

**L'évaluation interne et externe d'une EHPAD
- Rôle du médecin coordonnateur -**

Dr Miranda Marie-Françoise

DIU MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD

Année 2013-2014

Directeur mémoire : **Dr KURZTEMANN Isabelle**

TABLES DES MATIERES

<i>Introduction</i>	3
<i>Présentation des établissements</i>	4
<i>Procéder à l'évaluation interne :</i>	6
<i>Procéder à l'évaluation externe :</i>	10
<i>Le rôle du médecin coordonnateur dans l'évaluation interne et externe :</i>	14
<i>Conclusion</i>	15
<i>Annexes</i>	16
<i>Bibliographie</i>	24

Introduction

L'évaluation interne et l'évaluation externe des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sont prévues par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Elles portent de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services au regard des missions imparties et des besoins et attentes des populations accueillies. Les deux types d'évaluation sont complémentaires et portent sur les mêmes champs. Elles s'inscrivent dans un processus dynamique où chaque évaluation s'alimente des résultats de l'autre.

L'évaluation interne est réalisée par l'EHPAD elle-même, tous les 5 ans, et ses résultats sont communiqués aux autorités ayant délivré l'autorisation.

C'est un outil d'auto-évaluation ayant pour objectif d'aider les établissements à établir leur bilan initial afin de permettre de dégager les points forts et les points faibles et de préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires pour leur projet de convention.

L'évaluation externe doit être effectuée par un organisme habilité par l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux) possédant des qualifications et compétences déterminées par l'annexe 3-10 du CASF (Code de l'action Sociale et des Familles), tous les 7 ans après la date de leur autorisation initiale et au moins 2 ans avant la date de renouvellement.

Elle porte un regard extérieur et un avis sur les réalisations de la structure et sur la manière dont sont prises en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Afin d'avoir une vue globale du fonctionnement des Ehpads, j'ai effectué mon stage pour le DIU dans un Ehpads hospitalier situé au sein du Centre Gériatrique Départemental de Montolivet à Marseille et j'ai pris comme directeur de mémoire du DIU le Dr Kurtzemann Isabelle, médecin coordonnateur diplômée de la faculté de Cochin, travaillant dans un Ehpads privé familial à Toulon.

Présentation des établissements

* **L'EHPAD Notre Dame de la Paix** est situé dans le centre ville de Toulon, il a été fondé en 1923 par une congrégation religieuse, il est la propriété de la même famille depuis 1936.

C'est un lieu de vie qui a une capacité d'accueil de 118 lits répartis en 3 étages et 5 secteurs d'hébergement :

▶ *1^{er} étage :*

- une unité protégée « Porquerolles » de 28 lits pour les patients atteints de troubles cognitifs évolués avec des troubles du comportement et à risque de fugue (maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés), sécurisée ;
- une unité « Port-Cros » de 18 lits pour les patients atteints de troubles cognitifs sévères et une perte d'autonomie motrice avec des troubles du comportement sans risque de fugue,

▶ *2^{ème} étage :* 44 places réparties en deux secteurs (16 et 28 lits) avec des patients atteints de troubles cognitifs légers à modérés, ou en perte d'autonomie motrice,

▶ *3^{ème} étage :* une unité de 28 lits pour les résidents les plus valides et les plus autonomes.

Il comporte un PASA (Pôle d'activités et de soins adaptés) « éclaté » de 14 places et un accueil de jour de 6 places.

Il bénéficie d'un environnement arboré particulièrement agréable et d'un jardin qui permet des promenades et des activités en plein air.

* **L'EHPAD du centre Gérontologique Départemental de Montolivet** se situe dans le 12^{ème} arrondissement de Marseille. Il a une capacité d'accueil de 228 lits répartis en quatre pavillons :

- ▶ « L'estaque » de 60 lits dont une unité de 30 lits pour les personnes âgées avec une dépendance psychique et physique sans troubles du comportement perturbateurs ;
- ▶ Le pavillon « Jean Masse » dont une unité de 15 lits pour les personnes âgées autonomes ou semi-valides avec ou sans troubles cognitifs ;
- ▶ « L'étoile » de 60 lits destinés à des patients autonomes ou semi-valides avec ou sans troubles cognitifs mais sans troubles du comportement perturbateurs ;
- ▶ « La Montagnette » de 9 lits destinés aux personnes âgées ne nécessitant pas de soins infirmiers ou médicaux lourds.

Aux pavillons « L'estaque » et « Jean Masse » :

des unités sont spécialisées dans l'accueil des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés, présentant des troubles du comportement perturbateurs, elles sont sécurisées permettant une déambulation libre.

Deux structures particulières offrent également une prise en charge adaptée et personnalisée : une UHR (unité d'hospitalisation renforcée), un PASA de 14 places.

De Plus il existe un accueil de jour de 25 places.

Il bénéficie de la proximité de services gériatriques hospitaliers : court, moyen séjour, unité des soins de longue durée, HAD.

Procéder à l'évaluation interne :

1. Méthode

- *définir le cadre de l'évaluation*
- *recueillir les informations* sur les pratiques et leurs effets pour leurs résidents :
- par analyse documentaire (lecture et analyse du Projet d'établissement, des documents remis aux résidents type contrat de séjour, livret d'accueil)
- par entretien collectif ou individuel avec des professionnels en interne et en externe, des résidents, des familles
- *analyser collectivement ces informations* en les croisant avec les ressources, les pratiques recommandées, les caractéristiques de la population accueillie et proposer des améliorations
- *mettre en œuvre un plan d'amélioration.*

Pour cela il faut mettre en place 4 axes d'intervention :

- ▶ **une réflexion par processus** dont 4 processus sont en lien direct avec la prise en charge de la personne âgée,
- ▶ **un groupe de travail pluridisciplinaire** qui établit constats et proposition d'amélioration,
- ▶ **un comité de pilotage** qui valide le référentiel construit au fur et à mesure ainsi que les résultats obtenus, analyse, confirme ou infirme les préconisations issues du groupe de travail
- ▶ **la direction qui conçoit le plan d'amélioration continue** , définit les modalités de mise en œuvre et prévoit le calendrier de déploiement.

2. La conduite de l'évaluation :

s'appuyer sur les démarches existantes,

- ▶ **utiliser un référentiel d'une démarche qualité existante**
 - vérifier l'adaptation du référentiel aux spécificités de l'établissement, compléter si nécessaire le référentiel (3 niveaux d'information : quelles sont les dispositions mises en place en termes de moyens humains,

financiers et de procédures ; quelles sont les pratiques observées ; quels sont les effets constatés pour l'utilisateur ?),

- vérifier la compréhension du référentiel aussi bien par l'équipe de direction, les administrateurs et les professionnels de l'établissement que par les résidents, leurs proches et les bénévoles (des sessions de travail sont conseillées pour discuter et reformuler le référentiel),
- répondre aux items de manière collective
- motiver les items cotés (une cotation chiffrée ou allant de A à D n'est pas suffisante ; elle doit être justifiée et peut être complétée par des préconisations).

▶ **articuler l'évaluation interne avec les autres obligations réglementaires.**

- La convention tripartite
- Le projet d'établissement
- Le rapport d'activité
- L'évaluation externe.

▶ **la démarche :**

- définir le cadre : quels sont nos objectifs et quelles actions mettre en place pour les mener ?
- recueillir les informations : quelles dispositions ? nos pratiques ; quels sont les effets observés ?
- analyser les informations : identification des écarts, recherche d'éléments explicatifs aux écarts observés, identification des points forts et des changements,
- piloter les suites de l'évaluation : indicateurs de suivi et plan d'amélioration.

Evaluer 5 axes centrés sur les résidents : [Annexe 1](#)

Axe 1 : la garantie des droits individuels et des droits collectifs des résidents,

Axe 2 : la prévention des risques et des droits collectifs liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents (douleur, chutes, escarres, dénutrition, troubles de l'humeur et du comportement, risques infectieux, continuité des soins),

Axe 3 : le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance,

Axe 4 : la personnalisation de l'accompagnement (projet personnalisé du résident- PSI, possibilité du maintien des liens sociaux),

Axe 5 : l'accompagnement de la fin de vie (accompagnement de la personne, soutien des proches et de la famille).

3. L'évaluation interne: basée sur celle de l'Ehpad Notre Dame de la Paix

Selon le choix de la direction l'évaluation interne a été conduite en 2 phases :
De novembre 2011 à février 2012 : 1^{ère} partie
De avril 2013 à juillet 2013 : 2^{ème} partie

Aidée par une conseillère en évaluation et s'appuyant sur un référentiel créé à partir des références produites par l'ANESM. Les objectifs et les critères ont été définis par les acteurs eux-mêmes.

Un groupe de travail : exemple [Annexe 2](#)

Il s'est réuni 15 séances d'1h30 à 2h environ ; ce groupe est composé de professionnels issus des différents métiers travaillant dans la structure : équipe soignante, équipe de nuit, cuisinier ASH, etc.

Ce groupe a travaillé à chaque séance sur un thème, proposé par la conseillère en évaluation, validé par la direction ; la composition de ce groupe a été fixe la 1^{ère} partie de l'évaluation et modulable en fonction du thème la 2^{ème} partie.

Un comité de pilotage :

Il s'est réuni 9 séances de 2h30 environ ; il est composé

- Du directeur
- Du médecin coordonnateur
- De l'infirmière référente
- De la psychologue
- De la référente qualité interne
- De la maîtresse de maison.

Ce comité a validé le référentiel d'évaluation ainsi que les résultats, issus principalement des travaux du groupe de travail, et décidé des préconisations.

Il a évalué chaque critère, le niveau de pratique mis en œuvre actuellement. Cette cotation a été établie par consensus simple, elle a suscité des échanges mais pas de décalage majeur.

Un référent qualité interne :

Il a été désigné par la direction au sein de la structure.

Son rôle était d'être l'interlocuteur privilégié de la conseillère en évaluation.

Il a assuré l'interface à tous les niveaux, que ce soit sur les aspects logistiques ou sur le contenu, elle a permis une bonne circulation de l'information à tous les niveaux.

Pour cette première évaluation interne, les résidents n'ont pas été associés de manière directe à la réflexion. La direction a privilégié l'association et la participation active des professionnels.

Résultats : exemple [Annexe 3](#)

A l'issue de l'évaluation interne, la structure dispose de quatre types de documents :

- Les comptes rendus de chaque groupe de travail, validés par les participants,
- Le référentiel de l'évaluation qui sera complété au fur et à mesure de l'avancement de la démarche d'amélioration continue,
- Les résultats exhaustifs de l'évaluation, document de travail à usage interne (points forts- espace d'amélioration- préconisations) ex : objectif 25 d'où un document d'amélioration continue.
- Le rapport d'évaluation interne, à transmettre aux autorités de tutelle.

Procéder à l'évaluation externe :

L'évaluation externe n'est ni une certification ni un audit, elle vient en continuité de l'évaluation interne.

▶ **le cadre législatif :**

Il faut choisir un organisme habilité par l'Anesm (la liste est diffusée sur le bulletin officiel et sur le site de l'Anesm)- [Annexe 4](#)

Il faut respecter le cahier des charges fixé par le décret n°2007-975 du 15/05/2007 (annexe 3-10)

Les résultats sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation, et sont pris en compte pour le renouvellement de l'autorisation de l'établissement (art L313-5).

▶ **principes généraux :**

l'évaluation externe participe à la démarche globale d'amélioration de la qualité, examine les suites du plan d'amélioration et élabore des propositions d'amélioration.

Lors de la 1^{ère} rencontre avec les évaluateurs, ceux-ci expliquent le déroulement de l'évaluation : il programme des visites et des entretiens individuels ou collectifs, il pourra animer des réunions auprès de l'ensemble des professionnels y compris ceux de nuit, les stagiaires, les usagers et leurs proches. [Annexe 5](#)

L'Ehpad s'engage à lui fournir :

- tout document public permettant d'identifier le gestionnaire de l'Ehpad
- une copie de l'autorisation ou de l'agrément délivrés par l'autorité administrative
- le projet d'établissement et autres documents de référence utilisés (charte ou supports de démarche qualité)
- le livret d'accueil de l'établissement remis à chaque personne accueillie
- le règlement de fonctionnement
- les compte rendus du CVS (conseil de la vie sociale)
- les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité
- les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation

- une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne
- le dernier bilan d'activité quantitatif et qualitatif prévu à l'article R7232-10 du code du travail.

▶ **calendrier :**

- le 05/09/14 : présentation du déroulement de l'évaluation à l'ensemble des salariés de l'établissement
- les 25 et 26/09/14 : phase de déploiement ; rendu à chaud
- le 17/11/14 : présentation d'un pré-rapport
- décembre 2014 : transmission du rapport au commanditaire (l'ARS) ;

▶ **exemple d'une grille d'évaluation :**

12 Thèmes sont abordés:

- Thème 1 : Projet d'établissement
- Thème 2 : Suivi de l'évaluation interne
- Thème 3 : Respect des droits des usagers
- Thème 4 : Expression des usagers
- Thème 5 : Bienveillance
- Thème 6 : Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées
- Thème 7 : Ouverture sociale de l'établissement sur son environnement
- Thème 8 : Les attentes de la personne et le projet personnalisé
- Thème 9 : application des bonnes pratiques de soins, des normes d'hygiène et sa sécurité
- Thème 10 : Gestion des risques
- Thème 11 : Cohérence et continuité des actions et interventions
- Thème 12 : Démarche qualité

Exemple : gestion des risques ([Annexe 6](#))

▶ **déroulement de l'évaluation externe :**

Le Planning :

1 réunion d'ouverture et 1 réunion de clôture

Les entretiens collectifs ne peuvent comprendre plus de 4/5 personnes, et sont effectués en présence d'un cadre pour le personnel et en présence d'un salarié pour les résidents et leurs familles.

Ce planning est à renvoyé mis à jour incluant les personnes concernées et éventuellement remis à jour en fonction des spécificités que vous jugerez utiles.

25/09/14	
9h-10h	Réunion d'ouverture avec l'ensemble de l'équipe
10h-11h	Equipe de direction : pilotage (projet d'établissement/partenariat : insertion et ouverture de l'établissement/mise en place de la DAC/ dynamique collective/capacité d'adaptation)
11h-12h	Equipe de direction : prévention des risques Equipe support administratif : RH/accueil/SI/comptabilité/finance
13h30-15h	IDE-AS-ergothérapeute-psychologue-animatrice-AMP-ASR en 2 groupes : entretiens collectifs professionnels par type d'accueil (PE, organisation, accompagnement, vie sociale)
15h-16h	Kiné : volet médical, paramédical (accompagnement à la santé des PH, regard pluridisciplinaire, PI, coordination, dossier médical, traçabilité) Médecin coordonnateur : suivi médical, PAP, circuit du médicament
16h-16h30	Représentants du CVS : lien affectif et social ; expression et fonctionnement du CVS et/ou enquête Cadre de santé, assistante sociale : parcours des PH (entrées-sorties)
26/09/14	
9h-10h	Equipe d'entretien, ASH : hygiène, sécurité Equipe d'animation : planification, PAP, écoute
10h-11h	Gouvernante, responsable cuisine, ASH : lingerie, restauration Psychologue : RSP, PAP, analyse des pratiques.
11h-11h30	Familles Le partenariat : filière gériatrique, pharmacie, orthophoniste, dentiste, neurologue, CLIC, GEMR, SSV, plate forme de répit au sein de l'Ehpad.
13h30-14h30	Direction : consultations des pièces, reprise de la DAC, entretiens croisés avec la direction.
14h30-15h30	Préparation réunion de clôture : coordination consultants, restitution
15h30-16h30	Ensemble des équipes : réunion de clôture

Légende

DAC : démarche d'accompagnement continue

CVS : conseil de la vie sociale

RSP : prévention des risques sociaux

PE : projet d'établissement

PAP : projet d'accompagnement personnalisé

PH : personnes hospitalisées.

AMP : aide médico-psychologique

ASH : agent de service hôtelier

ASR : agent de service restauration

GEMR : groupement d'employeur de maisons de retraite.

Le rôle du médecin coordonnateur dans l'évaluation interne et externe :

- ▶ Le médecin coordonnateur est un « chef d'orchestre » au sein de l'Ehpad, il tient un rôle important dans les évaluations interne et externe en tant que « directeur des soins » et en tant que conseiller de l'équipe de direction.
- ▶ Il doit être un bon manager d'équipe et insuffler un esprit « gériatrique » auprès du personnel soignant et non soignant,
- ▶ Il doit connaître parfaitement les types de procédures et protocoles de soins déjà mis en place et s'assurer de leur bonne connaissance et application.
- ▶ Il fait partir du groupe de pilotage,
- ▶ Il organise les groupes de travail avec la direction et l'évaluateur
- ▶ Il est en relation étroite avec son directeur et l'évaluateur afin que les démarches se passent le mieux possible ; il est omniprésent ce qui lui prend beaucoup de temps malgré la charge de travail déjà existante.
- ▶ Lors de l'évaluation interne, il doit faire une auto-évaluation de ses pratiques , il est un organisateur des réunions de travail, il participe à certaines réunions et en aval met en place le plan des améliorations préconisées par l'évaluation interne.
- ▶ Il doit rendre des comptes au Directeur et est directement visé si l'évaluation démontre une insuffisance de moyens.
- ▶ Lors de l'évaluation externe il est plus spectateur car c'est un organisme extérieur à l'Ehpad qui l'organise, il est interrogé au même titre que les autres intervenants travaillant au sein de l'Ehpad. Le travail effectué lors de l'évaluation interne est un des piliers de l'évaluation, et si les plans d'amélioration mis en place par le médecin coordonnateur ne sont pas appliqués ou mal définis, les résultats de l'évaluation externe ne seront pas satisfaisants et l'Ehpad risque de perdre son autorisation ou tout au moins risque d'être surveillé de près.

Conclusion

Ce travail a permis de soulever certaines questions sur la bonne pratique des évaluations interne et externe des Ehpad.

La population française vieillissant, la personne âgée est au centre de beaucoup d'attention particulièrement la personne âgée porteuse d'une maladie d'Alzheimer ou apparentés (plan Alzheimer 2008-2012), vivant en Ehpad.

L'évaluation interne et externe des Ehpad est une obligation législative qui nous permet de surveiller l'application des bonnes pratiques gériatriques. C'est un réel outil d'aide à la décision.

Il est important que chaque Ehpad mette en place une démarche d'amélioration continue et retrace chaque année dans leur rapport d'activité l'état d'avancement des améliorations prévues.

L'évaluation interne permet à l'Ehpad de prendre le temps de porter un regard sur son fonctionnement et ses pratiques, chose qu'elle ne ferait pas forcément car cela mobilise le personnel, demande beaucoup d'heures de travail et a un coût important.

L'évaluation externe est un regard extérieur à l'Ehpad permettant de vérifier le bon fonctionnement de l'Ehpad et la mise en place des plans d'amélioration instaurés lors de l'évaluation interne.

Ce qui ressort de ces évaluations dans les deux Ehpad où je me suis rendue est la lourdeur de la mise en place, du temps qui leur est consacré par la direction et le personnel soignant et non-soignant.

L'évaluation interne a été à priori plus facile et mieux comprise ; l'évaluation externe a été vécue comme un « contrôle » et donc une certaine peur du « jugement » par le personnel soignant et non-soignant.

L'évaluation interne a pu se faire sur plusieurs mois (Centre Gérontologique Départemental de Montolivet) voire deux ans comme pour Notre Dame de la Paix alors que l'évaluation externe s'est faite sur quelques jours, faute probablement de moyens financiers, du coup on peut se demander si elle est le bon reflet du fonctionnement l'Ehpad ?

Annexes

Annexe 1

Axes d'évaluation	Thèmes	Indicateurs de suivi recommandés
Axe 1: La garantie des droits individuels et collectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Garantie des droits individuels • Garantie des droits collectifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de contention passive • Taux de réponses apportées aux demandes du CVS
Axe 2: Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention et prise en charge de la douleur • Prévention et prise en charge des chutes • Prévention et prise en charge des escarres • Prévention et prise en charge de la dénutrition • Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement • Analyse et maîtrise du risque infectieux • Continuité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux évaluation douleur • Taux de résidents ayant chuté • Taux d'escarres acquises dans Ehpad • Taux de résidents pesés une fois par mois • Taux évaluation troubles humeur/comportement • Taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués • Taux d'hospitalisation en urgence
Axe 3: Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes invalides • Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations • Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations
Axe 4: Personnalisation de l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> • Le projet personnalisé • Personnalisation des activités individuelles et collectives • Possibilité du maintien des liens sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement • Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées • Taux de résidents isolés
Axe 5: Accompagnement de la fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement de la personne • Le soutien des proches et des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie

Annexe 2



EVALUATION INTERNE à NOTRE DAME de la PAIX

ORDRE DU JOUR

Des séances du groupe de travail de Décembre 2011

Lieu : Salle de formation

Horaires : de 12h45 à 14h00

Séance du	Thème abordé	Préparation avant la réunion
Lundi 28/11/2011	Les règles de fonctionnement du groupe de travail, Les profils type de résidents accueillis à la maison de retraite	Chacun réfléchit à la confidentialité, y est-il soumis dans le cadre de son métier ? Comment cela se traduit dans son travail au quotidien ? Quels profils de résident chacun côtoie dans son travail ? Arriver avec des idées, en parler avec les professionnels exerçant le même métier, qui ne participent pas au groupe de travail.
Lundi 05/12/2011	Les profils type de résidents accueillis à la maison de retraite, Les profils de familles, Leurs besoins et attentes, implicites et explicites.	Chacun observe ce qui se passe autour de lui, pour ramener « des matériaux », des situations vécues... Chacun en parle avec ses pairs.
Mercredi 14/12/2011	Les besoins et attentes par profils type de résidents (suite), Le « premier jour » de séjour du résident.	Idem : observation, réflexion personnelle et échange avec ses pairs But : déterminer qui fait quoi ?
Lundi 19/12/2011	Les premières semaines du résident : <ul style="list-style-type: none"> • son adaptation, • l'élaboration de son projet personnalisé. 	Idem : observation, réflexion personnelle et échange avec ses pairs But : déterminer qui fait quoi ?

Annexe 2 Bis



EVALUATION INTERNE à NOTRE DAME de la PAIX

ORDRE DU JOUR

Des séances du groupe de travail de Janvier 2012

Lieu : Salle de réunion

Horaires : de 12h45 à 14h00

Séance du	Thème abordé
Lundi 02/01/2012	L'accueil lors des premières 24 heures : Questionnement évaluatif.
Mercredi 11/01/2012	Les premières semaines du résident : <ul style="list-style-type: none">• son adaptation,• l'élaboration de son projet personnalisé : Constats : qui fait quoi ? quelle organisation ?
Lundi 16/01/2012	Les premières semaines du résident : <ul style="list-style-type: none">• son adaptation,• l'élaboration de son projet personnalisé : Questionnement évaluatif.
Lundi 23/01/2012	Attention : pas de groupe de travail
lundi 30/01/2012	Une journée ordinaire pour le résident : constats

Annexe 3

PRESERVER SA SANTE

Objectif 25 : Prévenir et lutter contre les risques inhérents à la vulnérabilité de la personne âgée

Critère 25-1 : la structure met en place une organisation et des moyens permettant de lutter contre la dénutrition

Points forts	Espace d'amélioration
<p>Ce critère est maîtrisé, c'est un point fort.</p> <p>Les actions prévues dans le projet d'établissement, par et sous la responsabilité du médecin coordonnateur, depuis 2007, sont toutes mises en œuvre. De nouvelles actions sont engagées depuis 2013: la mise en œuvre du programme « Kit Mobiquil Nutrition» afin d'améliorer la prise en charge et participer à la formation continue du personnel soignant; la désignation d'une infirmière référente « nutrition », en charge de coordonner ce projet.</p> <p>Sont considérés comme des points forts par le groupe de travail :</p> <p>Le repas thérapeutique animé par l'ergothérapeute, Le repas thérapeutique animé par l'aide-soignante et l'animatrice.</p> <p>Les fiches de suivi alimentaire (remplies par AS et serveuses).</p> <p>La désignation d'une IDE référente.</p> <p>Le suivi / bilan, plus ou moins important selon catégorie de résident : pesée systématique...</p> <p>La distribution de produits hyper protéinés.</p> <p>L'évaluation systématique à l'arrivée d'un nouveau résident.</p> <p>Les ateliers culinaires, une fois par semaine.</p> <p>Les gâteaux faits maison par la cuisine, sont très appréciés par les résidents, c'est une vraie valeur ajoutée, il y a une forte demande de leur part pour en avoir plus souvent.</p>	<p>Le comité de pilotage estime que la problématique de la dénutrition touche l'ensemble de la population accueillie, il s'agit donc de repenser la délivrance de nourriture en terme de fractionnement, petites quantités adaptées à chaque situation, délivrées dans un environnement favorable.</p> <p>Le projet architectural a pris en compte la convivialité nécessaire, en prévoyant 3 salles de restaurant. Pour autant le groupe de travail signale un certain nombre de tensions entre les résidents à table.</p> <p>Le groupe de travail constate une difficulté que rencontre l'infirmière référente « nutrition » pour faire respecter ses décisions sur la texture des plats (entier / mixé / haché). Les décisions qu'elle prend sont contestées par certaines AS ; ce n'est pas un problème de définition de fonction par la direction, c'est un problème de reconnaissance par les autres soignants et en particulier par certaines aides-soignantes référentes, de la légitimité de l'infirmière référente « nutrition ».</p>

Préconisations
<p>Repenser le projet en terme de fractionnement des repas.</p> <p>Développer les repas thérapeutiques avec l'ergothérapeute.</p> <p>Développer les repas thérapeutiques animés par l'animatrice et l'aide-soignante, dans le cadre de la mise en place du PASA.</p> <p>Trouver des solutions pour atténuer le bruit et l'agitation dans les salles de restaurant.</p> <p>Faire en sorte que ce qui fonctionne à titre exceptionnel, repas thérapeutique, devienne la règle et non l'exception : les soignants prennent leur repas avec les résidents, éloignement des personnes qui perturbent (sauf au 1er)...</p> <p>Au 2ème étage, chercher des solutions pour atténuer les tensions entre ceux qui ont des problèmes de comportement et les autres.</p>

Annexe 4



DECISION n°H2011-03-698 PORTANT HABILITATION A L'ÉVALUATION EXTERNE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Vu le code de l'Action sociale et des familles, notamment ses articles L.312-8 et R.312-201,

Vu l'arrêté du 13 avril 2007 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux »,

Vu la délibération n°20081113-4 du conseil d'administration de l'Anesm en date du 13 novembre 2008 approuvant la procédure d'habilitation et la composition du dossier de demande d'habilitation,

Vu l'avis favorable n°2008-09 du conseil scientifique de l'Anesm en date du 2 octobre 2008 approuvant les conditions et modalités de l'habilitation,

Vu la demande reçue le 21 décembre 2010 présentée par l'organisme ACS CONSULTANTS et le dossier joint à cette demande en vue d'obtenir l'habilitation de l'Anesm pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles, en application des dispositions des articles L.312-8 et R.312-201 du code de l'Action sociale et des familles,

Le Directeur de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) décide :

Article 1^{er} : L'organisme ACS CONSULTANTS sise 40, la canebière - 13001 MARSEILLE dont le n° Siren est 379227937, est habilitée sous le n°H2011-03-698 à procéder à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles.

Cette habilitation est délivrée pour une durée indéterminée sous réserve d'une suspension ou d'un retrait par décision de l'Anesm.

Cette habilitation est valable sur l'ensemble du territoire national français.

Article 2 : la présente décision est notifiée à Monsieur François HANCY

Article 3 : la liste des organismes habilités à procéder à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles est publiée par insertion au Bulletin officiel du ministère chargé de l'Action sociale et consultable sur le site internet de l'Anesm (www.anesm.sante.gouv.fr).

Fait à Saint-Denis, le 8 février 2011

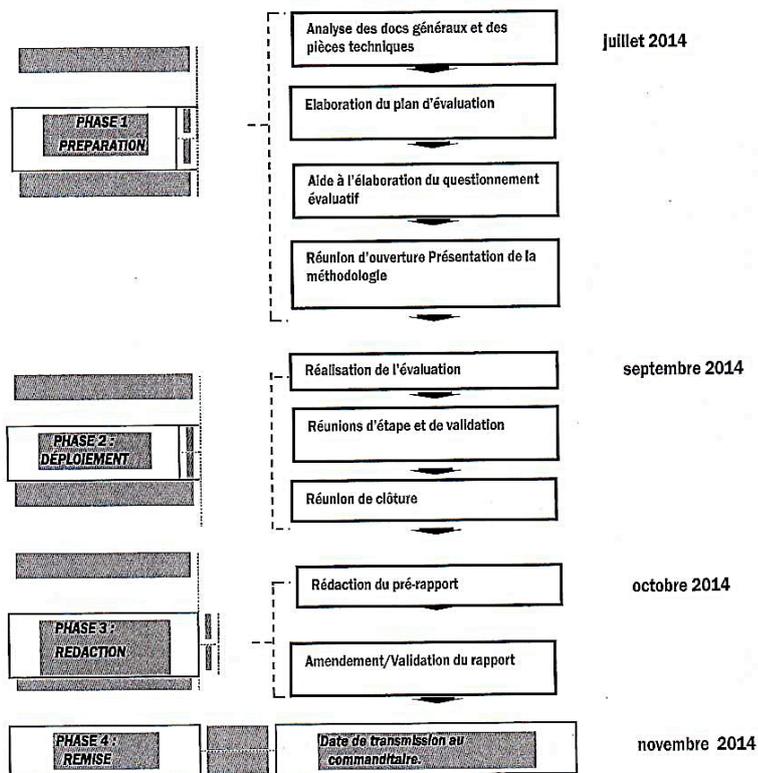

Le Directeur de l'Anesm
Didier CHARLANNE

Annexe 5



SCHEMA GENERAL DE LA DEMARCHE POUR LES CHAQUE ETABLISSEMENT (FINESS)

L'évaluation externe se décompose en plusieurs étapes. Chaque étape est importante et conditionne la bonne réalisation d'ensemble du processus.



Annexe 6

Thème 10 : Gestion des risques		
Info	<i>Face à l'accroissement des plaintes et des procès, et à la nécessité de préserver l'image de l'établissement et la sécurité juridique, la gestion des risques se voit développée dans l'ensemble des structures MS. L'organisation de la gestion des risques dans les établissements et le développement de la culture de la sécurité s'avèrent donc indispensables pour assurer la qualité et la sécurité vis-à-vis des usagers.</i>	
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses	Constats
	oui en partie non	
10 . 1 - La direction, les instances et les professionnels sont impliqués dans une politique de prévention des risques au sein de la structure	oui	<p>La direction et les professionnels de l'établissement sont impliqués en matière de gestion et de prévention des risques.</p> <p>Il existe au sein du CDRS, 3 commissions qui sont chargées d'agir dans les domaines de la prévention des risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail (CHSCT) qui se réunit au moins une fois par trimestre - Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), il évalue régulièrement les actions conduites et élabore un rapport d'activité annuelle. - La Commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) qui élabore des axes de travaux pour le bon usage des médicaments et pour sécuriser le circuit du médicament. <p>Le CDRS dispose d'un service de qualité-gestion des risques composé de 2 agents formés</p>
10 . 2 - L'établissement a défini des objectifs en termes de gestion des risques	oui	<p>La gestion des risques fait partie des objectifs de l'établissement. Il existe un ensemble de 60 mesures pour prévenir le maximum de risques dans tous les domaines sensibles. Le document unique (DU) sur les risques professionnels est mis à jour chaque année.</p>
10 . 3 - Il existe une réelle communication sur les objectifs et les priorités du programme de prévention des risques	oui	<p>Il existe une communication en matière de prévention des risques (communication orale ou écrite, réunions mensuelles, formation pour l'ensemble du personnel des services de soins, sensibilisation des nouveaux arrivants, etc.</p>
10 . 4 - Une organisation est en place pour identifier et analyser les risques a priori	oui	<p>Un groupe de travail pluridisciplinaire se réunit tous les 2 ans, il identifie les risques à priori.</p>

<p>10 . 5 - Une organisation est en place pour identifier et analyser les risques à partir des incidents et accidents survenus</p>	<p>oui</p>	<p>Les incidents et accidents survenus sont portés à la connaissance de la direction par l'intermédiaire des fiches de signalement d'évènements indésirables. Lorsque l'évènement signalé est grave, une analyse approfondie des causes est mise en œuvre et suivi d'un plan d'action adapté. Le service qualité-gestion des risques a en charge le fonctionnement des FSEI et se rapproche d'experts métiers pour leur analyse. Une synthèse annuelle de ces fiches est discutée en réunion de direction.</p>
<p>10 . 6 - Une démarche visant à sécuriser les risques liés aux médicaments existe</p>	<p>oui</p>	<p>La COMEDIMS a élaboré le livret thérapeutique, le circuit du médicament est informatisé (Logiciel CARIATIDES). Le CDRS dispose d'une PUI. Le transport des médicaments est assuré dans des caisses scellées, leur livraison s'effectue directement en salle de soins. Le circuit du médicament est informatisé, il permet une traçabilité de la PUI à sa prise par le résident.</p>
<p>10 . 7 - Une démarche d'identification et de prévention des risques professionnels existe</p>	<p>oui</p>	<p>Le document unique (DU) d'évaluation des risques professionnels est actualisé. La cellule d'évaluation des risques a utilisé le logiciel « EVALRISK » pour recenser, analyser et hiérarchiser les risques professionnels a priori. Six unités de travail ont été retenues pour évaluer les risques au sein du CDRS.</p>
<p>10 . 8 - L'établissement a anticipé une organisation en cas de situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, exercices de crise, modalités de communication, salle de crise identifiée. (plan blanc, plan bleu...)</p>	<p>oui</p>	<p>Les modalités de gestion de crise suivantes sont en place : Le plan blanc qui contient l'organisation de la cellule de crise, les modalités de communication, les patients qui peuvent être accueillis et l'infrastructure logistique nécessaire à leur accueil. Le plan bleu. Le plan de gestion locale d'une épidémie. Les procédures de vigilance ascendantes et descendantes, (matérovigilance, pharmacovigilance, réactovigilance, alimentovigilance, identitovigilance). Des exercices de réunion de la cellule de crise sont effectués tous les ans. Des exercices de lutte contre les incendies sont effectués régulièrement.</p>

Bibliographie

Les Textes relatifs à l'évaluation (interne et externe)

Textes législatifs et réglementaires :

L'article L312-1 du CASF : établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

L'article L312-8 du CASF : évaluation et systèmes d'information

L'article L313-5 du CASF : renouvellement de l'autorisation et résultats de l'évaluation externe ;

Annexe 3-10 du CASF : contenu du cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes ;

D312-198 à D312-205 du CASF : calendriers des évaluations et modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.

Circulaires administratives :

La circulaire n° DGCS/SD5C2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Le décret n°2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

Le décret n° 2012-82 du 23 janvier 2012 relatif aux conditions d'exercice de l'activité d'évaluation externe des ESSMES par des prestataires établis dans un autre état membre de l'union Européenne.