



# Evaluation interne des EHPAD du Centre hospitalier de ROMORANTIN

## EXTRAIT



### **3. Présentation des résultats et plan d'action qualité - gestion des risques**

Les résultats détaillés sont communiqués en annexe, critère par critère. Il ne s'agit dans ce qui suit que d'une présentation synthétique.

#### ***3.1. Synthèse de l'évaluation par thème du référentiel utilisé***

La réalisation de la grille d'évaluation, nous a permis de dégager les points forts et les axes d'amélioration sur chaque grand chapitre de l'évaluation interne.

##### **3.1.1 La garantie des droits et libertés individuels et collectifs, l'admission**

L'établissement utilise le dossier national de demande d'admission dans le respect des directives. Les dossiers d'admission sont étudiés en COG (commission d'orientation gérontologique) pour permettre une orientation adaptée du résident à ses besoins et une gestion mensuelle des listes d'attente.

Chaque pré-admission est bien organisée. Les documents recommandés (règlement de fonctionnement, contrat de séjour, livrets d'accueil...) existent ; ils sont remis et expliqués aux résidents et/ou familles au moment requis. Leur forme reste à améliorer pour certains.

La pré-admission et l'entretien à l'entrée permettent un recueil exhaustif d'informations et de souhaits des résidents et/ou des familles. Ce temps d'échanges permet de présenter l'organisation du service et le rôle des référents soignants.

Le conseil de vie sociale se réunit régulièrement ; il étudie la plupart des thèmes qui font partie de ses attributions. Le système de gestion des réclamations est opérationnel.

La prise en compte des droits civiques du résident est respectée ; l'exercice du culte est possible, y compris sur place à échéance régulière.

Sur ce chapitre, les principaux axes d'amélioration sont les suivants :

- la formalisation complète du circuit de demande de renseignements et de demande d'entrée : pour bien décrire qui fait quoi



**Centre Hospitalier de  
Romorantin-Lanthenay**

- la forme de certains documents d'information et leur meilleure diffusion, notamment sur le site internet du Centre hospitalier
- si les recueils de données concernant les résidents sont effectifs, le déploiement des projets de vie en cours sur les différentes structures doit se poursuivre activement et vivre ensuite de façon annuelle. La traçabilité du recueil des directives anticipées est à homogénéiser sur les différentes structures
- une meilleure protocolisation du temps de l'admission (présentation des professionnels – livret d'accueil, rencontres des 1ers jours – , présentation aux autres résidents, l'évaluation de la satisfaction au moment de l'accueil)
- l'organisation de temps de rencontre réunissant familles, résidents et professionnels hors conseils de vie sociale.
- et enfin un meilleur affichage des informations au profit des résidents et/ou des familles doit être organisé (comptes-rendus des conseils de vie sociale, liste départementale des personnes compétentes en médiation)

### **3.1.2. La garantie des droits et libertés individuels : la bientraitance**

L'étude des risques et fragilités du résident, dont l'absence de prise en compte pourrait déboucher sur différentes formes de maltraitance, est réalisée à l'entrée : car les évaluations réalisées lors de l'admission permettent une bonne orientation des résidents et de repérer leurs besoins et capacités. Les organisations sont bien définies en fonction des besoins des résidents.

Toute la formalisation autour de la bientraitance est effective (charte, formations, procédures...). Concernant le personnel soignant, la qualité de vie au travail est évaluée et la qualité des liens entre professionnels et usagers est favorisée.

La gestion des événements indésirables (dont les cas de maltraitance éventuelle) est organisée.

Les axes d'amélioration sont :

- une réflexion plus conceptualisée sur le respect de la liberté d'aller et venir, pour laquelle des réflexions bénéfiques/risques individuelles sont déjà menées
- le respect de la liberté sexuelle même si celle-ci fait déjà partie à ce jour des éléments recueillis pour établir le projet de vie individualisé.
- La réaffirmation de la notion de bientraitance dans le projet du pôle hébergement pour la période à venir.



### **3.1.3. La prévention des risques liés à la santé, la personnalisation de l'accompagnement en matière de soins, la fin de vie**

Le projet de soins, en tant que volet du projet d'établissement, est établi. Il fixe aux professionnels des objectifs quant à la prise en charge résidents.

La permanence des soins est assurée avec une formalisation des prises en charge en cas d'urgence. Tous les soins réalisés sont faits dans le but de maintenir l'autonomie des résidents. Les résidents et/ou leur famille sont concertés et informés par rapport aux soins prodigués. L'organisation du circuit du médicament est établie, il est en cours d'informatisation sur toutes les structures d'hébergement.

La mobilisation du médecin coordonnateur renforce l'organisation des soins et des bilans d'activités annuels permettent une analyse de l'activité de l'année.

Les agents sont formés sur les différents domaines à risques pour les résidents. L'aspect préventif et curatif est assuré pour la prise en soins des résidents en ce concerne la nutrition, l'hydratation, la douleur, les escarres et la contention.

Dans le domaine de l'évaluation des troubles dépressifs, l'évaluation est en déploiement avec les projets de vie individualisés. L'évaluation quantitative des chutes est effective mais l'évaluation qualitative reste difficile au regard du support de déclaration actuel. Un travail est en cours au sein de la commission de soins pour l'actualiser. De plus, la prise en charge reste difficile du fait des difficultés actuelles de recrutement de kinésithérapeute et ergothérapeute.

Le bilan étiologique de l'incontinence n'est pas lisible à ce jour alors que des réflexions sont menées autour de la prise en charge.

L'évaluation des troubles psychiatriques reste difficile en raison d'une psychiatrie de liaison diversement mobilisable.

Les réunions entre praticiens libéraux et le médecin coordonnateur ne sont pas organisées à ce jour, leur mobilisation étant difficile.

Le document d'analyse du risque infectieux doit se finaliser au cours du dernier trimestre 2013.

La fin de vie est accompagnée sur place autant qu'il se peut, en fonction des moyens disponibles en particulier humains, qui varient selon les résidences (présence infirmière la nuit). Des conventions ont été passées pour accompagner les résidents est les équipes (EADSP 41, HAD 41). Les personnels sont régulièrement formés. Les supports de recueil des volontés du résident existent, mais ils sont peu utilisés (directives anticipées, en particulier). Il existe à ce jour un dispositif de soutien aux professionnels, mais celui-ci n'est apparemment ni connu, ni mis en œuvre. Cette demande apparaît sur le projet de formation du pôle.



**Centre Hospitalier de  
Romorantin-Lanthenay**

Les principaux éléments du plan d'actions à mettre en place sont :

- la généralisation du projet de vie individualisé pour chaque résident
- une meilleure organisation sur le recueil anticipé du résident sur ses souhaits en fin de vie (directives anticipées, souhaits post-mortem)
- un meilleur repérage du risque suicidaire.

### **3.1.4. La personnalisation de l'accompagnement : l'animation, le maintien de la vie sociale, la restauration, l'hôtellerie**

L'animation est effective. Il est veillé à sa répartition homogène sur les différents EHPAD. Les préférences des résidents sont recueillies à l'entrée de ceux-ci. L'animation est évaluée régulièrement par les animatrices (de manière informelle) et ponctuellement par des enquêtes de satisfaction globales (évaluation formalisée). Elle est toujours collective, mais le cas échéant par constitution de groupes restreints présentant les mêmes intérêts et mêmes besoins en terme d'animation.

Il est veillé au maintien des liens sociaux par l'habillement systématique des résidents en tenue de jours, la facilitation des retours en famille par le prêt de matériels, une organisation souple des visites, la possibilité des familles de rencontrer les résidents à différents moments de la journée (chambre, salon, salle à manger).

En matière de restauration, les goûts et aversions des résidents sont prises en compte. Des outils existent pour améliorer la satisfaction (commission des menus) et la qualité nutritionnelle (réflexions du CLAN sur les petits-déjeuners). Cependant, ces appréciations ne sont pas aussi objectives qu'il le faudrait ; les appréciations négatives ne sont pas toujours suivies d'effet.

L'organisation du circuit du linge et l'hygiène des locaux sont protocolisés.

L'enquête de satisfaction réalisée en juin 2011 a permis de recueillir l'avis de tous les résidents sur la restauration, l'hôtellerie et la vie sociale. L'existence du conseil de vie sociale permet aussi l'expression des différents représentants des résidents, familles et personnels sur ces points.

### **3.1.5. Projet d'établissement et ouverture**

Le projet du pôle gériatrie pour la période 2009-2013 existe. Par ailleurs, différents éléments du projet d'établissement pour l'ensemble du Centre hospitalier concernent et s'appliquent aux EHPAD, en particulier le projet de soins (bien-être, prise en charge des soins – escarres, dénutrition).

Ce projet d'établissement doit être renouvelé pour la période 2014-2018.

Les EHPAD du Centre hospitalier sont ouverts sur leur environnement :

- les autres EHPAD du secteur (rencontres des cadres de direction, sorties de résidents en inter-établissements, formations communes)



- d'autres acteurs, en particulier pour participer à l'animation de la structure (école de musique, centre aéré, CATTTP,
- les acteurs économiques (à l'occasion du marché de Noël, notamment)
- par l'intervention de bénévoles (VMEH, bibliothèque, Aide pour la vie pour les soins palliatifs).

Pour la période à venir, les axes d'amélioration seront :

- de mieux partager les orientations des EHPAD du Centre hospitalier à son environnement
- de mieux associer les représentants des usagers et bénévoles à la rédaction du projet de pôle.

### **3.1.6. Ressources humaines et formation**

La gestion des effectifs est formalisée.

Les missions sont définies au travers des fiches de poste, qui sont presque exhaustives pour les missions soignantes (mais pas pour les fonctions support).

L'accueil des nouveaux arrivants est établi.

L'organisation du travail d'équipe est décrite pour chaque structure en fonction des besoins de la population accueillie.

Les pratiques professionnelles font l'objet d'évaluations institutionnelles et contribuent à l'élaboration du plan de formation.

Les risques au travail sont identifiés dans le document unique et la collaboration avec la médecine du travail est effective.

Enfin, les réunions interEHPAD permettent la collaboration pour des projets communs, des formations ou la mutualisation de compétences.

### **3.1.7. Réflexion éthique**

La démarche éthique est organisée et portée institutionnellement. Les ressources d'informations sont à disposition du personnel et la communication autour de l'instance est assurée.

Il est à noter que le fonctionnement général du groupe reste à évaluer. Lors de prise de décision suite à une réflexion éthique la réévaluation de celle-ci n'est à ce jour pas formalisée. Une réflexion éthique interEHPAD pourrait être organisée en envisageant l'intégration des familles.



## Conclusion générale

Ce temps d'évaluation interne a été l'occasion de faire un bilan relativement exhaustif et de situer le niveau de qualité de l'établissement. Il a permis d'associer les équipes dans la démarche.

En qualité de Centre hospitalier, les équipes sont familiarisées avec le processus d'auto-évaluation : car il s'est déjà appliqué à plusieurs reprises pour les activités sanitaires. A l'inverse, l'absence de référentiel pré-établi, à l'image du manuel de certification, a été très déconvenant. Il a fallu choisir un référentiel d'évaluation dès le lancement de la démarche, et il ne peut jamais être assuré a priori que c'est le « bon » : c'est-à-dire, le plus pertinent dans ses questions, le plus cohérent dans son organisation interne.

De manière globale, l'évaluation interne a permis de relever :

- une diversité assez importante des modes de fonctionnement entre les différents sites d'EHPAD. Le regroupement sur l'EHPAD des PICS-VERTS, et plus encore la démarche d'évaluation interne qui a été réalisée doit permettre de progresser sur ce point ;
- une qualité qui est prioritairement axée sur le soin : ce qui est logique, eu égard à la vocation sanitaire globale du Centre hospitalier. Des résultats exemplaires ont été obtenus à cet égard, par exemple pour la prise en charge des escarres. Des évolutions positives ont cependant eu lieu ces dernières années également dans des domaines hors soins : par exemple en matière d'animation. Il reste en particulier à évoluer sur l'hôtellerie (qualité des bâtiments, restauration) ;
- une individualisation des prises en charge qui progresse. Mais elle doit encore évoluer par la formalisation dans une vision globale (projet de vie) et dans certains domaines connexes des soins (toilettes et douches, animations à visée préventive et thérapeutique – par la mise en place d'un PASA notamment).

Le plan d'actions détaillé, élaboré en équipe, doit permettre de poursuivre ces engagements.