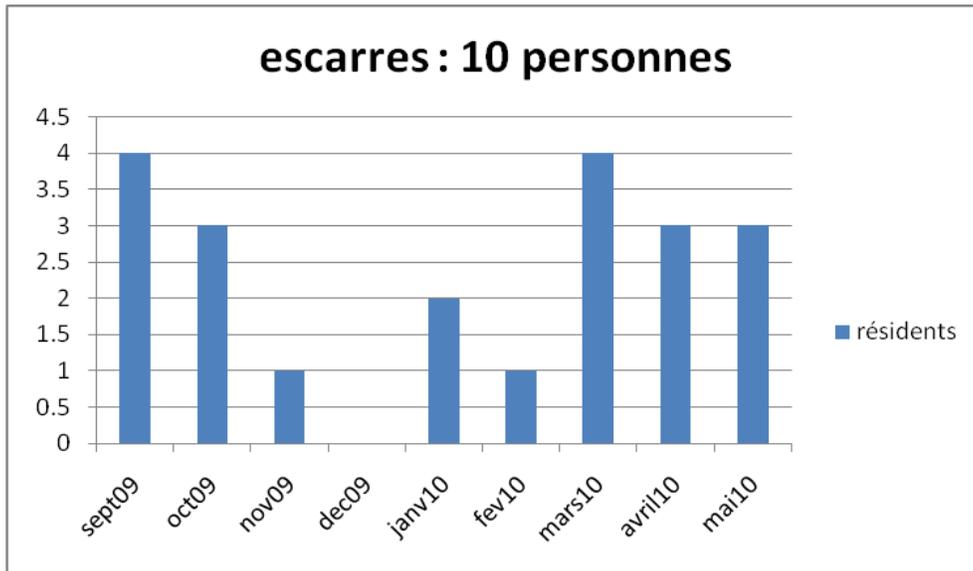
de l'information, pas d'analyse en relèvé. Il est ainsi flagrant de constater que sur 139 « fiches de chute », la rubrique « évaluation » n'est pas remplie dans 134 cas.



**Nous en tirons 3 conclusions:**

- La chute de la personne âgée est considérée comme un évènement normal, inéluctable, sauf à l'empêcher de bouger (se repose la problématique de la contention).
- Sauf s'il existe une conséquence grave telle une fracture, l'information n'est pas transmise. Le cas de décès est consécutif à une fracture du col fémoral.
- Comme il n'y pas de transmission, il n'y a jamais eu d'enquête à la recherche d'une possible iatrogénicité.

Risque d'escarres. Pour cette période de 9 mois :



10 résidents concernés par cette complication. Un maximum de 4 par mois. 6 d'entre eux sont décédés. 3 autres présentent une démence évoluée. Dans notre établissement cette pathologie est vraiment une complication de fin de vie.

Prise en charge de la douleur. Pour l'année 2009

Pas de gestion ni d'évaluation ; simples prescriptions « en cas de... »

paracétamol	antidouleurs pallier 2	opioïdes
41	12	7

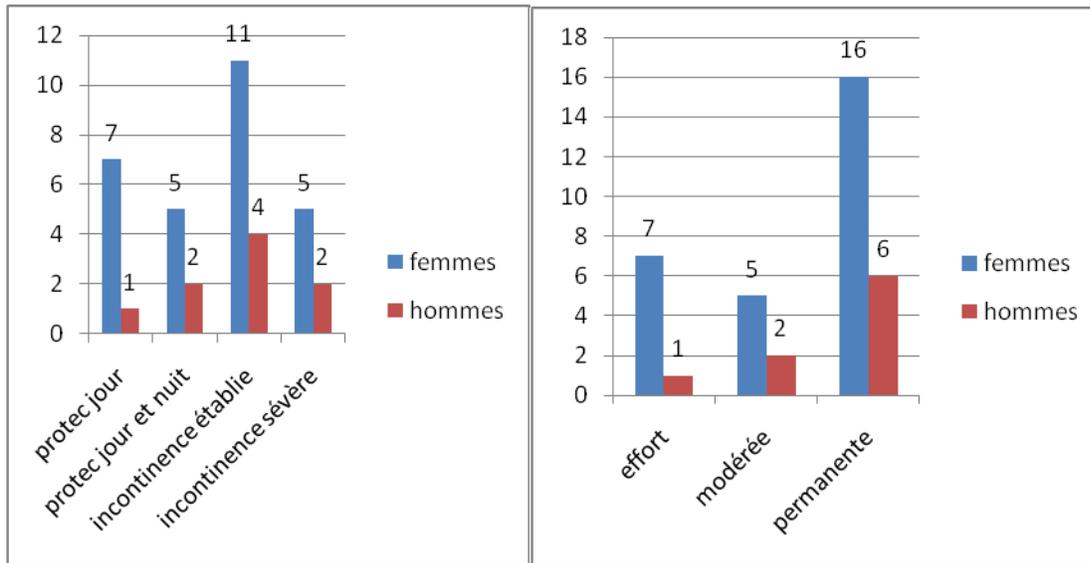
Le nombre de prescriptions d'antalgiques est manifestement en deçà des normes.

Prise en charge des incontinences urinaires. Pour l'année 2009

Dès Janvier 2009, la Direction et les cadres ont fait un nouvel appel d'offre dans le domaine des fournitures de protection. Ceci a abouti à un audit des pratiques, à la mise en place d'un cahier mictionnel individualisé. Nous en avons tiré les informations suivantes :

	Incontinence modérée	Incontinence sévère	total
Femmes = 37	5	16	21 = 57%
Hommes = 23	2	3	5 = 22%

Analyse en date de Mai 2010 sur 60 personnes



Nous avons retenu comme « incontinentes » les personnes des catégories « modérée et permanente ».

## **2F. Les pratiques médicales:**

Dans un premier temps nous nous sommes attachés à rédiger un contrat d'exercice entre les médecins intervenants et l'établissement. Ce contrat validé par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins a ensuite été présenté en CME d'établissement. Il est signé par chaque médecin intervenant dans l'établissement. Ce contrat insiste sur les bonnes pratiques gériatriques et les liens avec le médecin coordonnateur.

- Choix du médecin traitant: Il faut rappeler que l'hôpital Corsin est situé en milieu rural, dans un canton peu médicalisé et que la plupart des résidents ont pour médecin traitant l'un de ceux qui exercent sur site ; en ce qui concerne les résidents venant de cantons plus éloignés, leur médecin traitant ne souhaitant pas continuer à les suivre, ils sont pris en charge par l'un des quatre praticiens du site. Pour assurer la permanence de soins, ils ont mis en place un tour de garde sur le canton (avec la participation de 2 autres confrères) qui fonctionne nuit et jour 365 j/an. Ce système n'a pas révélé d'imperfection notoire. La procédure d'appel en cas d'urgence est écrite et validée.
- Bonnes pratiques: Ces quatre médecins ont une longue pratique professionnelle en particulier gériatrique. Depuis quelques années, grâce à la présence d'une pharmacienne, l'établissement s'est doté d'un livret thérapeutique d'environ 300 médicaments. Chaque année ce livret était revu au cours d'une cession du Comité du médicament.

Si les prescriptions sont réévaluées, les changements font rarement l'objet d'une synthèse dans le dossier médical ni d'une révision du Pathos. De nombreux médicaments ont été prescrits « à vie », parfois lors de consultations spécialisées antérieures. Les horaires de prise des médicaments sont parfois anarchiques (plusieurs résidents ont des prises à 6h ; 11h ; 18h ; 19h.).

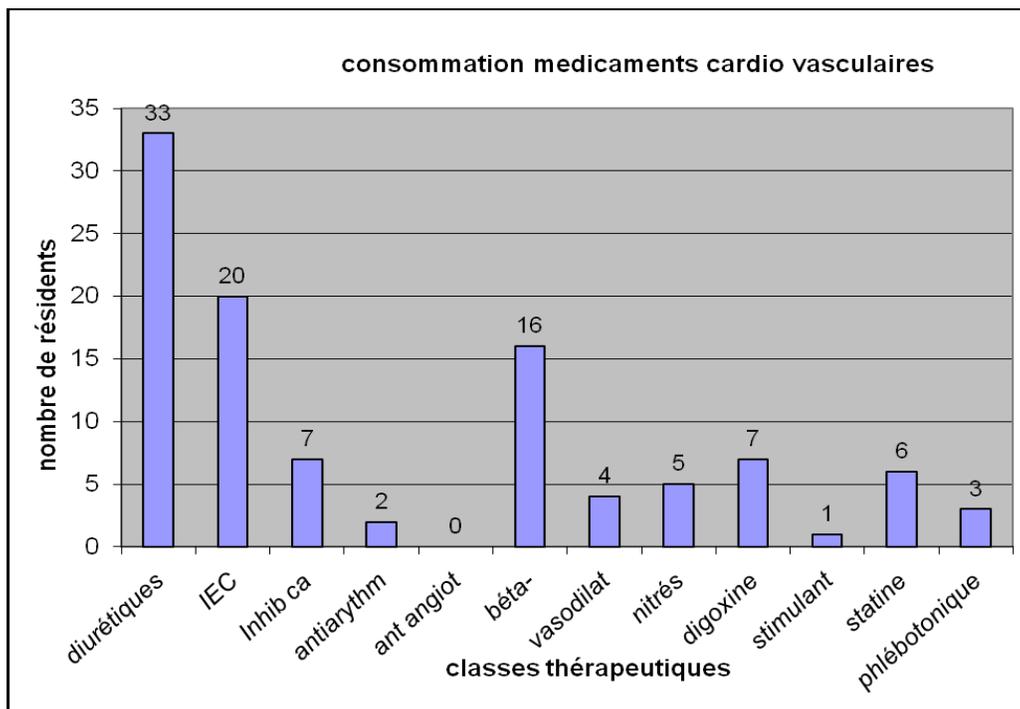
La prise d'eau gélifiée, la qualité du repas (normal, mixé) les régimes (sans sucre, sans sel) ne sont pas justifiés par une prescription. En revanche, toutes les contentions sont prescrites avec une durée.

### Principales prescriptions (79 résidents sur 306 jours) hors antibiotiques

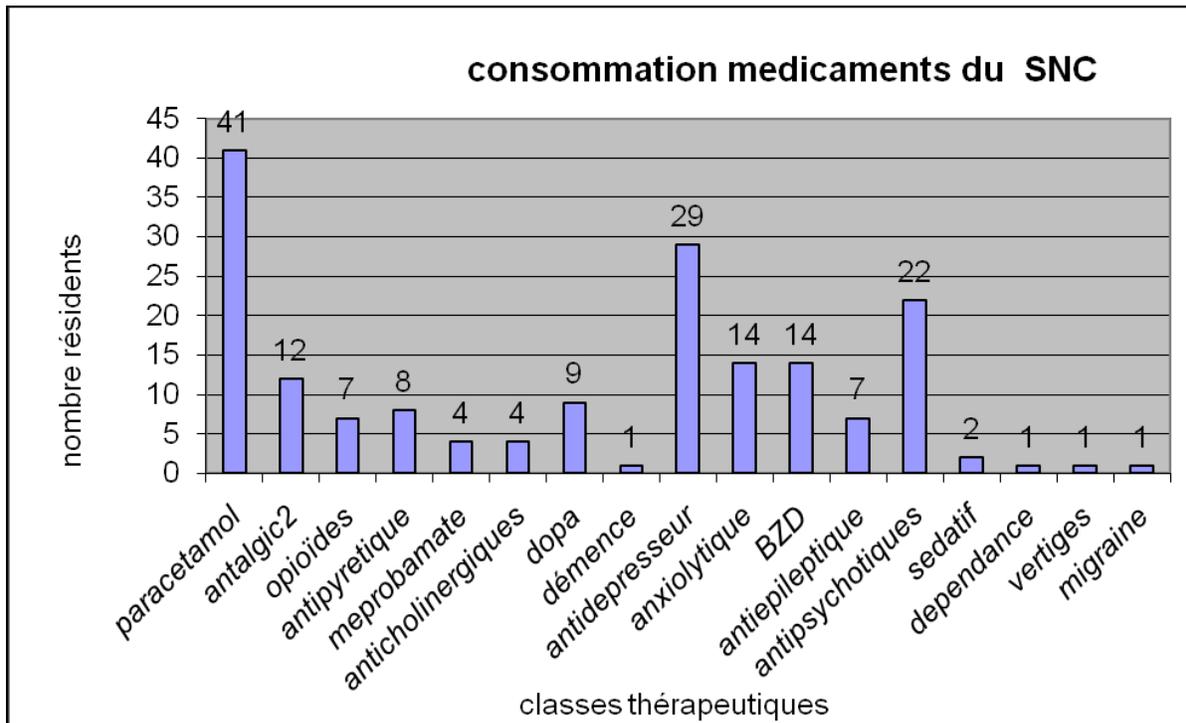
médic	paracetamol	diurétiques	anxiolytiques	laxatifs	antiagrégants	IPP	antipsychotiques	IEC	béta-	AVK
résidents	41	33	29	28	26	25	22	20	16	14
% age	52%	42%	37%	35%	33%	32%	28%	25%	20%	18%

Nous vous présentons ci-dessous le détail des classes thérapeutiques prescrites :

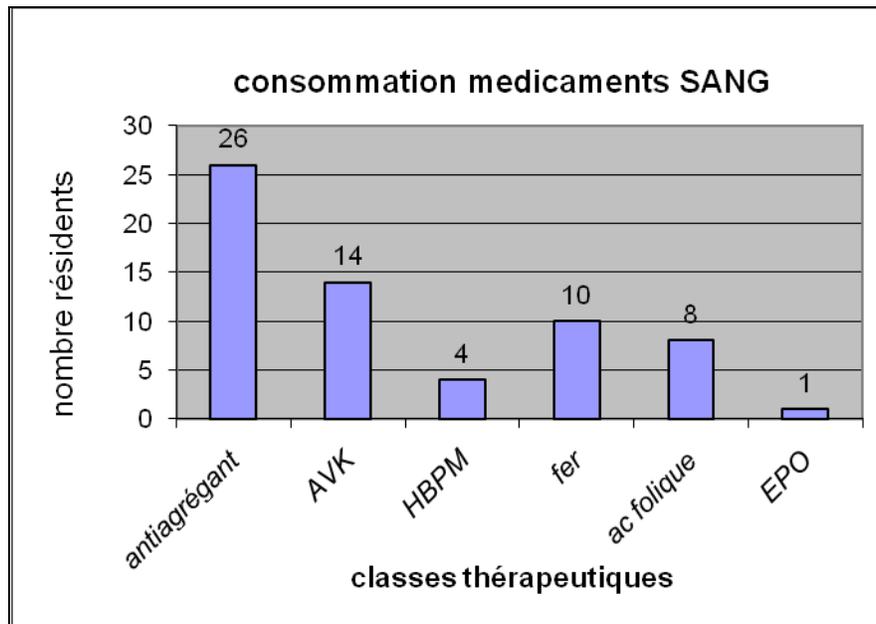
*104 Prescriptions pour 79 résidents*



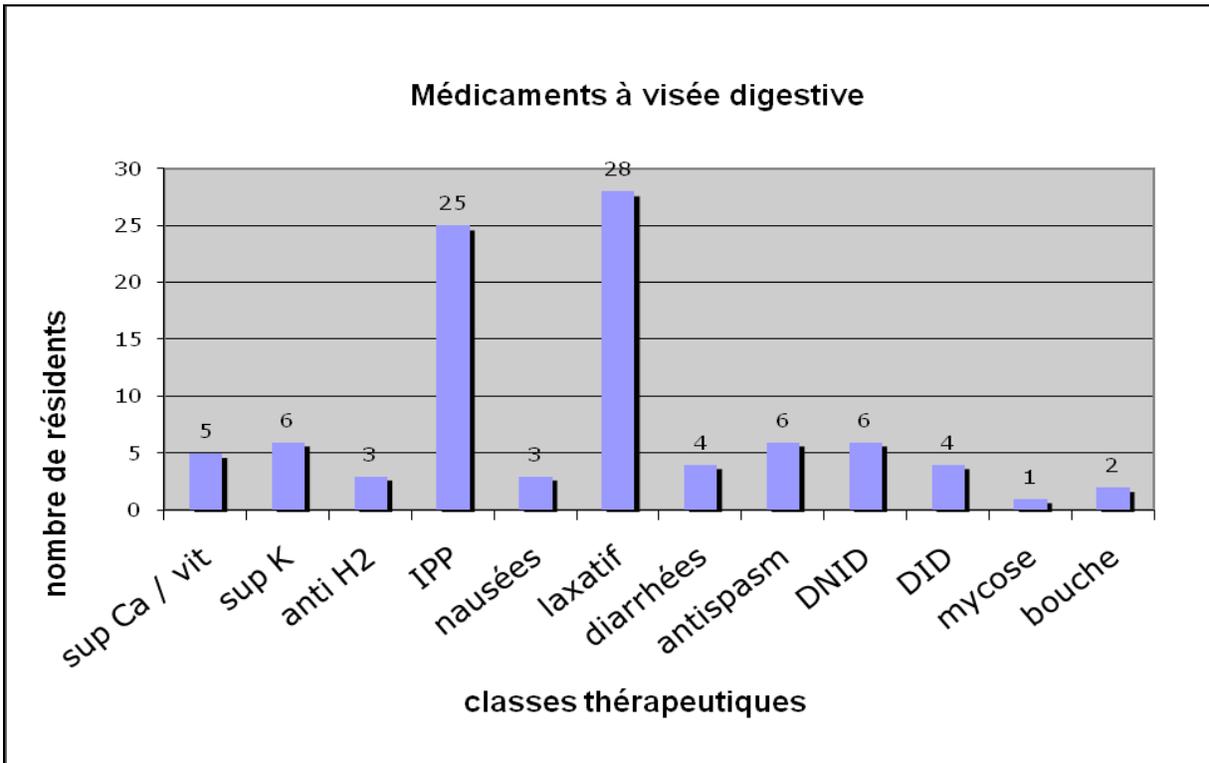
177 prescriptions pour 79 résidents



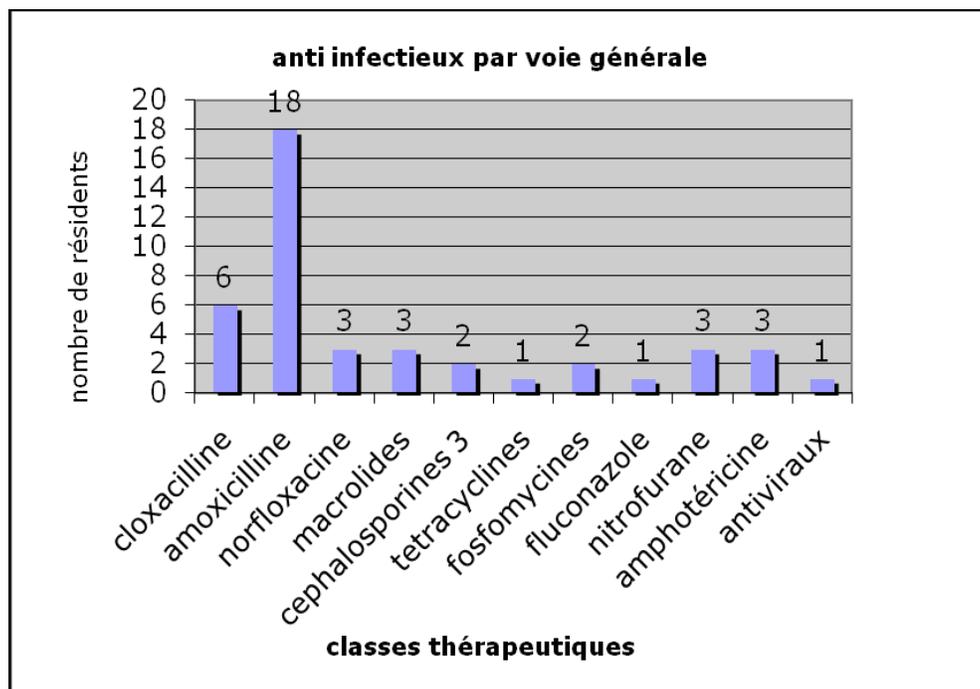
63 prescriptions pour 79 résidents



93 prescriptions pour 79 résidents



43 prescriptions pour 79 résidents



**Dans l'enquête PAQUID**, la consommation pharmaceutique des personnes âgées était dominée par les médicaments à visée cardio-vasculaire avec les IEC ; suivaient les médicaments du système nerveux central puis les médicaments concernant le système digestif.

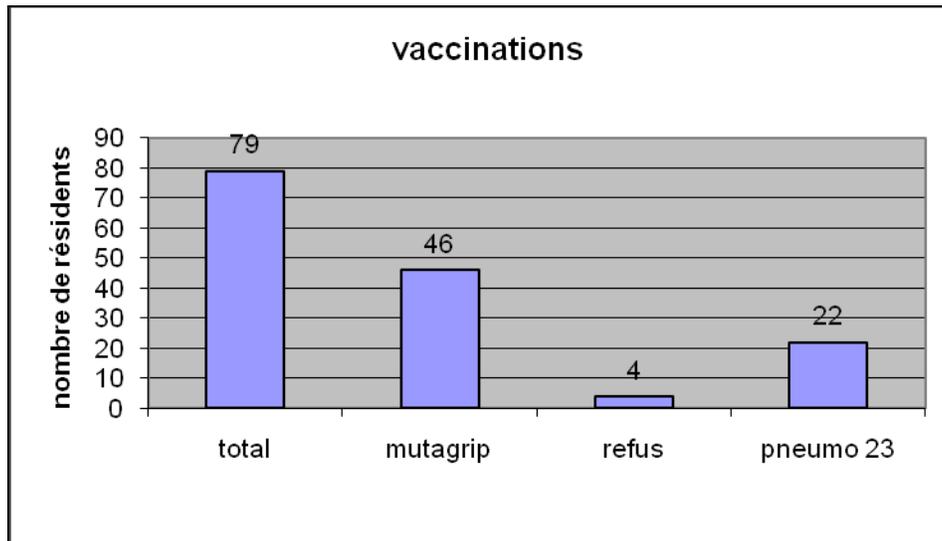
**Dans nos constatations** : en 1<sup>ère</sup> place les médicaments du SNC (177), puis cardio-vasculaires (104 dont diurétiques 33 et IEC 20) puis digestifs (93)

Les prescriptions d'AVK concernent dans 13 cas des ACFA ; 1 fois une thrombose veineuse profonde.

Pour les antiagrégants, il s'agit de traitements préventifs (prévention primaire ou secondaire d'AVC). 1 fois une suite d'amputation.

Les diurétiques et essentiellement le furosémide sont d'avantage prescrits que les IEC ou dérivés thiazidiques. Les bêtas-bloquants occupent un poste important que nous n'avons pas analysé.

IPP et laxatifs restent de grandes vedettes. Peu d'anti nauséeux malgré un nombre plus élevé de prescription de Modopar.



### Campagnes de vaccination 2009

La vaccination contre la grippe saisonnière est bien suivie chez les résidents, à défaut de l'être chez le personnel depuis que cette mesure n'est plus obligatoire.

La vaccination contre le pneumocoque a débuté cette année. Les résultats sont encourageants.

**Les principales observations** que nous pouvons faire « globalement » aux praticiens sont les suivantes :

- Peu de synthèse dans le dossier médical
- Pas de traçabilité pour la prescription des examens complémentaires et pour les courriers de transmission (ordonnances libres, non rattachées au dossier informatique)
- Pas de systématisation dans la prescription des examens indispensables chez la personne âgée (créatinine ; protidémie en cas de dénutrition ; déficit en vit D)
- Multiplication des consultations
- Pas d'implication « systématique » dans certaines mesures recommandées (hygiène dentaire, surveillance des poids, vaccinations)
- Pas d'analyse en cas de chute (réévaluation des thérapeutiques, recherche d'une hypotension orthostatique)
- Pas de réévaluation du PATHOS.

## **2G- les autres praticiens:**

Le kinésithérapeute en fin de carrière s'occupait essentiellement du secteur sanitaire. A partir de Juillet 2009, un nouveau praticien très impliqué intervient dans l'EHPAD

Une psychologue intervenait essentiellement auprès des résidents situés dans un service fermé de 8 lits. Le vieillissement de la population justifiait moins sa présence permanente et avec la Direction nous lui avons demandé de répartir son activité sur l'ensemble de l'EHPAD.

## 3ème partie : hiérarchisation des problèmes et mise en place des solutions

### **3A- Hiérarchisation des problèmes:**

S'il fallait hiérarchiser les causes des dysfonctionnements, nous proposerions le classement suivant :

1. le déficit en management,
2. l'absence de réunions de synthèse et de groupes de parole.
3. les routines et la non réévaluation des procédures,
4. les facteurs individuels et/ou les conduites de groupe « négatifs »
5. la connaissance insuffisante de l'outil informatique
6. les contraintes architecturales intangibles.

Tout cela conduisant à une situation de prise en charge insuffisante pour les résidents.

#### **Poste 1: déficit en management**

##### Anomalies de management :

- Vacance des postes de Directeur et de cadre pendant plusieurs mois en 2008.
- Création ancienne de postes isolés sans contrôle hiérarchique, sans possibilité de remplacement.
- Procédures et protocoles anciens non réévalués.

##### Anomalies administratives ou de coordination:

- Pas de projet d'établissement
- Pas de projet de soin
- Pas de procédure médicale d'admission
- Livret d'accueil obsolète
- Erreurs ou absence de renseignements informatiques dans les identités, les dates de séjour, les adresses et numéros de téléphone, les numéros de séjour, personne de confiance, recommandations anticipées.
- Absence de conventions et de contrat

##### Anomalies dans l'organisation du travail:

- Pas de sectorisation du personnel entre EHPAD et sanitaire (médecine et SSR)
- Glissement des tâches IDE vers AS
- Mauvaise définition des missions des différentes catégories de personnel
- Recours important au personnel intérimaire

#### Isolement de l'établissement:

- Pas de réseau gérontologique formalisé mais excellentes relations personnelles entre médecins de l'établissement et service de gériatrie du CH.
- Pas de convention (ou convention inadaptée) avec les intervenants extérieurs. La seule convention retrouvée remonte à 1998 et concerne l'association Amitié et Loisirs. Elle doit d'ailleurs être reformulée.

#### **Poste 2: l'absence de réunions de synthèse et de groupes de parole.**

##### Anomalies de communication:

- Informations insuffisantes sur les souhaits du résident,
- Pas de plan de soin personnalisé,
- Fiches de suivi non utilisées (douleur, dénutrition),
- Fiches d'alerte mal remplies (chutes),
- Pas d'échanges centrés sur le résident,
- Relèves inefficaces,
- Outils de cohésion multipliés, insuffisamment utilisés,
- Pas de groupe de parole, pas de réunion de synthèse,
- Arrêt de la production du support d'information (Les p'tits potins).

#### **Poste 3: les routines et la non réévaluation des procédures**

##### Routines médicales:

- Habitudes liées au fonctionnement hospitalier antérieur
- Méconnaissance des caractéristiques du logiciel médical
- Pas de dossier médical adapté au résident ; pas de validation interne du PATHOS.
- Pas de document de synthèse diagnostique ni de réévaluation des prescriptions.
- Mauvaise procédure d'archivage des examens de laboratoire.

##### Routines des soignants:

- Dans tous les actes : toilettes, repas, horaires : grande rigidité

#### **Poste 4: les facteurs individuels et/ou les conduites de groupe qui évoluent vers un refus d'adaptation.**

- Classique réaction d'équipes constituées face à une nouvelle direction.
- Mais aussi spécificité des milieux soignants

- Responsables d'une lenteur des réponses voire d'un immobilisme d'autant plus lourd à gérer qu'il s'agit d'emplois de la fonction publique.

**Poste 5: la connaissance insuffisante de l'outil informatique à tous les niveaux:**

- Administratif
- Médecins
- Equipes soignantes
- Autres intervenants

**Poste 6: Anomalies architecturales**

- Chambres trop petites et en nombre insuffisant du fait de restructurations ou de leur éloignement des centres de vie communs ; mauvaise accessibilité ; ascenseurs hors normes ; lieux de vie insuffisants et trop petits
- Dispersion des bâtiments. Problèmes de communication.

**3B- Objectifs**

Formation

- Nouveau Directeur: formation à Rennes
- Médecin coordonnateur: formation au DIU
- Toute l'équipe: formations internes et externes à l'utilisation du logiciel PSI

Organisation

- Prise en charge du résident: plan de soin personnalisé et fiches de suivi
- Travail des équipes: circuits logiques, amélioration du matériel, outils de cohésion

Communication

- Avec les professionnels de santé: rencontre, procédures, actions d'évaluation
- Création de liens entre les équipes: staff, valorisation du travail
- Mise en place de réseaux.

**3C- Attentes**

Amélioration des conditions de travail

- En augmentant le nombre de chariots de soins, en changeant de fournisseurs pour les protections, en optimisant le rangement des draps, les AS voient se réduire la pénibilité de leurs tâches
- L'achat d'un système mobile de douche permet déjà dans des conditions de confort optimisées et sans manutention de laver, changer, habiller un résident et de refaire son lit en 20 mn

#### Amélioration de la qualité de l'information

- La mise en place de fiches de suivi concernant dans un premier temps la prévention des risques d'escarre, les malades douloureux, les malades dénutris permettra une bonne évaluation de la situation, un échange d'informations précises entre médecin et soignants et un meilleur suivi des résidents.
- Le temps libéré par cette procédure permettra d'organiser des réunions de service pendant lesquelles seront réévalués les plans de soin/vie personnalisés

#### Amélioration de la qualité des soins

- Meilleure compréhension de la notion de soin individualisé,

#### Amélioration des prestations médicales

- L'apprentissage des nouvelles procédures d'utilisation du logiciel médical pour une meilleure traçabilité des prescriptions, une prise de connaissance et un archivage informatique immédiat des résultats biologiques.
- La mise en place des fiches de suivi pour transmettre des conseils à l'équipe de soin et en retour recevoir des éléments d'évaluation indispensables à l'adaptation des prescriptions
- Les liens amicaux entretenus par des rencontres informelles permettent de mettre en place des opérations ciblées sur les recommandations de la HAS.

### **3D- Modifications engagées**

Les modifications entreprises se seront étalées sur près de 18 mois (et se poursuivent...).

- **Direction**

- Nouveau projet architectural 2009 - 2010

- Négociations avec les autorités de tutelle
    - Pré étude architecturale

- Modifications matérielles

- Réaffectation de bureaux aux 2 cadres, au médecin coordonnateur et aux ASH.
    - réfection de chambres (janvier 2009 à janvier 2010)
    - réfection de la plonge (Février 2010)
    - remise aux normes des ascenseurs (juin 2010)

- amélioration des salles de bain (mise en place de robinets thermostatiques Février 2010)
- achat de mobilier pour les salles à manger, de mobilier de jardin ( avril 2010)
- achat d'une machine à laver avec tunnel de chargement pour éviter le croisement du linge propre et sale.

#### Amélioration des conditions de travail

- Embauche de personnels en remplacement d'intérimaires pour AS et IDE (2009 – 2010)
- achat de chariots de soins, de chariots à médicaments, d'un système de douche au lit.
- achat de postes informatiques

#### Modifications de la procédure d'admission des résidents.

- création d'une commission d'admission (Mars 2009)
- livret d'accueil. Rédaction d'un nouveau livret adapté aux futurs résidents (Mai 2009)

#### Démarches budgétaires

- envoi d'une demande de réévaluation de la dotation avec nouvelle coupe PATHOS (Juillet 2009)
- reprise des marchés avec les fournisseurs (Janvier à Novembre 2009)

#### Audit externe pour l'élaboration d'un projet d'établissement

- Constitution d'un Comité de pilotage (Février 2010)

#### Amélioration des prestations d'hôtellerie

- Installation de fontaines rafraîchissantes (Mai 2009)
- Achat de linge de toilette pour les résidents. (Février 2010)
- Remplacement du mobilier des salles à manger (Mai 2010)

### • **Encadrement : 1 cadre sup de santé + 1 cadre de santé**

#### Création de secteurs logiques (EHPAD et sanitaire) en fonction des lits autorisés.

- déménagements des résidents et des hospitalisés après contact de la famille. A cette occasion, sont vérifiés les liens existants entre résidents. Cette idée avait soulevé des tollés au sein de l'équipe soignante au cri de « cela va perturber tous les résidents ». En fait après avoir expliqué les raisons aux familles et aux résidents, ces « bouleversements », réalisés à l'occasion de 2 départs n'ont concerné que 6 personnes et n'ont généré ni appréhension ni changement de comportement.
- Cette mini révolution de Juin 2009, que nous avons réclamée dès Janvier fut le moment fondateur de la mise en œuvre de notre travail avec le personnel.

### Organisation du travail

- Mise en place de commissions internes. Entre Février et Avril 2009, tous les 15 jours ont fonctionné des commissions chargées de motiver les équipes, écouter les problèmes en souffrance et préparer la réorganisation des services. Certaines de ces équipes se sont retrouvées ensuite tout au long de l'année et leurs membres ont participé en 2010 au Comité de pilotage du projet d'établissement.
- Reprise des horaires de travail, des plannings et des missions des ASH, évaluation de leur travail
- Les ASH ne sont pas directement affectées (sauf budgétairement) à l'EHPAD. Il y a une réorganisation en 2 équipes :
  - Ménage
  - Hôtellerie
- Sectorisation des équipes AS et IDE, seulement depuis Janvier 2010, et sur la base du volontariat.
- Définition des missions, travail sur les référentiels AS.

Reprise des procédures et des protocoles. rédigés pour la plupart entre 2001 et 2004. Ce travail sera achevé en Juin 2010.

Nomination d'AS référentes. Pour le matériel, les consommables. Egalement à l'entrée d'un nouveau résident.

### Formations diverses :

- hygiène
- manutention
- sécurité, les gestes vitaux (utilisation du défibrillateur)
- douleur. Depuis Février 2010, le CLUD organise des formations sur le sujet qui sont complétées par la mise en place de procédures d'évaluation de la douleur et de fiches de suivi utilisées tant par les soignants que par les médecins.

- **Médecin coordonnateur**

Elaboration du projet de soins à partir de l'évaluation ANGELIQUE, des audits internes et des recommandations du Comité de pilotage

### Procédure d'admission du résident

- Rédaction de la procédure administrative et médicale
- Mise en place dans l'outil informatique

### Dossier médical

- Réalisation d'un nouveau dossier médical

- Rédaction d'un guide d'emploi du PSI pour les médecins et les équipes de soignants.

#### Evaluation des GIR et des PATHOS et des risques gériatriques :

- Travail avec IDE et cadre. Procédure d'historisation des résultats
- Présentation d'une nouvelle coupe PATHOS
- Présentation du GIRAGE au médecin inspecteur du CG.
- Mise au point de tableaux de bords multifonctions couvrant l'âge, le sexe, le niveau de dépendance, l'IMC, les pathologies à risque, les prises médicamenteuses utilisables par les médecins traitants.

#### Procédures de transmission des informations entre les différents intervenants

- Formation auprès d'une IDEC utilisant le même système informatique et responsable de la mise en place d'un plan de soins personnalisé (stage)
- Mise au point des procédures d'échanges d'information entre médecins et soignants.
- Rédaction d'un mode d'emploi pour l'utilisation de l'outil informatique pour les équipes soignantes

#### Utilisation des passerelles avec le secteur sanitaire

- A travers les réunions de CME et autres commissions du sanitaire (CLIN, COMEDIM)
- En collaboration avec le médecin coordonnateur du sanitaire (rédaction d'actions médicales ciblées sur l'évaluation des bonnes pratiques médicales)
- Rencontres mensuelles avec les médecins traitants : échange sur les pratiques, proposition d'actions.

#### Contacts avec les intervenants extérieurs et rédaction des conventions de partenariat

- Rencontre des médecins des établissements hospitaliers, des associations
- Préparation de conventions présentées au Directeur (signature en Juin 2010)
- En gestation un projet de réseau avec les gériatres du Département et les médecins coordonnateurs.

#### Actions ciblées relevant du suivi médical des résidents

- Suivi des IMC. Rédaction d'une procédure du suivi des poids des résidents.
- Campagnes de vaccination : grippe saisonnière, pneumo 23
- Evaluation des déficits visuels
- Suivi de la consommation médicale (consultations et prescriptions médicamenteuses)

- **Animatrice**
  - Rédaction d'un rapport d'activités avec besoins quantifiés
  - Réflexion sur les objectifs des actions engagées pendant l'année
  - Présentation d'un agenda pour 2010
  
- **Kinésithérapeute** embauché en Juillet 2009 : **230 actes effectués**
  - Prise en charge des traumatismes nécessitant un soutien complémentaire après traumatisme.
  - Maintien de l'autonomie
    - 50% rééducation à la marche
    - 29% verticalisation sur appareil en salle
  - Prévention des chutes, travail sur l'équilibre : avec l'animatrice de gymnastique douce pour 15 résidents GIR >3.
  
- **Psychologue** : nouvelle fiche de poste incluant une prise en charge élargie à la totalité de l'EHPAD avec évaluation des démences et des Syndromes dépressifs

## 4ème partie: mise au point d'un indicateur de « bien- être » des résidents

### 4A- Description du concept

1. L'idée générale qui nous a inspiré pour cette dernière partie est de traduire, à partir des données recueillies, les écarts par rapport à des normes nationales :
  - De la situation des bâtiments et de l'équipe de management
  - De la situation des soins et de la prise en charge médicale
  - De la situation pathologique du résident et son accompagnement

Nous avons ainsi créé un graphique composé de 3 zones elliptiques concentriques.

- Zone extérieure verte représentant l'établissement en tant qu'entité architecturale et managériale.
  - Zone intermédiaire bleue représentant la charge de soins
  - Zone centrale, rose, représentant la personne âgée, ses « handicaps » et les risques encourus dans sa situation.
2. A l'aide d'un questionnaire très classique et habituellement utilisé pour le rapport annuel d'activités, nous collectons les valeurs qui nous serviront d'item. Nous reconnaissons bien volontiers que nous sommes loin d'avoir retenu pour les indicateurs utilisés en EHPAD
  3. **Le tableau 4B est le seul questionnaire à remplir.** Nous donnons quelques éclaircissements:

En 1 - : classification standard des EHPAD. En effet, les statistiques de la DREES en tenant compte, nous avons constaté des variations en ETP personnel et GIR selon le type d'établissement.

En 2 - : ces informations sont généralement disponibles au service entretien. Il s'agit de dimensions classiques :

Si porte >0,80 : passage d'un fauteuil roulant.

Si porte > 1,10, passage d'un lit.

Pour les ascenseurs, les normes incluent les sécurités de niveau d'étage et les dimensions (acceptent un brancard). De nos visites dans différents établissements, il nous est apparu que lorsque les portes des chambres et des sanitaires ainsi que les surfaces des lieux de vie privée respectent ces critères, la totalité de l'établissement présente un aménagement satisfaisant.

L'item ascenseurs (mise aux normes + dimensions) impacte également la qualité du travail et la pénibilité des transferts.

En 3 - : emplois réels en ETP **pour la totalité de l'EHPAD**

En 4 - : pourcentage hommes et femmes.

Capacité d'accueil (agrément)

Taux d'occupation (jours séjour réels / 365 x nombre de places)

GIR (à la date de la coupe officielle)

PMP à la date de la coupe GIR ou de la coupe PATHOS officielle.

Sur l'année écoulée le nombre d'incidents ayant fait l'objet d'un signalement

Nombre de consultations effectuées / résident et par mois (en moyenne)

Moyenne sur 1 an des médicaments pris journallement par chaque résident.

En 5- : données en ETP + nombre de **conventions** passées entre l'établissement et des intervenants extérieurs non médicaux (associations, pédicure, coiffeur, animatrice gymnastique....)

4. Ces valeurs seront, pour chaque catégorie d'EHPAD, rapportées aux normes statistiques présentées dans le tableau 4C.
  - Les normes architecturales retenues sont les surfaces des chambres, la taille des ouvertures et la normalisation des ascenseurs.
  - Les normes salariales et GIR sont tirées des résultats de l'étude DREES 2010.
  - La norme PMP provient de l'enquête GALAAD (moyenne sur 2007 – 2008 – 2009).
  - Pour la survenue d'incidents en EHPAD, nous avons retenu les statistiques les plus récentes issues de l'HAS, ANAES, et à défaut des sociétés savantes.
  
5. Nous avons postulé les points suivants :
  - Lorsque toutes les données correspondent aux normes, dans chaque figure, le petit et le grand rayon de l'ellipse sont égaux à l'unité (choisie) et les 3 figures sont des cercles.
  - Nous créons ensuite un espace entourant le cercle « du résident » que nous appellerons « espace de vie » ou « espace de bien-être », qui est une fonction simple des 2 cercles extérieurs.
  - Pour finaliser notre raisonnement, nous estimons que les différences entre cette couronne « normale » et les résultats calculés issus du questionnaire permettent de situer l'établissement dans une démarche de bienveillance
  
6. Si les critères recueillis dans le questionnaire s'écartent des normes, les figures géométriques subissent des distorsions à type d'ellipse et permettent ainsi de bien visualiser les points d'achoppement du système.

## **4B- Modèle de questionnaire de recueil des informations**

### **1/ type EHPAD**

Public	Privé non lucratif	Privé lucratif

### **2/ données architecturales**

<b>Espaces privatifs</b>	<b>Ch simples &gt; 20m2</b>	<b>Ch doubles &gt;25m2</b>
nombre		
<b>Accessibilité chambres %</b>	Portes > 0,80 =	Portes >1,10 =
<b>Accessibilité sanitaires %</b>	Portes > 0,80	
<b>Accessibilité ascenseurs %</b>	Dimensions > lit	

### **3/ Emplois**

<b>Equipe management</b>		<b>Equipe soignante</b>	
Directeur		cadre	
adjoint direction		IDE +prépa pharma	
Agents administratif		AS et autres	
Médecin coordonnateur		ASH	
<b>Total</b>		<b>Total</b>	

### **4/ données médicales concernant les résidents**

Sur l'année écoulée	Femmes	hommes
Nombre total =		
Capacité d'accueil =	Taux d'occupation =	

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Nombre						
pourcentage						

GMP	PMP
-----	-----

	Chutes	Escarres	Dénutrition	Incontinence urinaire
Nombre				Hommes =
Nombre de résidents Ou période				Femmes =

N. consultations mois / résident	N. médicaments / résident

### **5/ Vie sociale** : évaluation en présence/résident/mois sauf ETP

environnement	ETP kiné	ETP psycho	ETP animation	Nb conventions bénévoles ou non
ETP				

**Ce questionnaire a été choisi pour sa simplicité et parce qu'il reprend les informations du rapport annuel.**

#### 4C- Tableau des Normes

	public	privé lucratif	privé non lucratif
<b>1ère question :</b>	a	b	c
<b>surfaces chambres</b>		<b>NORMES DE CONFORT</b>	
norme chambre simple	20	20	20
norme chambre double	25	25	25
<b>Portes chambres</b>		>0.80 Index = 0,80	>1,10 Index = 1,20
<b>Porte</b>			
<b>sanitaires</b>		>0.80 Index = 1	
<b>ascenseurs</b>	Hors norme = - 5%	du résultat par	Ascenseur HN
<b>norme accessibilité</b>	1	1	1
<b>management : ETP/100 r</b>		<b>DREES 2010</b>	
directeur	0,6	1,1	1,1
attaché direction	0,2	0,4	0,3
agent administratif	2	1,9	2,3
autre personnel	0,3	0,6	0,5
médecin coordonnateur	0,5	0,5	0,5
<b>normes management</b>	<b>3.6</b>	<b>4.5</b>	<b>4.6</b>
<b>soins : ETP/100 r</b>		<b>DREES 2010</b>	
cadre	0.8	0.7	0.5
IDE	6.2	3.9	4
AS	20.9	11.4	13.4
AMP	0,9	3,6	2
ASH	18,6	14	14,6
<b>normes en soin</b>	<b>47.4</b>	<b>33.6</b>	<b>34.5</b>
<b>% GIR par type d'établissement</b>		<b>DREES 2010</b>	
N1 GIR 1	19,8	18	16,6
N2 GIR 2	30,9	35,6	29,8
N3 GIR 3	14,1	15,6	13,6
N4 GIR 4	19,1	18,2	20,3
N5 GIR 5	8,1	5,7	8,8
N6 GIR 6	6,9	5,8	9,8
<b>normes charge de travail</b>	<b>139.3</b>	<b>143.7</b>	<b>131.7</b>
<b>incidents</b>			<b>retenu</b>
<b>chutes</b>		HAS 2009 : 25%	<b>25%</b>
<b>dénutrition</b>		HAS 2007 : 15 à 38%	<b>25%</b>
<b>escarres</b>		PERSE : 12,50%	<b>12,50%</b>
<b>incontinence urinaire</b>	CAPGERIS	<b>CAPGERIS</b>	
	femmes	hommes	hommes 15%
	25 à 32%	12 à 16%	femmes 28%
<b>normes incidents</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
		<b>ANAES 2006</b>	
<b>médication</b>		5,2/jour	<b>5,2/jour</b>
<b>consultations</b>			<b>1/mois/résident</b>
		<b>Etude GALAAD 2007-2009</b>	<b>retenu</b>
<b>GMP</b>		174 – 158 - 168	<b>167</b>

## **Ce tableau nécessite quelques explications complémentaires.**

### Pour l'aspect architectural

- Ouvertures des portes: nous affectons un index corrigé à 0,80 pour les ouvertures des chambres supérieures à 0,80 cm (passage fauteuil roulant) et index corrigé à 1,20 pour les ouvertures supérieures à 1,10 (passage d'un lit)
- Pour les ascenseurs: nous considérons comme NORMAL qu'ils respectent tous les normes de sécurité et que leurs dimensions intérieures permettent le transport d'un lit. Dans le cas contraire, le résultat global est affecté d'un malus de 5%.

Pour les normes tirées de l'enquête DREES 2010, chacun verra que le nombre ETP comme les pourcentages des GIR dépendent du type d'établissement.

La norme « charge de travail » correspond au temps théorique de soins nécessité par chaque résident. Nous ainsi avons retenu: 210 mn pour un GIR 1 .....

Le résultat final étant : somme des (GIR\*x t\*) x taux occupation.

Dans le tableau, les valeurs trouvées correspondent à un taux d'occupation de 100%.

## **4D- Représentation graphique:**

Nous avons choisi un graphe composé de cercles (ou d'ellipses) concentriques.

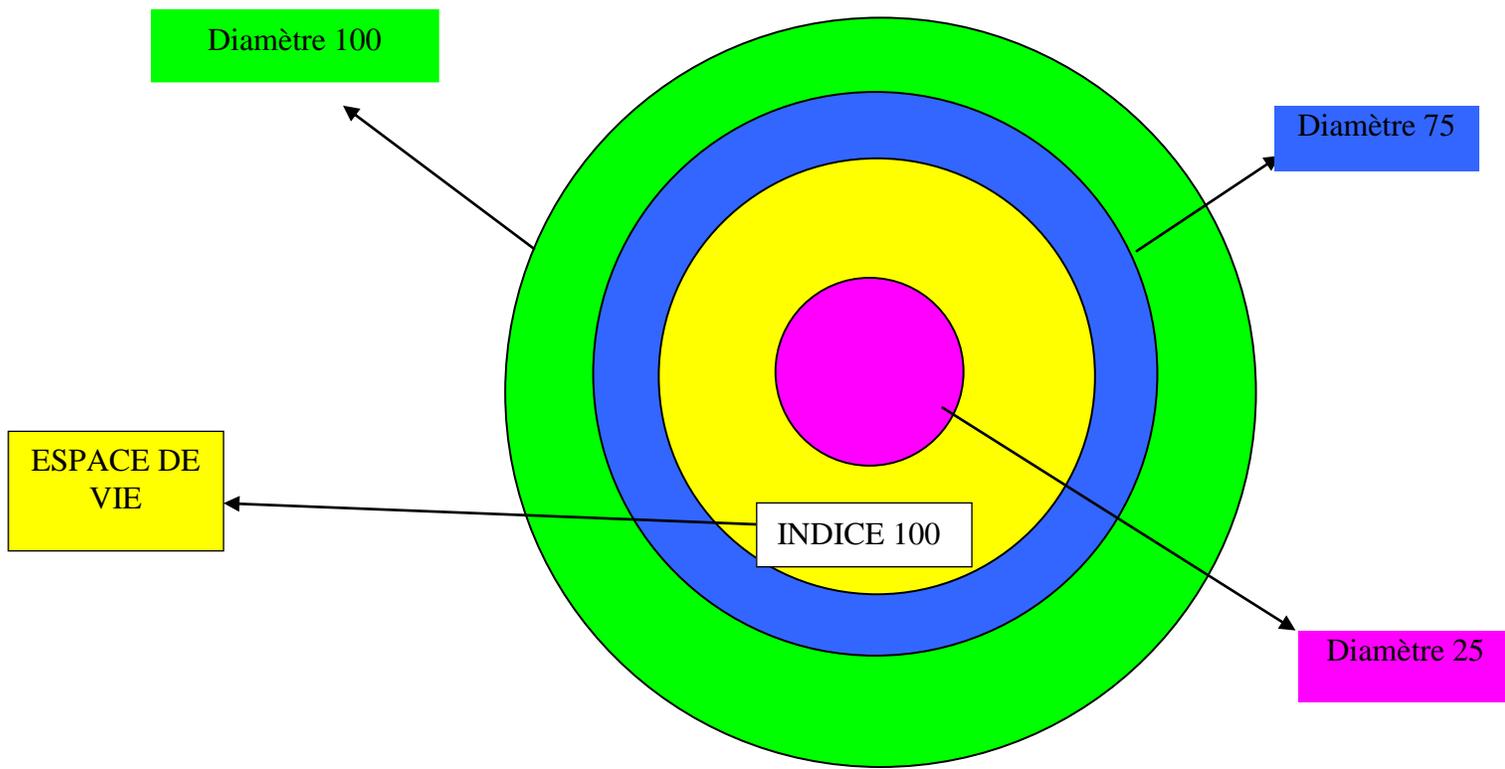
Pour les normes choisies, la résultante est un cercle, sinon la déformation crée une ellipse.

**Ellipse verte (O ; 10 ; 10)** centre O ; diamètres = 10 cm : **Cette figure qui entoure les autres représente l'établissement et l'équipe managériale.**

**Ellipse bleue (O ; 7,5 ; 7,5)** centre O ; diamètres = 7,5 cm : **cette seconde figure représente l'équipe soignante, sa charge de travail, l'impact médical qui s'exercent sur le résident**

**Ellipse rose (O ; 2,5 ; 2,5)** centre O ; diamètres = 2,5 cm : **c'est l'état de santé des résidents (PATHOS) mais aussi un calcul des risques encourus (chutes...) et du bénéfice apporté par l'établissement en terme de liens sociaux.**

**Couronne JAUNE** : Nous avons appelé cette couronne « espace de vie » du résident. Sa surface arbitrairement correspond à 1/3 (Surface verte + surface bleue) Symboliquement, on comprend bien que les défaillances architecturales, managériales, en terme de soins vont peser sur les résidents en diminuant leur qualité de vie. Toutes ces influences négatives réduiront cette couronne jaune par l'extérieur, de même que l'augmentation des risques, du PMP, « grignoteront » la couronne jaune par l'intérieur.



**SCHEMA DIT « AUX NORMES » :**

**Ellipse verte = cercle diamètre 10**

**Ellipse bleue = cercle diamètre 7,5**

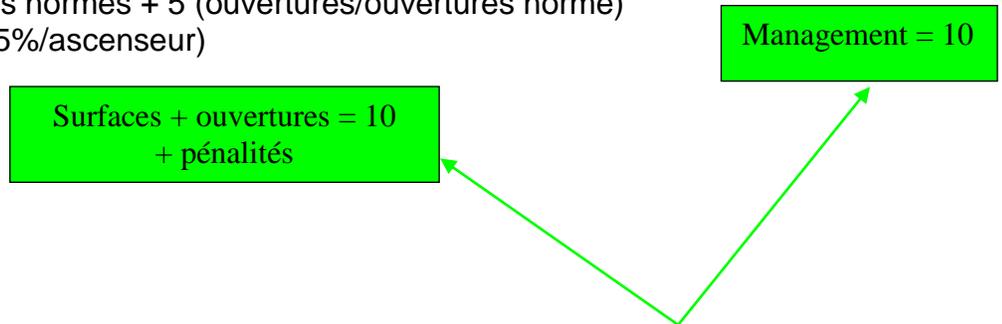
**Cercle rose = diamètre 2,5**

**Couronne jaune = diamètre 5,8**

#### 4E- Principes du calcul

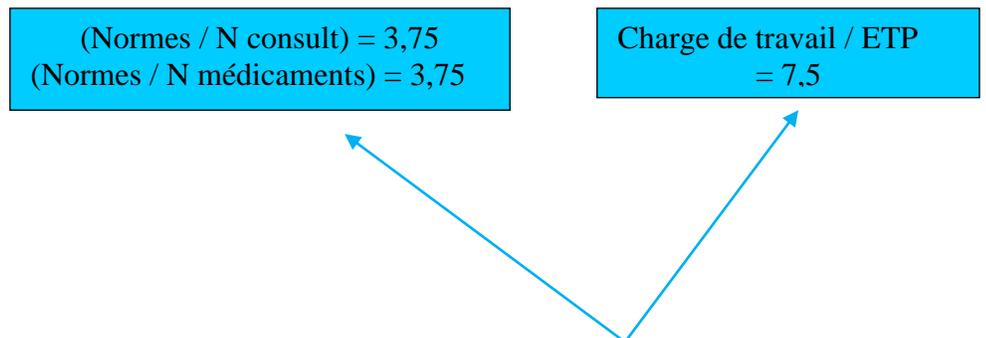
##### ELLIPSE VERTE: (centre O, petit Diamètre rv et grand Diamètre Rv)

- $R_v = 10$  (ETP management/ETP normes)
- $r_v = 5$  (surfaces/surfaces normes + 5 (ouvertures/ouvertures norme) + pénalités ascenseurs (-5%/ascenseur)



##### ELLIPSE BLEUE: (centre O, petit diamètre rb et grand diamètre Rb)

- $R_b = 7.5$  (ETP soignants /charge de travail établissement) / (ETP normes /charge de travail normes) rapporté au taux d'occupation.
- $r_b = 0,50 * 7.5$  (N consultations/normes) +  $0,50 * 7,5$  (normes / prescriptions établissement)

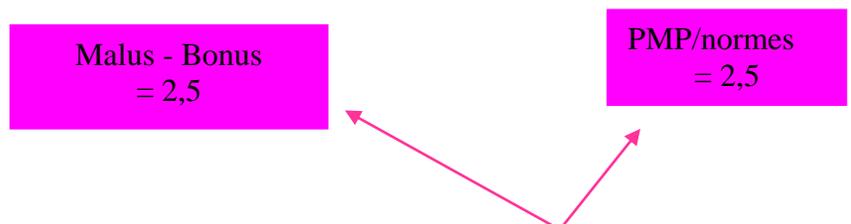


##### ELLIPSE ROSE : centre O, petit diamètre rr et grand diamètre Rr)

- $R_r = 2.5$  (PMP établissement/PMP norme)
- $r_r = 2.5$  (Malus-Bonus)

Malus =  $0.25(\text{chutes}/N) + 0.25(\text{escarres}/N) + 0.25(\text{dénutrition}/N) + 0.25(\text{incontinences}/N)$

Bonus =  $0.20(\text{MT}/N) + 0.20(\text{kiné}/N) + 0.20(\text{psy}/N) + 0.0(\text{ani}/N) + 0.20(\text{bénévoles}/N)$



#### 4F- Cas concret

##### classification

type EHPAD	public	privé lucratif	privé non lucratif
	1	2	3

nombre de résidents	hommes	femmes
61	25	36

taux d'occupation année
70%

##### CALCULS POUR ELLIPSE VERTE

##### données architecturales

surfaces chambres	simples > 20m <sup>2</sup>	doubles > 25m <sup>2</sup>	pour 50% dv
pourcentage			<b>49%</b>

accessibilité chambres en %	portes > 1,10	0,00	1,10 > portes > 0,80	pour 50% dv <b>0,94</b>
accessibilité sanitaires en %		0,00	portes > 0,80	<b>0,72</b>

pénalité = -  
5%/ascenseur

nombre d'ascenseurs	aux normes		hors normes	3
---------------------	------------	--	-------------	---

##### données management

##### NORMES

directeur	0,6	public	privé lucratif	privé non lucratif
adjoint direction	0,6	3,6	4,5	4,6
agents administratifs	1,15			
medecin coordonnateur	0,4			
pharmacien	0,25			
<b>Total</b>	3	pour 100 r	<b>4,92</b>	

49% de nos chambres ont une surface dans les normes ; de même 94% des portes des chambres mesurent entre 0,80 et 1,10m et 72% des portes des sanitaires autorisent le passage d'un fauteuil roulant. Les 3 ascenseurs viennent de subir en Juin une remise « aux normes mais leur contenance n'admet pas un lit. La pénalité sera de 3 x 5%

L'équipe managériale (dans laquelle nous incluons volontairement médecin coordonnateur + pharmacien est très importante (ramenée à 100 résidents)

CALCULS POUR ELLIPSE BLEUE

données équipe soignante

NORMES

cadre	1	public	privé lucratif	privé non lucratif
IDE + prépa pharma	3,9	47,4	33,6	34,5
AS et autres	15			
ASH	7,35			
<b>Total</b>	27,25	Pour 100r	<b>44,67</b>	

NORMES

Nb consult / mois / résident	1,7	norme	1
moyenne médi / résidents	5,5	norme	5,2

NORMES

<b>en pourcentages</b>	GIR 1	0,21	public	privé lucratif	privé non lucratif
	GIR 2	0,26	139,3	143,7	131,7
	GIR 3	0,16			
	GIR 4	0,24			70%
	GIR 5	0,09		CALCUL de la charge de travail :	158,87
	GIR 6	0,03		ADEQUATION de la charge de travail :	<b>0,28</b>
adéquation charge de travail			public	privé lucratif	privé non lucratif
			0,34	0,23	0,26

Remarque: Plus l'adéquation de la charge de travail est basse plus le résultat est mauvais..(mais tout est relatif : notre établissement avec 0,28 est moins bon que la moyenne en public mais bien meilleur que la moyenne du privé.... Ainsi dans le public nous perdons 17% ; dans le privé lucratif nous gagnerions 22%....

Pour l'équipe soignante : notre effectif est limite et notre GMP est plus élevé que la moyenne en établissement publique. Le calcul de la charge de travail se fait à partir du GIR et selon les valeurs référentes fournies par GERONTEVAL : GIR1 = 210 ; GIR2 = 176 ; GIR3= 139.....Nous rapportons ensuite cette charge de travail au temps de personnel. Au résultat, nous appliquons comme facteur de correction le taux d'occupation des lieux.

CALCULS POUR ELLIPSE ROSE

<b>PMP</b>	146,77	norme	167
------------	--------	-------	-----

<b>MALUS</b>			
chutes	0,26	norme	25%
escarres	0,16	norme	12,5%
dénutrition (IMC)	0,57	norme	25%
incontinences hommes	0,22	norme	15%
incontinences femmes	0,57	norme	28%

NORMES

<b>BONUS</b>		public	privé lucratif	privé non lucratif
ETP kiné	0,1	0,2	0	0,1
ETP psychologue	0,2	0,2	0,4	0,2
ETP AMP et animatrice	1,9	2	9,1	4,1
N conventions bénévoles	1	1	1	1

calcul Bonus	<b>1,03</b>	0,88	1,03
calcul Malus	<b>1,59</b>	1,59	1,59

Ce dernier tableau présente les paramètres pour le calcul des diamètres du cercle rose représentant le résident.

Nous sommes un peu gênés non par le choix des indices, quoiqu'il faille affiner la définition d'incontinence par exemple ; mais par les valeurs de certaines normes, ne connaissant absolument pas les populations qui ont été retenues pour obtenir ces pourcentages.

Nous suggérerions la création d'une banque de données anonymisées qui collectant ces données permettrait chaque année d'établir des statistiques...

### Résultats

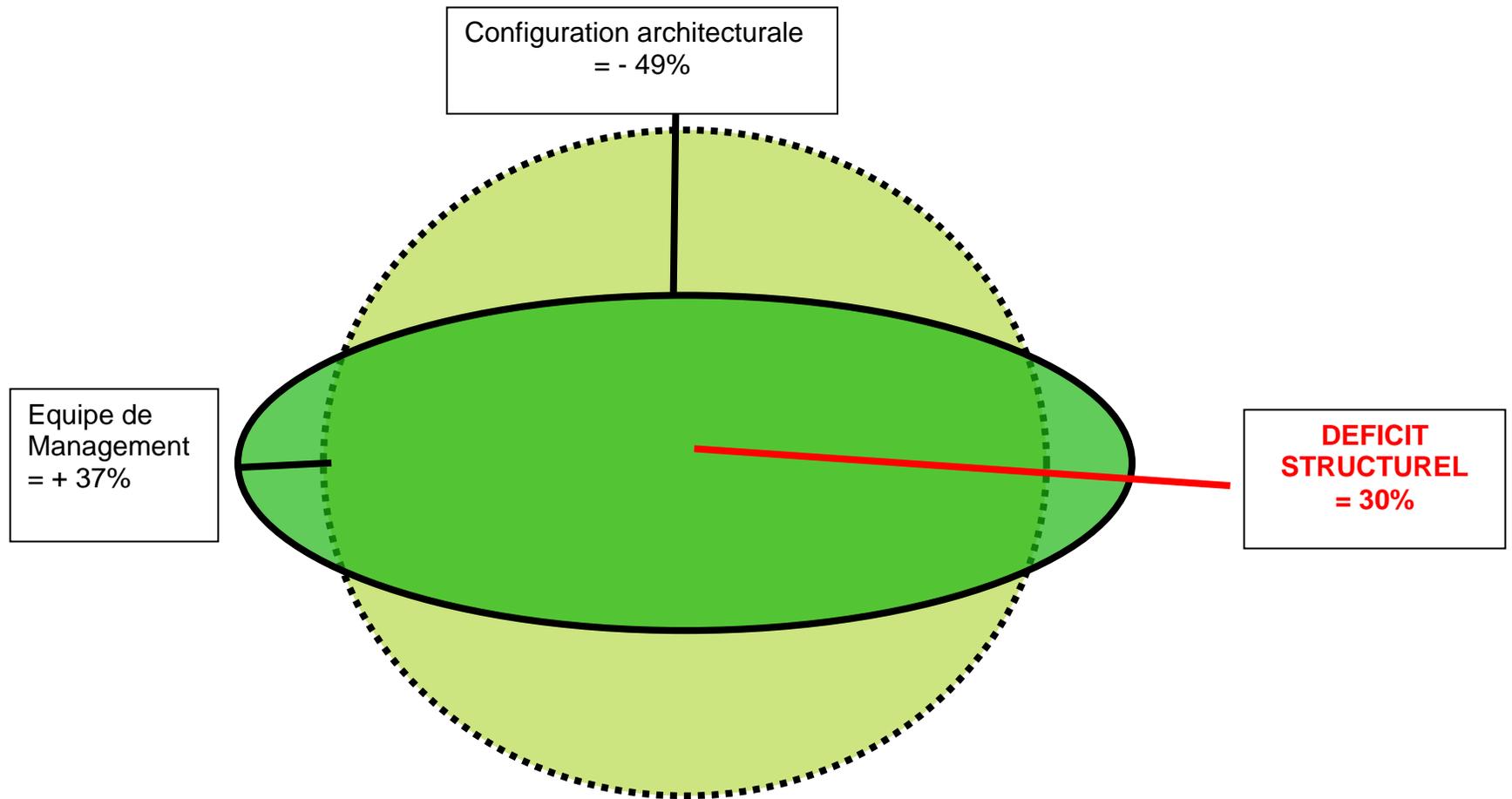
<b>PUBLIC</b>	grand diamètre	petit diamètre	surfaces ellipses	<b>rapport aux normes</b>
ellipse verte	13,66	5,10	219	0,7
ellipse bleue	6,20	5,48	107	0,6
ellipse rose	2,20	3,06	21	1,1

<b>NORMES</b>	grand diamètre	petit diamètre	surfaces ellipses	<b>rapport aux normes</b>
ellipse verte	10	10	314	1,0
ellipse bleue	7,5	7,5	177	1,0
ellipse rose	2,5	2,5	20	1,0

<b>PUBLIC</b>	grand diamètre	petit diamètre	<b>%ages de variation</b>
ellipse verte	37	-49	-30
ellipse bleue	-17	-27	-40
ellipse rose	-12	22	+7

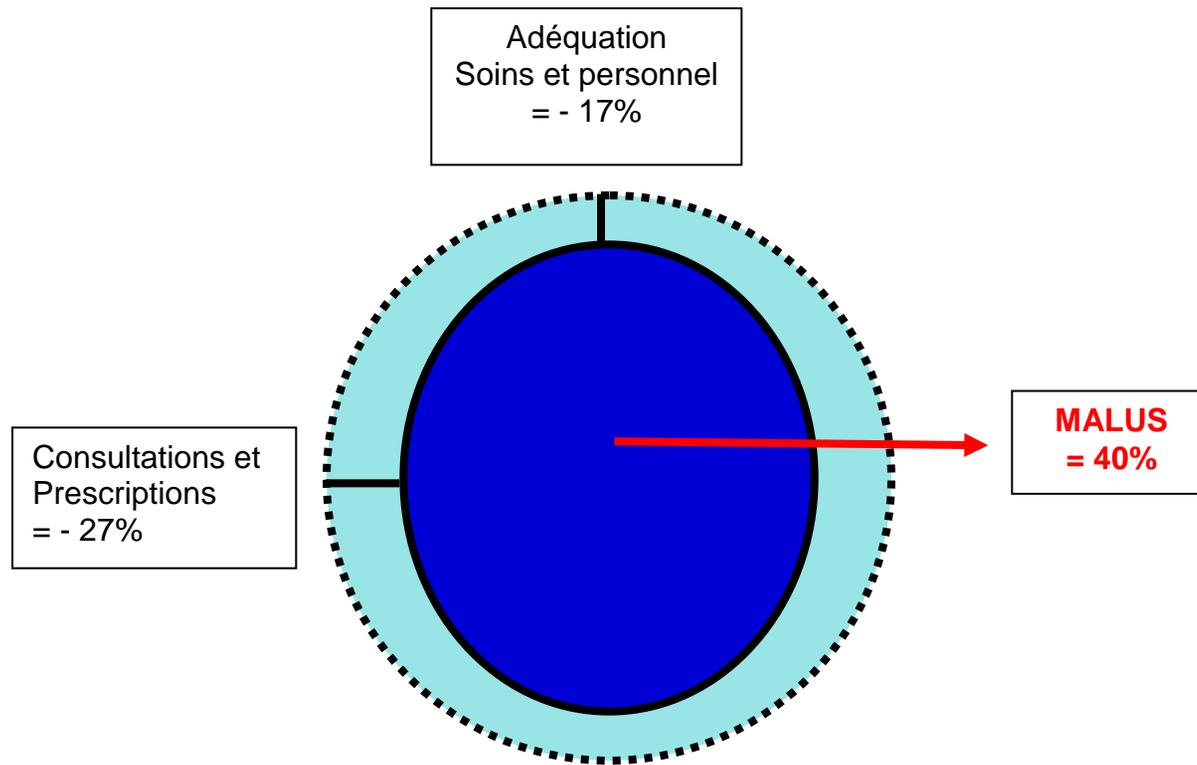
espace de vie	normes	calculé
	123	81
résultats comparatifs	100	66
rayon du cercle de bien-être		<b>4,60</b>

L'application des algorithmes retenus pour ce graphe nous donne ainsi les diamètres de nos nouvelles figures qui deviennent des ellipses et que vous pouvez découvrir dans les pages suivantes.

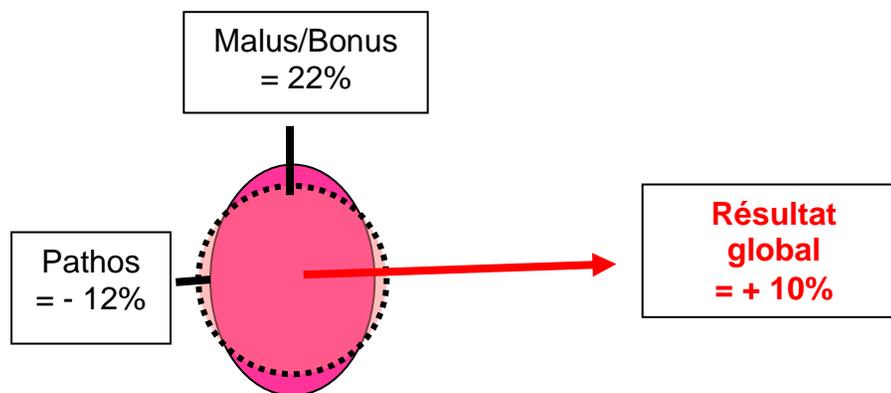


**En commentaires:** une architecture « dépassée » au regard des normes actuelles, alors que l'équipe de management paraît hypertrophiée.

Et globalement un MALUS de 30% / schéma référentiel

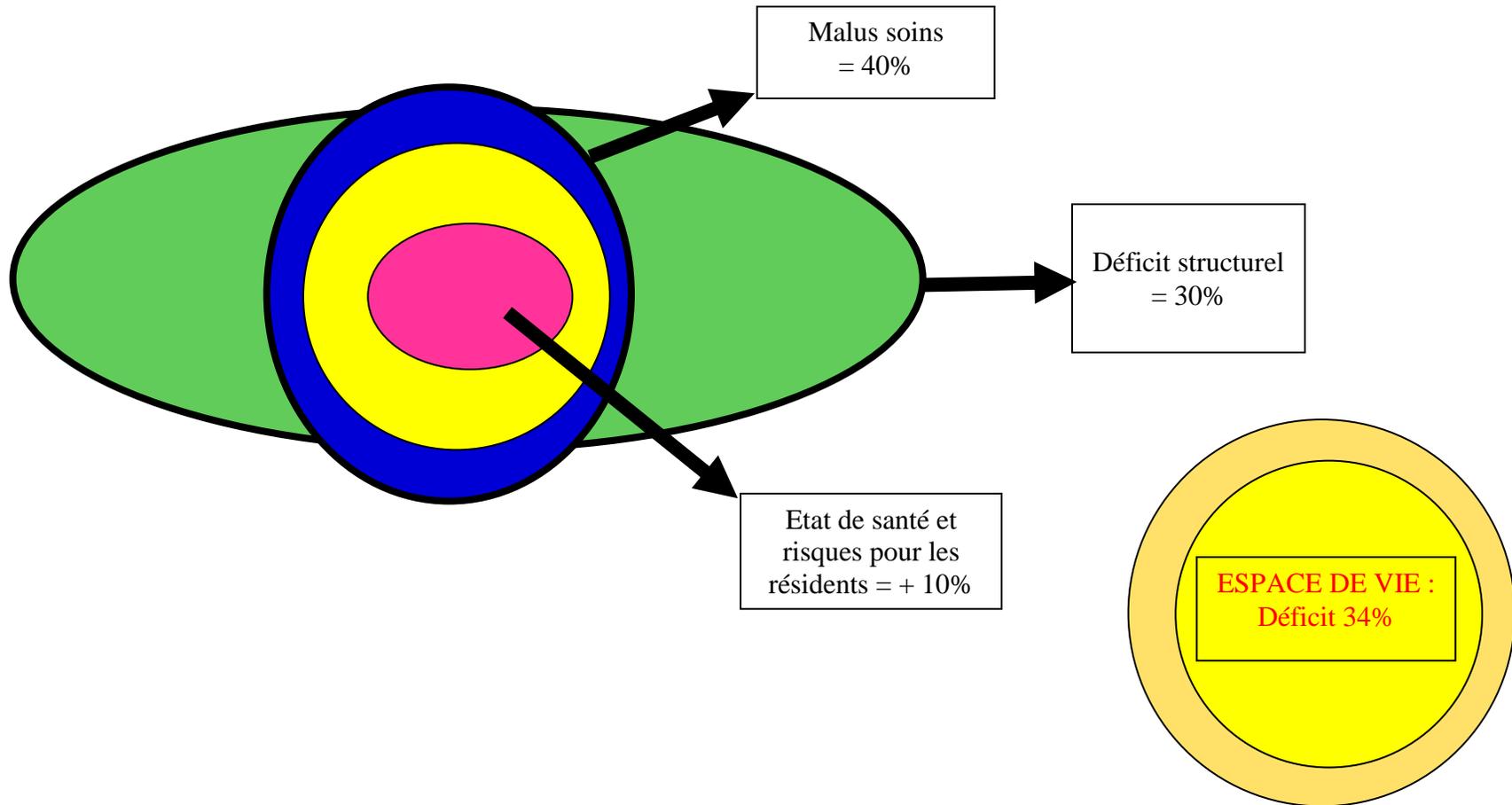


**En commentaires:** une charge de travail du personnel supérieure aux Normes + une inflation des consultations génèrent un malus de 40%



**Comme commentaires:** un Pathos inférieur aux statistiques actuelles ( $PMP < 12\%$ ) mais un nombre « trop élevé » d'incidents positionne le résident dans une « situation à risques médicaux » majorée de 10%.

La juxtaposition des graphes nous donne la forme définitive suivante



Les chiffres annoncés sont des rapports de taille qui n'ont d'intérêt que par comparaison à d'autres établissements ou bien d'une année sur l'autre.

Sur le plan managérial, les 3 autres schémas permettent bien de suivre l'incidence de travaux, d'embauches ou d'économies médicales par exemple.

## Discussion

Notre modèle soulève un certain nombre de questions.

### 1. Prend-il en considération tous les paramètres ?

- La réponse est non, il ne prend en considération que certains paramètres pour lesquels, nous avons pu trouver des normes acceptables par la communauté scientifique. Il intègre la démarche préconisée par les autorités de tutelles que nous retrouvons dans les missions du médecin coordonnateur.

### 2. L'association des indicateurs est-elle justifiée ? peut-on placer dans la même ellipse critères architecturaux et ETP personnel de direction (1<sup>ère</sup> ellipse) ?

- Nous estimons qu'il s'agit des 2 critères complémentaires formant le cadre de l'établissement accueillant les résidents. Dans la classification retenue par la DREES, la mesure des ETP management est bien dissociée de la mesure des ETP équipes de soin.
- De même nous avons considéré que la charge en soins des équipes soignantes (2<sup>ème</sup> ellipse) est un bon reflet des possibilités d'adaptation de l'établissement aux besoins du résident
- Concernant le résident, nous avons estimé qu'il nous fallait utiliser les classiques indicateurs gérontologiques pour rendre compte de sa situation « sanitaire ».

### 3. Quelle description faire de cette représentation graphique ?

- Attachons-nous à l'interprétation des 3 schémas élémentaires constitutifs du graphe final :
  - En page 47, nous retrouvons l'ellipse symbolisant l'Etablissement, à savoir, les surfaces et les éléments d'accessibilité et de confort d'une part, sa gestion, son management d'autre part.
  - Dans notre hypothèse de base nous avons déclaré que ces 2 composantes doivent avoir la même importance. Le cas concret de l'établissement fait la preuve sans aucune ambiguïté qu'une architecture archaïque ne permet aucunement d'apporter des prestations de confort « compatibles avec des normes architecturales et sociales postérieures de plus de 50 ans ». Nous obtenons ainsi un premier « ballon ovale » dont les performances sont diminuées de 30% par rapport au concept idéal,
  - En page 48, la nouvelle ellipse accuse, par rapport au cercle « idéal », une diminution de taille de 39% due en partie à l'inadéquation de la dotation en personnel, eu égard à la charge de travail mais surtout à l'inflation des actes médicaux (70% supérieurs aux normes en EHPAD). Nous avons voulu pointer ce facteur qui engendre un glissement au niveau du budget S, pénalisant ainsi le recrutement de personnel soignant.

- En page 49, les calculs nous donnent un nouveau cercle rose dont la surface est supérieure de 10% à celle de la norme choisie. Ce chiffre trouve son explication dans le fait que malgré un PMP inférieur de 12% à la norme retenue, les complications gériatologiques recensées (chutes, escarres, dénutrition, incontinence) dépassent de 22% les normes, même si le lien social mis en place pour les résidents est tout à fait satisfaisant.
- La figure définitive présentée en page 50, est particulièrement frappante. Il n'échappera à personne les différences entre ce graphe et la figure dite « idéale » présentée en page 38.  
Le différentiel de « bien-être » laisse aussi rêveur (-34%)

#### **4. Quels enseignements en tirer ?**

- Cela correspond-il à la réalité. Il nous apparaît impossible de l'affirmer. Cependant ce schéma est bien le reflet des constatations que nous avons faites.
- Maintenant seule la comparaison avec d'autres établissements nous permettra de le dire. Nous proposons à d'autres médecins coordonnateurs de faire la même expérience. Nous mettrons prochainement en ligne sur le Net le moyen de faire la comparaison.

## Conclusion

De toute cette étude ressortent les points suivants:

- La transformation d'une partie d'un hôpital local, en EHPAD, démarche réglementairement obligatoire est probablement une chance pour les résidents qui pourront bénéficier d'une structure sanitaire associée, ce qui va bien dans le sens des réformes actuelles.
- L'ancienneté de l'équipe qui y travaille et a ainsi pu rôder des techniques et bénéficier de formations continues peut être un critère de qualité indubitable.
- La présence de médecins rattachés ayant une « culture hospitalière » ainsi que l'utilisation d'un matériel informatique commun entre les deux secteurs sont aussi des facteurs potentiellement positifs.
- La présence d'une PUI avec pharmacienne attitrée est source de qualité et de simplification.

### Néanmoins

- Les points noirs sont nombreux et générateurs de difficultés dans l'accomplissement de la mission de l'établissement. Tout le sens du travail engagé a été de les mettre en évidence, d'en identifier les causes et d'amorcer les solutions. Ce travail n'a pu se faire qu'en parallèle avec une formation des décideurs.
- Le graphique qui en découle nous apparaît bien plus parlant que les pages qui précèdent. Il mérite d'être affiné mais son intérêt nous semble réel.
- D'une situation initiale difficile et grâce à cette démarche peut-être peu orthodoxe, nous avons découvert un moyen de nous approprier l'enseignement qui nous a été dispensé, d'en mettre en pratique une grande partie et de découvrir un intérêt insoupçonné pour cette nouvelle activité.

<b>Documents référents</b>
----------------------------

- *Arrêté du 26/04/1999 portant sur la Convention pluri annuelle*
- *Décret du 27/05/2005 portant sur les missions du médecin coordonnateur*
- *Etude DREES de 02/2010 portant sur les établissements pour personnes âgées*
- *Etude PAQUID. Rapport ANAES 2006, Madame le Professeur Sylvie Legrain*
- *Etude PATHOS du 27 02 2003 de la CNAMTS*
- *Etude THALES de 2008 portant sur l'établissement Corsin*
- *Etude ANGELIQUE 2010 portant sur l'établissement Corsin*
- *Diagnostic architectural GERONTIM du 15/07/2004 portant sur l'établissement Corsin*
- *Enquêtes GALAAD ; années 2007/2008/2009*

Avec tous nos remerciements

Au Docteur Jean Pierre MALBEC

Et

Au docteur Serge REINGEWIRTZ

Pour la qualité de leur écoute et de leurs conseils tout au long de cet enseignement et à l'occasion de ce travail.