



**EHESP**

---

**Directeur d'Établissement Sanitaire  
Social et Médico-social**

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

---

**L'amélioration continue de la qualité  
en ESMS :  
L'exemple de la mise en place d'un  
audit résident-traceur au sein des  
EHPAD du GHSC**

---

**Khadija EL HASSIOUY**



---

# Remerciements

---

Durant cette période de stage j'ai eu le plaisir de côtoyer de nombreuses personnes qui ont participé de près ou de loin au bon déroulement du stage et à sa réussite, pour cela je tiens à les remercier comme il se doit :

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement à Madame Camille BOSC, Directrice adjointe responsable du pôle de Gériatrie Autonomie du GHSC, qui a su tenir son rôle de responsable de stage en me consacrant son temps et en partageant son expérience et ses précieux conseils avec patience et bonne humeur à l'appui.

Je remercie également, Madame Sophie DELMOTTE, directrice de l'établissement et ancienne maître de stage avec qui j'ai eu le plaisir de collaborer de nouveau. Ainsi que l'ensemble de l'équipe de direction pour leur disponibilité, leur collaboration, leur aide ainsi que leur bonne humeur.

Je remercie l'ensemble des membres du groupe de travail pour la réalisation des parcours résident-traceur. Je tiens à souligner leur professionnalisme, qui va bien au-delà d'un simple savoir technique, toujours dans un souci permanent de sécurité et de qualité.

Je tiens à témoigner toute ma gratitude à l'ensemble du personnel du GHSC pour la qualité de leur accueil, leur coopération et leur implication dans les travaux que j'ai réalisés.

Je tiens particulièrement à remercier Madame Nicole BOHIC, pour son suivi et ses conseils.



---

# Sommaire

---

Introduction.....	3
1 La démarche d'amélioration continue de la qualité.....	5
1.1 Historique de la qualité.....	5
1.2 L'amélioration continue de la qualité.....	7
1.3 Les outils d'évaluation de la qualité dans le secteur médico-social.....	10
1.3.1 L'intérêt de l'évaluation interne dans l'amélioration continue de la qualité des services rendus aux résidents.....	10
1.3.2 Les apports complémentaires de l'évaluation externe.....	13
1.3.3 Présentation et contexte des EHPAD du GHSC.....	14
1.4 La méthode du patient-traceur.....	17
2 La mise en place d'un audit résident-traceur dans les EHPAD du GHSC.....	19
2.1 Méthodologie.....	19
2.1.1 Les objectifs de l'audit interne.....	19
2.1.2 Le choix de l'audit.....	19
2.1.3 La préparation des audits.....	20
2.1.4 Le déroulement de l'audit résident-traceur.....	24
2.2 L'analyse des résultats des audits résident-traceur.....	26
2.2.1 L'audit du parcours SSR – EHPAD.....	26
2.2.2 L'audit du parcours UCC – UVA.....	37
2.3 L'évaluation de l'audit résident-traceur.....	41
2.3.1 Le retour d'expérience des audités et des auditeurs.....	41
2.3.2 Le test effectué par le Réseau OMERIS.....	42
3 Analyse de l'outil dans le champ médico-social.....	44
3.1 Avantages et inconvénients d'un audit résident-traceur.....	44
3.2 Intérêt de la méthode dans un cadre managérial.....	45
Conclusion.....	47
Bibliographie.....	49
Liste des annexes.....	I



---

## Liste des sigles utilisés

---

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale

DPI : Dossier Patient Informatisé

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESMS : Etablissement social et médico-social

GHSC : Groupe hospitalier Seclin Carvin

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'État

IDEC : Infirmier(e) diplômé(e) d'État Coordonnateur(trice)

ISO : International Standard Organisation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAP : Projet d'accompagnement personnalisé

PDCA : Plan, Do, Check, Act

PUI : Pharmacie à usage interne

SSR : Service de soins de suites et de réadaptation

UCC : Unité Cognitivo-comportementale

UVA : Unité de vie Alzheimer





## Introduction

Travailler dans la gestion d'un établissement sanitaire et/ou médico-social demande une certaine maîtrise des outils de gestion en général, notamment, la maîtrise des outils de management de la qualité. Aujourd'hui la Qualité est une notion devenue importante dans tous les domaines professionnels, et plus encore, dans celui de la santé. C'est face à cette évolution que depuis quelques années, les établissements sanitaires et médico-sociaux sont entrés dans une démarche d'amélioration continue de la qualité afin d'assurer la fiabilité de leurs prestations et garantir la qualité et la sécurité de celles-ci.

Inspirée du secteur industrielle et adaptée par la suite au milieu sanitaire et médico-social, la Qualité est définie comme : « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences<sup>1</sup> ». Dans le cas du secteur sanitaire et médico-social, c'est la capacité d'un établissement ou service à répondre aux attentes et besoins explicites et implicites de l'utilisateur afin de maintenir son état de santé et son autonomie.

Pour répondre à ces objectifs, tout établissement est amené à se doter d'indicateurs lui permettant d'avoir des éléments de mesure relatifs à des critères, préalablement définis, représentatifs de l'activité, ou à des résultats découlant des objectifs fixés, par exemple, par le projet d'établissement. Les critères et indicateurs se positionnent vis-à-vis des quatre « types de qualité » suivants : **La qualité attendue** : niveau de qualité répondant aux attentes explicites ou implicites des usagers. **La qualité prévue** : niveau de qualité que l'organisme souhaite atteindre, en tenant compte des attentes de ses usagers et des ressources dont il dispose. **La qualité fournie** : niveau de qualité réellement mise en œuvre par l'établissement. **La qualité perçue** : niveau de qualité ressentie par l'utilisateur à partir de ses propres attentes.

En effet, les besoins en soins et accompagnement des personnes âgées peuvent être complexes. La sécurité, l'effectivité et l'adéquation des services centrés sur la personne nécessitent des compétences multidisciplinaires et un travail d'équipe. Pour répondre à ces attentes, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, inscrit les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) dans une démarche d'amélioration de la qualité, met en place l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM) et définit le concept de bientraitance.

Ainsi, la loi réaffirme la promotion de la bientraitance comme fil conducteur de l'accompagnement proposé aux personnes accueillies au sein d'un ESMS. Selon les recommandations de l'ANESM, la bientraitance se définit comme « une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de

---

<sup>1</sup> Norme ISO 9001 paragraphe 3.1.1

maltraitance ». On note, ainsi, la proximité des concepts de bientraitance et maltraitance. Ainsi, « utiliser le terme de bientraitance oblige en effet les professionnels à garder la mémoire, la trace de la maltraitance. La bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est donc à la fois **démarche positive** et **mémoire du risque** ». <sup>2</sup>

C'est cette complexité que la Haute Autorité de Santé (HAS) souhaite évaluer en mettant en place le parcours patient-traceur pour la certification V2014. Le patient-traceur est « une méthode permettant d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations » <sup>3</sup>. Les retours positifs des professionnels du Groupe Hospitalier Seclin-Carvin (GHSC) sur cette méthode d'évaluation ont amené ma réflexion sur la « transposabilité » possible de cette approche dans le champ médico-social.

Les EHPAD rattachés du GHSC ont la particularité du groupe d'être le résultat d'une fusion de deux Centres Hospitaliers situés dans deux départements différents. Dans le cadre de leur démarche qualité, les trois EHPAD ont effectué leur évaluation interne en 2012 et leur évaluation externe en 2014. Ces évaluations ont été pilotées par la Cellule Qualité basée sur le site de Seclin (Nord) et travaillée avec les équipes sur le terrain en suivant la méthodologie proposée par l'ANESM. Une étape essentielle dans un contexte de restructuration et de changement organisationnel, afin que les professionnels, notamment ceux exerçant sur le site du Pas-de-Calais, s'approprient la démarche et ne perçoivent pas une remise en cause de leurs compétences et leurs pratiques par un autre établissement.

Ainsi, ce mémoire tentera de répondre à cette problématique : « Un audit résident-traceur peut-il être un outil au service de l'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées au sein d'un EHPAD ? ». La méthode inspirée du sanitaire est-elle transposable dans le champ médico-social ? Quel serait, alors, son apport, s'il y en a un, par rapport aux autres outils de la démarche qualité déjà existant dans le champ médico-social ? En effet, le secteur médico-social a la particularité d'offrir bien plus qu'une prise en soins à un moment donné mais également un accompagnement quotidien au résident et parfois aux proches et familles.

La première partie de ce mémoire présentera les outils d'évaluation de la qualité existant dans le milieu social et médico-social (I). La seconde partie traitera de la démarche de test de deux audits résident-traceur au sein des EHPAD du GHSC (II). La dernière partie aura vocation à analyser l'audit résident-traceur et ses potentiels apports dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue dans un EHPAD (III).

---

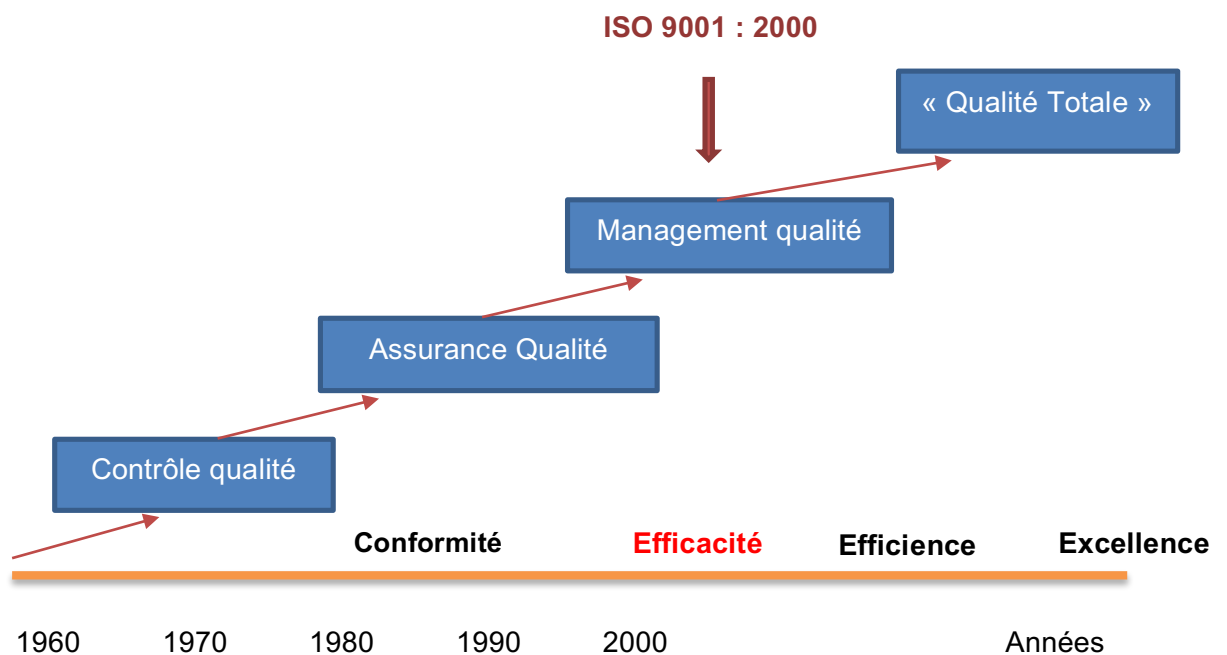
<sup>2</sup> CNFPT INSET Angers, « Evaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux », 11 septembre 2012, 49 pages

<sup>3</sup> HAS

# 1 La démarche d'amélioration continue de la qualité

## 1.1 Historique de la qualité

La Qualité a connu de nombreuses évolutions au cours du XXème siècle. Elle est désormais un mode de management, garant d'un certain niveau de performance dans les entreprises mais également dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.



**Figure 1 : Historique de la démarche qualité**

La démarche qualité a commencé dans l'industrie où le contrôle correspondait à une ultime vérification des produits avant de les vendre aux clients, il s'agissait d'un contrôle de qualité produit. Avec le développement de l'industrie de masse, et la concurrence, la démarche de contrôle du produit fini n'était plus satisfaisante. C'est alors que la notion d'assurance qualité voit le jour. Celle-ci consiste à diminuer le nombre de produits non conformes en définissant une procédure de fabrication, c'est-à-dire une conformité des pratiques à des façons de faire prédéfinies dans une norme ou un référentiel. Il existe une distinction entre norme et référentiel. Une norme étant un type particulier de référentiel, la particularité est qu'elle est élaborée par un organisme normalisateur qui n'établit pas les exigences mais garantit que la méthode d'élaboration du référentiel est conforme. Un référentiel est un ensemble d'exigences, concernant une activité, il sert de référence et permet de comparer les activités pour s'assurer de leur conformité.

En 2000, une nouvelle version de l'ISO 9001 est éditée, elle est fondée sur des principes différents qui sont le management de la qualité : la conformité produit et des pratiques ainsi que l'efficacité sont recherchés. Le management est défini comme une organisation du travail avec des objectifs et l'efficacité est entendue comme la capacité à atteindre ses objectifs, donc piloter l'avenir et vérifier l'atteinte de ces objectifs. L'ISO 9001, est le modèle sur la base duquel ont été élaborées les normes de secteurs spécifiques.

L'ISO 9001 caractérise le management de la qualité par 8 principes :



**Figure 2 : Les 8 principes du management de la qualité**

- La satisfaction client : elle consiste à déterminer les besoins explicites et implicites et y répondre.
- Le leadership : il correspond à la capacité à communiquer en interne sur les objectifs généraux et spécifiques.
- L'orientation client : elle implique deux aspects complémentaires à la fois identifier les besoins et attentes des personnes et vérifier si ces clients sont satisfaits de la réponse aux besoins exprimés.

Ainsi l'objectif fixé par le cœur de métier est de répondre et satisfaire à ces besoins.

- L'organisation : le management de la qualité est fondé sur l'approche processus, une vision nouvelle de l'organisation, qui planifie les actions à mener par rapport aux objectifs.
- L'amélioration continue : il s'agit du pilotage permettant de vérifier l'atteinte des objectifs. Ainsi, si ces objectifs ne sont pas atteints la démarche permet la mise en place d'actions correctives. S'ils sont atteints, il est nécessaire de s'interroger sur le

maintien de ces objectifs ou s'il est préférable d'en fixer d'autres. Il s'agit d'un cercle dit vertueux.

C'est sur la base de ces principes, que s'est développée la notion de la qualité dans le secteur industriel, puis dans le secteur sanitaire et médico-social. La finalité étant de mettre en place un système de management de la qualité qui continue d'évoluer. Ce système a pour but de satisfaire les attentes du client, et dans le cas du secteur sanitaire et médico-social, du patient ou de l'utilisateur. Un système de management de la qualité permet également d'atteindre les objectifs qualité fixés et d'améliorer la performance de l'organisme.

Dans un système de management de la Qualité, la notion de processus est importante. Un processus est un ensemble d'activités corrélées qui transforme un élément d'entrée en élément de sortie. Il existe 3 types de processus :

- Les processus de management pour le pilotage de la structure : ils permettent le fonctionnement et l'amélioration des processus de réalisation et de support
- Les processus opérationnels pour les activités du cœur de métier : ils regroupent l'ensemble des activités en lien direct avec les clients
- Les processus supports ou soutien : ils permettent aux équipes de travailler dans de bonnes conditions, nécessaires au bon fonctionnement des processus de réalisation

Ces processus permettent d'identifier et de déterminer les séquences et les informations, la plupart du temps ils sont représentés sous forme de cartographie.

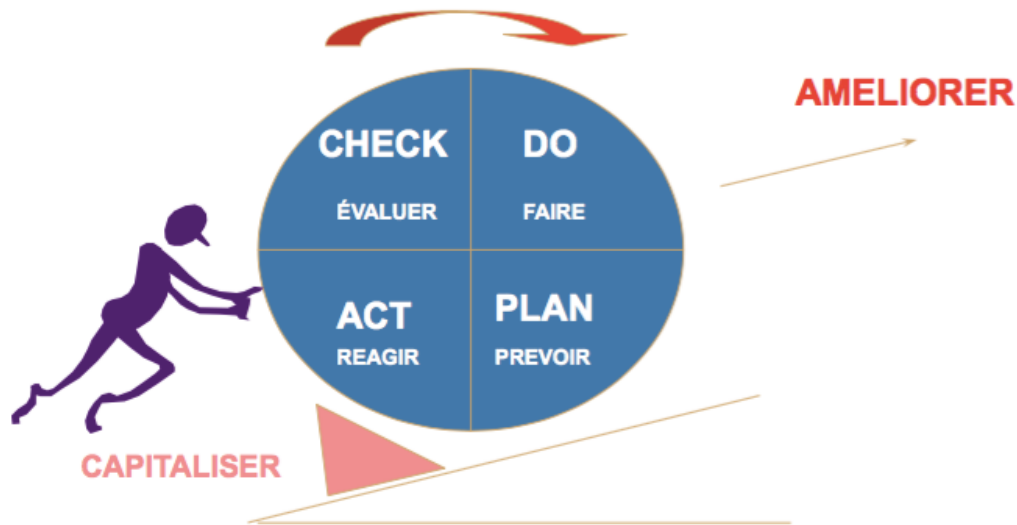
## **1.2 L'amélioration continue de la qualité**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la démarche qualité consiste à « mieux concevoir, imaginer ou adapter les moyens thérapeutiques et plus globalement, la pratique professionnelle dans l'intérêt direct ou indirect du patient »<sup>4</sup>. L'OMS définit l'intérêt indirect du patient comme « l'amélioration des conditions de travail du personnel » point nécessaire pour assurer la prise en charge optimale de l'utilisateur.

L'amélioration continue de la qualité est le plus souvent illustrée par la roue de Deming ou PDCA. Une fois le système qualité créé et mis en place, il ne doit pas être figé ; il faut l'améliorer en permanence. Il faut donc en vérifier la conformité, l'efficacité et la satisfaction. Cette vérification est suivie de la mise en place d'actions correctives et préventives qui permettent l'amélioration du système. C'est un outil permettant de définir les étapes à mener afin d'obtenir un système qualité de plus en plus performant.

---

<sup>4</sup> OMS



**Figure 3 : Roue de Deming - PDCA**

Chaque partie de la roue correspond à une étape de la démarche d'amélioration continue de la qualité face à une situation donnée :

- **Plan** = Planifier : il s'agit de l'étape préparatoire – le diagnostic – qui permet de définir, planifier les objectifs qualité et décrire les moyens pour y parvenir.
- **Do** = Faire : c'est l'étape de mise en œuvre des dispositions prises dans le plan qualité.
- **Check** = Vérifier : cette étape doit permettre d'évaluer et de vérifier les résultats obtenus suite à la mise en application du plan d'actions précédemment établi
- **Act** = Agir ou réagir : il s'agit de l'étape finale, avec pour but d'améliorer le système par la mise en place d'actions, de corrections ou de préventions. C'est l'étape qui relance la roue afin de démarre un nouveau tour.

Le système qualité est représenté par une roue qu'il faut sans cesse pousser vers le haut en direction de l'excellence. Le système de management par la qualité mis en application est représenté par une cale qui empêche la roue de redescendre. Ce cycle permet donc d'instaurer au sein de l'établissement une véritable culture qualité et un système qualité en amélioration permanente.

La vérification de l'efficacité du système qualité peut être réalisée sous la forme d'audits internes. Ils permettent de mettre en évidence un certain nombre d'écarts constatés (classés en écarts critiques ou non) en fonction de la politique qualité de l'établissement. La vérification est organisée par la Cellule Qualité. A l'issue de l'audit, un rapport est émis et diffusé. Ses préconisations doivent permettre de mener des actions correctives sur les

écarts relevés. Pour l'amélioration pérenne d'une activité, une analyse de la situation est nécessaire pour mettre en place des actions et ensuite évaluer leur efficacité.

Une démarche d'amélioration continue de la qualité efficace se doit de concerner l'ensemble des agents et d'être appuyée par la Direction. Par ailleurs, cette démarche ne peut être ponctuelle, effectuée qu'au moment des évaluations dans le secteur médico-social ou de la certification par exemple. De plus, elle ne peut être spécifique à chaque patient ou résident.

L'amélioration continue de la qualité par la mise en place d'une démarche qualité ne peut se faire sans une approche par processus. Ainsi, « l'approche processus », une exigence de l'ISO 9001 est « une méthode destinée à maîtriser et améliorer le fonctionnement d'un organisme »<sup>5</sup>. Cette approche identifie les processus nécessaires au management de la qualité au sein d'un établissement.

Ces processus permettent d'identifier et de déterminer les séquences et les informations de chaque activité déterminante dans la prise en charge, la plupart du temps ils sont représentés sous forme de cartographie.

Ainsi, la démarche qualité par son travail d'ensemble et pluri professionnel est un véritable levier de management permettant l'évolution des équipes et des organisations. Dans le champ sanitaire et médico-social, le management par la qualité permet d'enraciner la qualité et la gestion des risques dans les pratiques quotidiennes des agents et de motiver les équipes.

Le principe d'amélioration continue de la qualité induit de fait une réflexion et une évaluation constante des processus par le biais de méthodes et d'outils « qualité » (l'évaluation, les audits, rapport d'activité, projet d'établissement, projet d'accompagnement personnalisé ...) qui sont indispensables au questionnement et à l'avancée de la démarche.

---

<sup>5</sup> Marie SCHEFFKNECHT, « La qualité : levier du management ». Mémoire care de santé, Université de Strasbourg, 2012.

## 1.3 Les outils d'évaluation de la qualité dans le secteur médico-social

Obligatoire depuis la loi 2002-2 du 02 janvier 2002, les évaluations internes et externes, sont des outils de management par la qualité. Elles permettent d'établir un diagnostic objectif du niveau de qualité des prestations délivrées aux résidents afin de mettre en œuvre des actions d'amélioration.

Par ce biais, cette loi consacre la place de l'utilisateur et instaure la qualité comme exigence de l'action sociale. La loi du 2 janvier 2002 a ainsi permis la reconnaissance d'un statut et d'une place à la personne âgée au sein des structures et face aux acteurs qui assurent leur accompagnement. En effet, la loi précise : « *l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à corriger les effets... L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire* »

### 1.3.1 L'intérêt de l'évaluation interne dans l'amélioration continue de la qualité des services rendus aux résidents

Le verbe « évaluer » vient du latin « *Valere* » qui signifie « être bien portant ». Une évaluation consiste donc à mesurer la valeur et vérifier la santé de l'organisme. Par la suite, cette mesure permettra de prendre des décisions. Ainsi, l'évaluation interne a une visée :

1. **Diagnostic** : faire un état des lieux permettant une analyse de la situation à l'instant T et des besoins.
2. **Pronostique** : voir si l'état actuel est maintenu, en amélioration ou en détérioration.
3. **Formative** : dégager les axes d'amélioration et les projets à entreprendre, responsabiliser et motiver le personnel.

Dans le secteur médico-social, l'évaluation interne est une auto-évaluation que les établissements ont la liberté d'organiser et mettre en œuvre ; notamment dans le choix du référentiel. Cependant, ce dernier doit être élaboré dans le respect des 4 domaines déterminés par l'ANESM. Les établissements s'inscrivent dans la démarche au moins tous les 5 ans et fournissent un bilan aux autorités de tutelle.

L'ANESM est en charge de l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques, le référentiel utilisé lors de l'évaluation interne peut être sélectionné parmi ceux disponibles sur le site de l'ANESM ou créé par l'établissement lui-même. Ce référentiel doit prendre en



compte les axes suivants : la promotion de la qualité de vie, de la santé et de la participation sociale ; la personnalisation de l'accompagnement ; la garantie des droits et la participation des usagers ; et la protection des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers. Sont également appréciés au travers de cette évaluation : l'insertion et l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, l'intégration des différentes ressources internes et externes ; son organisation interne, ses ressources humaines et financières, son système d'information ; les effets constatés pour les usagers (les changements ou apports, attendus ou effectifs, prévus ou imprévus pour les usagers que vise une intervention et pour lesquels on peut raisonnablement dire qu'ils ont été influencés par un aspect de l'accompagnement).

L'évaluation interne n'est pas un contrôle, une demande d'agrément ou un audit. L'objet de l'évaluation interne est d'obtenir une vision de l'organisation de l'établissement à un moment donné et des services qu'il rend. Cette approche permet de mieux percevoir la place de l'établissement dans sa sphère de métier, et les prestations qu'il est en mesure de proposer, afin de permettre une évolution de l'établissement en proposant des pistes de progrès.

L'évaluation constitue une démarche de meilleure compréhension d'un établissement ou service dans toute sa complexité et permet de concevoir des pistes de progrès dans le souci d'améliorer les pratiques et la qualité des prestations. Ainsi, l'établissement peut objectiver ses forces et faiblesses tout en réfléchissant aux actions d'amélioration visant à assurer une qualité de la prise en soin et de l'accompagnement des usagers.

Selon l'ANESM, cette démarche permet de :

- Promouvoir un débat sur le sens de l'action et les valeurs fondatrices
- Réinterroger les pratiques
- Décloisonner les services, promouvoir la transversalité et retrouver la cohérence interne
- Réactualiser les pratiques individuelles et collectives

Afin de s'assurer que l'utilisateur est au centre du dispositif qui le concerne.

L'évaluation interne a été définie comme un outil de pilotage où les établissements peuvent vérifier tous les 5 ans que le service rendu aux usagers correspond aux objectifs fixés au moment de l'obtention de l'autorisation de fonctionnement, d'une part et d'autre part, qu'il répond au mieux aux besoins et attentes des usagers. L'évaluation est également un outil de pilotage pour la Direction. Ensuite, elle permet par le biais de l'auto-évaluation effectuée par les équipes et du plan d'actions qui en découle de définir les priorités de l'établissement en y faisant participer les agents, les usagers et leur famille et /ou proches. Enfin c'est un outil de dialogue avec les autorités de tutelles. En effet, l'établissement a obligation de transmettre à la ou les autorités qui délivrent l'autorisation (ARS et/ou Conseil

Départemental) le rapport d'évaluation interne, afin d'échanger autour des objectifs et des moyens.

Effectuer une évaluation interne permet à l'établissement de répondre à plusieurs questionnements sur ses activités, son organisation, ses services afin de déterminer s'ils répondent effectivement aux exigences normatives et réglementaires qui lui sont fixées d'une part, et d'autre part qu'ils sont adaptés au public accueilli en s'assurant que l'accompagnement et la prise en charge qui sont offerts répondent aux besoins et attentes de l'usagers.

Par ailleurs, cette réflexion, qui se fait en équipe, est créatrice de connaissances sur son organisation, sur le point de vue des usagers et de leurs proches ainsi que sur le ressenti des professionnels. Elle permet de prendre pleinement la mesure de la situation et de proposer des pistes d'actions. L'évaluation interne est également le moyen de mettre en avant les points forts de l'établissement et de démontrer la pertinence des actions déjà en place et ainsi de valoriser le travail des agents.

En effet, une évaluation interne menée de façon rigoureuse et en équipe a un apport positif pour la qualité de service rendu aux usagers mais elle est également porteuse de bénéfices pour les professionnels de l'établissement. Dans un premier temps, les agents disposent d'une meilleure connaissance de l'établissement dans lequel ils exercent, et d'une meilleure connaissance des différents corps de métier. Ensuite, elle leur permet de donner ou de redonner du sens à leurs pratiques par « le sentiment gratifiant de participer à l'amélioration de leur service »<sup>6</sup>. Enfin, l'évaluation apporte des compétences et responsabilités nouvelles. Par exemple, au sein du GHSC, sur la base du volontariat, des référents qualité de différentes professions sont désignés dans chaque service et. Ces référents sont les interlocuteurs privilégiés de la cellule qualité. Ils sont sollicités en premier lors du comité de pilotage qualité pour participer à l'ensemble des étapes de la démarche qualité du secteur les concernant. Ils sont également en charge de transmettre par la suite les informations auprès de leurs collègues sur le terrain. Participer à cette démarche leur permet d'échanger sur les compétences, les pratiques et avec leurs collègues issus d'autres services. En effet, c'est le cas au GHSC, qui disposent de 3 EHPAD situés dans 3 communes différentes dont un dans un département différent.

Pour avoir un regard externe sur l'auto-évaluation effectuée par les ESMS, la loi du 2 janvier 2002 a également instauré l'évaluation externe tous les 7 ans.

---

<sup>6</sup> CNFPT INSET Angers ; Evaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico- sociaux 11 septembre 2012.

### 1.3.2 Les apports complémentaires de l'évaluation externe

La loi n° 2002-2 stipule que « les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. [...] Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci. ». Cette évaluation externe est d'autant plus décisive que l'article L.3131-1 du CASF indique que « l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe ».

Selon l'ANESM, « l'évaluation externe porte sur les activités et la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles »<sup>7</sup>. Elle a pour but de vérifier la pertinence, l'impact et la cohérence des actions menées par les EMS au regard de leur mission et des besoins et attentes des usagers.

Les champs des évaluations externe et interne sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service et de fait, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

L'évaluation externe des ESMS est effectuée par un organisme ayant obtenu une habilitation de l'ANESM. Cette habilitation est « valable sur l'ensemble du territoire français et ce pour une durée illimitée »<sup>8</sup>. Le choix du prestataire relève de l'initiative de l'établissement, la seule obligation est qu'il soit habilité par l'ANESM. À la suite de cette évaluation, l'organisme évaluateur fournit un rapport à l'établissement qui vérifie sa conformité avec le cahier des charges puis le transmet à l'autorité ayant délivrée l'autorisation.

L'évaluateur externe doit respecter le cahier des charges défini par l'annexe 3-10, il s'appuie également du rapport d'évaluation interne et de ses résultats. La constitution du rapport doit comprendre une synthèse, un bon outil de communication auprès des agents, ainsi qu'un abrégé destiné aux autorités et reprenant les points forts et les points faibles identifiés par l'évaluateur externe et les préconisations d'amélioration qu'il propose.

L'intérêt d'une évaluation externe dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité est tout d'abord, le point de vue d'une personne extérieure à

---

<sup>7</sup> [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id\\_article=356](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=356)

<sup>8</sup> CNFPT INSET Angers ; Evaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico- sociaux 11 septembre 2012.

l'établissement. Cette appréciation externe est souvent source de réflexions sur les pratiques, le sens des actions et le cœur de métier : « lever une interrogation nouvelle sur les évidences qui tiennent lieu de postulat aux pratiques suivies, c'est-à-dire revenir sur certaines habitudes de travail qui mériteraient d'être actualisées »<sup>9</sup>. Ainsi « l'évaluation permet précisément de lutter contre cette tendance naturelle de toute organisation de chercher des modes de réponses qui lui sont habituels, et ce faisant, faire l'économie d'une véritable démarche de problématisation »<sup>10</sup>

Les évaluations interne et externe font ainsi partie du cycle d'amélioration continue de la qualité des établissements.

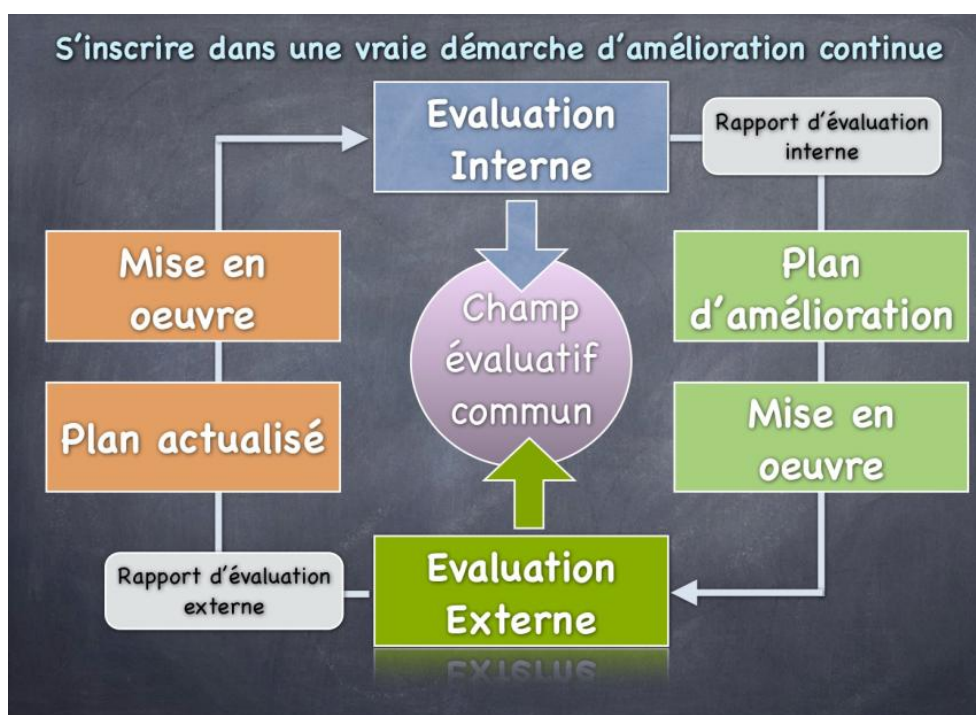


Figure 3. Plan de la démarche d'amélioration continue d'un ESSMS

### 1.3.3 Présentation et contexte des EHPAD du GHSC

Le Groupe hospitalier Seclin Carvin est un établissement public de santé situé dans la Région Hauts de France. Le pôle de gériatrie et autonomie est situé sur plusieurs sites. Sur le site de Seclin (Nord) on trouve l'EHPAD « Les Augustines », l'USLD « Au fil de l'eau » et les services d'hospitalisation. Ces services sont destinés principalement à des adultes ayant besoin d'un travail de rééducation et accueillent des personnes âgées fragilisées, en

<sup>9</sup> CNFPT INSET Angers ; Evaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico- sociaux 11 septembre 2012.

<sup>10</sup> CNFPT INSET Angers ; Evaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico- sociaux 11 septembre 2012.

situation de perte d'autonomie physique, psychologique, sociale ou cognitive et des personnes âgées pouvant présenter des pathologies multiples. Les services d'hospitalisation se composent :

- D'une équipe mobile de gériatrie qui intervient au sein du service des urgences afin d'orienter rapidement les personnes âgées vers les services adaptés et leur éviter l'attente.
- D'un court séjour gériatrique, service de médecine spécialisée prenant en charge des personnes âgées de 70 ans et plus présentant des poly-pathologies. Une hospitalisation de jour, des consultations mémoire et des évaluations gériatriques y sont effectuées.
- D'un service de soins de suite et de réadaptation accompagnant les personnes hospitalisées une fois leur état médical stabilisé. Une unité de réadaptation cognitivo-comportementale permet d'accueillir des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.

Le site de Carvin propose une offre de soins spécialisée en gériatrie, autonomie et addictologie :

- Deux services hospitaliers de Soins de Suite : un service de Soins de Suite en Gérontologie Clinique d'une capacité d'accueil de 30 patients, prend en charge des personnes âgées de plus de 60 ans souffrant de plusieurs pathologies entraînant ou risquant d'entraîner une dépendance physique, psychique ou sociale. Ses équipes travaillent avant tout à la récupération des capacités, et au maintien de l'autonomie pour tous les gestes de la vie quotidienne.
- Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, L'EHPAD « Les Orchidées », reconstruit en 2012, il présente une architecture privilégiant le confort et le bien-être des résidents, grâce à des espaces de vies chaleureux et modernes. Situé sur le site de Carvin, il permet d'accueillir 126 résidents et dispose de deux unités médicalisées dans l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Il propose également de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire.
- Une Maison des Aidants Hénin-Carvin (Pas-de-Calais)
- Un Foyer de Vie pour adultes en situation de handicap, dispose depuis 2010, de 50 places d'Hébergement Permanent. C'est un lieu de vie accueillant des personnes en situation de handicap mental ou psychique âgées de 20 à 60 ans. Le Foyer a pour vocation d'accompagner au quotidien ces personnes ne pouvant pas travailler en atelier protégé, et de les aider à conserver leur autonomie pour les gestes de la vie quotidienne. Sa mission consiste aussi à mettre en place des activités ayant pour objectif de préserver l'intégration des personnes handicapées et de promouvoir leur socialisation. Le Foyer de Vie n'est pas médicalisé.

- Un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), d'une capacité d'accueil de 20 lits, le service prend en charge des patients suffisamment autonomes pour participer aux différentes activités thérapeutiques prévues tout au long du séjour, pour une durée initiale de 28 jours (avec possibilité de prolongation).
- Pour finir le pôle dispose également d'un EHPAD à Wattignies (Nord), « L'arbre de vie » d'une capacité de 64 places.

L'ensemble des établissements du pôle de gériatrie a effectué son évaluation interne et externe. La démarche qualité est bien amorcée, elle est pilotée par 2 ingénieurs qualité et une directrice qui est également responsable du pôle médico-social.

En avril 2015, l'un des EHPAD de l'établissement faisait l'objet d'une inspection bientraitance inopinée du Conseil Départemental du Pas-de-Calais et de l'ARS. Une série de remarques et d'écarts ont été relevés par les inspecteurs. Un rapport a été ensuite transmis à l'établissement. Une réponse a été apportée par l'établissement pour lever les non-conformités relevées par la mission d'inspection, cette réponse a permis la levée de certaines remarques et écarts. Enfin, un plan de préconisations à mettre en place entre décembre 2016 et juin 2017 a été transmis par les inspecteurs.

Une inspection bientraitance de la part des autorités de tutelles n'est jamais chose aisée pour les professionnels qui ont à cœur leur métier. Cette inspection a été un moment douloureux pour ces derniers et notamment pour le cadre supérieur de santé. Tout un travail d'accompagnement et de remobilisation a été nécessaire pour mettre en place le plan de préconisations. C'est cette mission qui a initié ma réflexion sur les moyens et initiatives qu'un directeur est susceptible de mettre en place pour s'assurer que les prestations délivrées soient à la fois conformes à la réglementation et répondent aux attentes et besoins des résidents en EHPAD. En effet, j'ai pu observer la mobilisation de la Cellule qualité dans son animation de la démarche qualité aussi bien dans les services de soins que dans les établissements médico-sociaux rattachés à l'hôpital. Le plan d'actions issu des évaluations externes fait l'objet d'un suivi régulier tout comme l'analyse de la satisfaction des usagers et de leur famille.

C'est dans cette optique que j'ai voulu tester la mise en place d'un audit « résident-traceur » au sein des EHPAD du GHSC comme outil d'amélioration de la qualité d'accompagnement des résidents. Cet audit est inspiré de la méthode du patient traceur mis en place dans la version 2014 du manuel de certification. Ce type d'audit prend en compte le parcours complet du patient. Il permet de confronter son vécu et le point de vue des professionnels afin d'enrichir la réflexion et le plan d'actions qui en découlera.

## 1.4 La méthode du patient-traceur<sup>11</sup>

La méthode du patient-traceur est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques qui consiste à partir d'un séjour patient hospitalisé à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent. Par comparaison à un audit, l'audit utilise plusieurs patients ou dossiers patients pour évaluer une pratique alors qu'un patient-traceur utilise une unique prise en charge pour évaluer plusieurs pratiques, processus et interfaces.

Cette méthode fait désormais partie de la procédure française de certification V2014 qui s'est inspirée des modèles canadien et américain, notamment celui de la Joint Commission aux États-Unis. Elle est axée sur le parcours du patient et responsabilise l'établissement par une approche pédagogique. En France c'est la HAS qui est en charge de cette procédure.

Contrairement au secteur médico-social, la procédure de certification est en constante évolution et s'adapte en permanence aux exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. En effet, en 1999 la première procédure d'accréditation voyait le jour. Sa finalité était la promotion et la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé. Ensuite, la deuxième version (V2 ou V2007) a débuté en 2005. Cette nouvelle itération évaluait à la fois la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau atteint par les établissements, en mettant l'accent sur l'évaluation des pratiques professionnelles. La version 3 s'applique en janvier 2010, elle « a été mise en place avec des exigences accrues en termes de prise en charge du patient et de gestion des risques. Cette 3ème version vise à renforcer l'effet levier de la procédure sur la qualité et la sécurité des soins tout en simplifiant le dispositif ».<sup>12</sup> Enfin la V2014, « a été pensée pour permettre une certification plus continue et efficiente »<sup>13</sup>. Cette nouvelle version présente deux innovations, d'une part, la mise en place du compte qualité et d'autre part, l'utilisation de nouvelles méthodes de visite de certification plus performantes : l'audit patient-traceur et l'audit de processus.

---

<sup>11</sup> HAS, « Le patient-traceur en établissement de santé - Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. » Guide méthodologique novembre 2014

<sup>12</sup> HAS : Manuel de certification V2014

<sup>13</sup> HAS : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_978601/fr/historique-de-la-certification](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978601/fr/historique-de-la-certification)

La HAS a défini 4 orientations stratégiques de la V2014 :

- Renforcer la capacité de la certification à maîtriser les risques ;
- Renforcer l'effet de la certification sur le management de l'établissement et des secteurs d'activité ;
- Rendre continue la démarche d'amélioration de la qualité des établissements ;
- Poursuivre le développement des approches centrées sur le patient ;
- Valoriser les établissements dans le cadre de la certification.

L'audit patient-traceur permet d'évaluer les processus de soins et les organisations qui s'y rattachent et d'apprécier les expériences de soins de patients hospitalisés. Les résultats de ces audits permettent, par la suite, d'alimenter les audits de processus. Ces derniers représentent la base sur laquelle s'effectue la visite de certification. Les audits de processus permettent d'évaluer le management et la mise en œuvre effective d'un processus afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs.

Les audits patients traceur effectués dans les services de soins du GHSC ont été appréciés par les équipes. Ils ont suscité une forte mobilisation auprès des agents dont plus d'une vingtaine participent désormais au Copil « parcours de soins » (direction, ingénieur qualité, soignant paramédicaux, cadres et médecins).

Ainsi, j'ai effectué deux audits résidents traceur au sein de 2 EHPAD du GHSC afin de déterminer si cette méthode pouvait être un outil utile et transposable, par le biais de l'étude de parcours, pouvant intégrer la démarche d'amélioration continue de la qualité dans le champ médico-social. Dans la seconde partie de mon mémoire je présenterai la méthode, le travail effectué et les résultats obtenus.



## **2 La mise en place d'un audit résident-traceur dans les EHPAD du GHSC**

Afin de répondre au mieux aux particularités d'accompagnement dans le secteur médico-social, la méthode du patient-traceur a été adaptée en suivant une méthodologie rigoureuse.

### **2.1 Méthodologie<sup>14</sup>**

#### **2.1.1 Les objectifs de l'audit interne**

L'audit interne auquel appartient l'audit résident-traceur permet de répondre à cinq objectifs. Dans un premier temps, il permet de vérifier la conformité aux exigences du ou des référentiels applicables. Dans le cas du GHSC, les références ont été : le référentiel d'évaluation interne et le référentiel de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Ensuite, l'audit permet de vérifier que les dispositions organisationnelles (processus) et opérationnelles (procédures et instructions ...) sont établies, connues, comprises et appliquées. De plus, il permet de vérifier l'efficacité du domaine audité, c'est-à-dire, son aptitude à atteindre les objectifs. En outre, l'audit interne a également pour finalité d'identifier des pistes d'amélioration et des recommandations pour conduire l'établissement vers le progrès. Enfin, il permet de conforter les bonnes pratiques observées pour encourager les équipes et capitaliser ces pratiques dans l'établissement.

#### **2.1.2 Le choix de l'audit**

Pour effectuer l'audit résident-traceur deux parcours ont été choisis :  
En premier lieu, le parcours d'un(e) résident(e) ayant effectué(e) un passage par le service de soins de suites et réadaptation du GHSC puis un transfert vers l'EHPAD situé sur le site du Pas-de-Calais. Le choix de ce parcours avait pour objectif d'évaluer la qualité d'accompagnement et de prise en charge lors d'un transfert d'un service de soin de l'hôpital vers un EHPAD de l'établissement.

En second lieu, le parcours d'un(e) résident(e) entré(e) en EHPAD dans une unité de vie Alzheimer (UVA) après transfert depuis l'UCC. L'objectif était d'étudier la qualité de prise en charge et d'accompagnement des résidents présentant des troubles du comportement.

---

<sup>14</sup> Formation audit patient-traceur délivrée par la cellule qualité du GHSC.

Dans l'idéal un 3<sup>ème</sup> audit auprès d'un(e) résident(e) entré(e) directement en EHPAD depuis le domicile aurait été très instructif. Cependant, le manque de temps et l'impossibilité de mobiliser l'équipe d'auditeurs durant la période estivale n'ont pas permis de réaliser cet audit. Ce parcours sera étudié ultérieurement et ne fera pas l'objet d'une analyse dans ce mémoire.

### **2.1.3 La préparation des audits**

#### **A) Le plan d'audit**

Le plan d'audit est un document élaboré lors de la phase préparatoire de l'audit. Il reprend les informations essentielles permettant d'effectuer l'audit dans les meilleures conditions. En effet, ce document reprend le contexte de l'audit, ses objectifs, le champ de l'audit, la composition de l'équipe, la méthodologie, l'échantillon et les modalités de traitement des résultats.

L'audit résident-traceur est issu d'une réflexion personnelle qui a été appuyée par la Direction qualité. Ma réflexion portait sur l'évaluation de la prise en charge et l'accompagnement des résidents en EHPAD au sein du GHSC tout en prenant en compte leur parcours. Les objectifs poursuivis sont de s'assurer que le travail effectué au quotidien par les professionnels est en accord avec les attentes et besoins des usagers. Mais également, d'avoir une vue objective de la coordination entre les différents services par lesquels un patient puis résident est susceptible de passer. Ce type d'audit est, aussi, l'opportunité de recueillir à la fois l'opinion de l'équipe soignante qui s'est occupée d'un résident à un moment donné et celle du résident lui-même et dans le meilleur des cas, celle de la famille ou des proches. Enfin, c'était l'occasion d'étudier une méthode utilisée dans le secteur sanitaire et de voir sa possible transposabilité dans le secteur médico-social – après adaptation – afin de rester dans une démarche continue d'amélioration du service rendu.

Le champ de l'audit s'est concentré sur le pôle de « Gériatrie Autonomie » du GHSC et uniquement sur les EHPAD. Le but étant d'étudier le parcours de résidents ayant eu des modes d'entrée en EHPAD différents, afin de s'assurer que la coordination entre les différents acteurs et parfois les différentes structures se fait au mieux. Et si cela n'est pas le cas de mettre en place des actions d'amélioration à court et moyen terme.

L'équipe d'auditeurs constituée est pluri-professionnelle et pluridisciplinaire afin de garantir la diversité des points de vue. Les auditeurs sont également issus des différents services du pôle de gériatrie afin que les audits puissent être conduits par des professionnels ne travaillant pas dans le service concerné. En effet, les auditeurs ne doivent pas participer à la réalisation de l'activité, ni faire partie du service audité afin d'éviter les conflits d'intérêts.

L'audit résident-traceur est un audit rétrospectif du parcours d'un résident qui s'effectue sur l'analyse du dossier du résident et le recueil d'informations auprès de la personne. En EHPAD, le recueil d'informations auprès du résident peut parfois être complexe voire impossible, en fonction de sa capacité à se souvenir de sa prise en soins et de son accompagnement et sa capacité à s'exprimer. En outre, la méthode a été ajustée pour être utilisée dans le cas de séjours bien plus longs que ceux dans un centre hospitalier. En effet, l'audit patient-traceur s'effectue auprès de patients qui sont au plus proche de la sortie de l'établissement, or en EHPAD, on privilégie plutôt l'étude des parcours au plus près de l'entrée afin de faciliter le recueil d'informations auprès de la personne âgée.

#### B) La création des grilles d'évaluation d'un audit résident-traceur

L'audit résident-traceur contrairement à l'audit patient-traceur n'est pas une obligation réglementaire dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité en ESMS. Ainsi, une grille d'évaluation adaptée aux modes d'accompagnement et de prise en charge en EHPAD a été constituée. Pour ce faire, un groupe de travail, dont j'assurais le pilotage a été mis en place. Il a été volontairement composé d'une équipe pluri professionnelle et pluridisciplinaire de 2 médecins gériatres : un médecin du SSR et un médecin gériatre d'EHPAD ; d'un cadre supérieur de santé du pôle de gériatrie, un cadre de santé du SSR, d'une infirmière (IDE) en charge du codage PMSI, d'une aide-soignante de l'UCC. En matière de compétence, les intervenants avaient soit participé à la formation donnée par la cellule qualité soit une expérience antérieure en qualité ou avait déjà effectué un audit patient-traceur. Le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises pour créer la grille qui servirait pour l'audit du résident. Il était important d'élaborer une grille qui réponde aux exigences du secteur médico-social accompagnant les personnes âgées. Reprendre la grille du secteur sanitaire n'était pas envisageable, même si elle présente une bonne base de départ.

Le choix du groupe de travail n'a pas été anodin, il semblait nécessaire de travailler avec l'ensemble des différents corps de métier intervenant dans l'accompagnement quotidien de la personne âgée en EHPAD. D'une part, pour les insérer dans la démarche et d'autre part pour avoir le point vu des différents acteurs et enrichir le travail. Le groupe s'est constitué sur la base du volontariat des professionnels. Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, ainsi que les derniers rapports d'évaluation interne et externe ont été pris en compte.

L'intérêt de travailler la grille avec les professionnels était d'engager les équipes dans la démarche projet et ainsi avoir une meilleure implication de leur part. En effet, pour

obtenir leur adhésion, il est essentiel d'organiser le travail avec leur participation, sans quoi la méthode ne sera véritablement efficace.

Ainsi, deux grilles par parcours ont été créées, une grille permettant l'évaluation du dossier du résident en compagnie de l'équipe soignante et une grille à destination du résident et/ou sa famille pour recueillir son ressenti. Au total 139 items ont été investigués, la grille constituée, est assez large afin d'être applicable à des parcours diversifiés.

La grille a été élaboré sous forme d'un tableau Excel en reprenant les items suivants :

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Équipe ou résident et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration / Commentaires
--------	-------------	--------------------	----------------------------------	-----------------	------------------------------------

- Les différentes étapes du parcours sont par exemple l'admission, l'accueil, la prise en soins, l'accompagnement ... ;
- Les sous-étapes distinguent les différents temps d'une étape ;
- Les éléments objectifs correspondent aux points investigués par les auditeurs, ce sont les questions et éléments de vérification qui ont été ciblés par le groupe de travail comme étant pertinents pour évaluer la qualité d'accompagnement d'un résident ;
- La grille indique si les éléments objectifs concernent l'équipe soignante, l'utilisateur et/ ou ses proches ou bien les deux, il s'agit d'un élément indicatif pour s'assurer de poser les bonnes questions aux bonnes personnes ;
- Les points positifs relevés lors de l'audit ;
- Les axes d'amélioration identifiés au cours de l'audit et les commentaires éventuels apportant des informations complémentaires ;

Les étapes et sous étapes étudiées ont été définies en reprenant les différents parcours observés au sein du GHSC ayant amenés à une entrée en EHPAD. Le parcours le plus observé est celui d'un(e) résident(e) entrée au GHSC par les urgences qui a, par la suite, effectué(e) un passage au court séjour gériatrique puis qui a été transféré(e) en SSR et qui, finalement, est entré(e) en EHPAD. Le plus souvent, la personne âgée n'est plus en mesure de rentrer chez elle.

Les deux audits réalisés ont ciblé les thématiques suivantes :

- L'organisation de l'entrée en EHPAD et notamment l'association de l'utilisateur lors de cette étape ;
- L'admission et l'accueil du résident et de son entourage, notamment la présence d'un référent pour les accueillir, le recueil du consentement éclairé avant l'entrée, l'organisation d'une visite de pré-admission, l'organisation de

l'accueil physique du résident et de ses proches, ainsi que l'information du médecin de ville de l'entrée de son patient en EHPAD (lien avec la ville) ;

- La thématique « séjour du résident » audite l'évaluation initiale médicale effectuée en EHPAD, l'évaluation paramédicale ainsi que l'accompagnement, à savoir, tout ce qui est en lien avec le projet d'accompagnement personnalisé ... Une importance particulière a été portée à la traçabilité au niveau du dossier, notamment la vérification de son identité avant l'administration de traitements ou l'information et le recueil de son consentement avant d'effectuer tout examen complémentaire (examen biologique, radiologie ...) ainsi que l'information sur l'aide aux aidants ;
- En fin d'audit sont évaluées les thématiques transversales concernant le droit du résident, la fin de vie, la continuité et la coordination des soins, la prise en charge en cas d'urgence vitale, la gestion des données du résident, la gestion des événements indésirables, l'implication des professionnels dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles ;

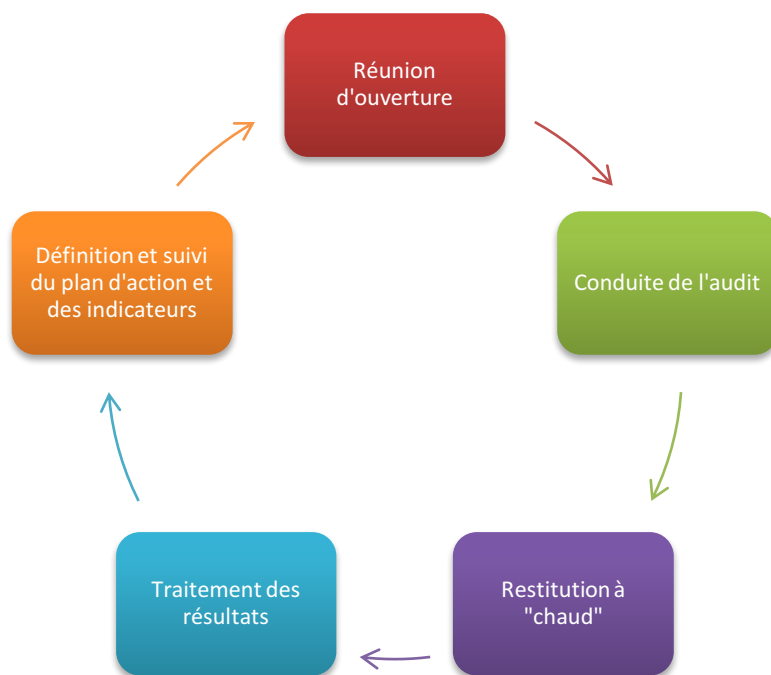
Exemple :

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Équipe ou résident et/ou proches
Organisation de l'entrée en EHPAD		L'entrée directe (depuis domicile) ou le transfert (depuis service de soins) sont planifiés et organisés avant l'admission ?	E
Organisation de l'entrée en EHPAD		Le projet d'entrée associe le résident et son entourage, et tient compte du point de vue du résident et/ou de son entourage ?	E/R
Organisation de l'entrée en EHPAD		Le médecin généraliste référent est informé de l'entrée en EHPAD de son patient ?	E

Une fois la grille d'évaluation créée, la fiche « interview du résident » a été construite par le même groupe de travail. Celle-ci reprend les items suivants, pour l'ensemble des services par lesquels le patient puis résident est passé :

- L'accueil dans l'établissement
- L'accueil dans le ou les services
- Le séjour dans le ou les services
- Le suivi du traitement
- Le transfert s'il a eu lieu

#### 2.1.4 Le déroulement de l'audit résident-traceur



**Figure : Déroulement d'un audit interne**

Dans le cas d'un audit patient-traceur, en amont de la réunion d'ouverture, les auditeurs contactent l'équipe médico-soignante du service concerné la veille de l'audit pour savoir si des patients hospitalisés correspondent au profil recherché. C'est l'ensemble du parcours du patient qui doit être analysé. C'est-à-dire, les questions doivent porter sur l'admission, l'accueil et la prise en charge dans tous les services par lesquels le patient est passé et non uniquement sur la prise en charge effectuée par le service dans lequel il se trouve au moment de l'audit. Ensuite, le patient doit être au plus proche de la sortie ou dans le cas contraire avoir été hospitalisé au moins 48 heures. De plus, l'état de santé du patient doit permettre de réaliser l'entretien et le patient doit donner son accord. Dans la plupart des cas 2 à 3 dossiers correspondant au profil sont sélectionnés en amont (la veille ou le matin même de l'évaluation). Les patients dont les dossiers sont présélectionnés sont informés par le cadre du service, qui leur explique la démarche, leur remet le document d'information, les informe de la consultation de leur dossier et leur demande leur accord. Le consentement oral du patient est suffisant et doit être tracé. Ce sont les évaluateurs qui choisissent le patient le jour de l'évaluation et le cadre du service informe le patient retenu (et les autres).

Dans le cas du résident-traceur la procédure est légèrement modifiée. En effet, il est préférable de faire l'audit à 1 à 3 mois après l'entrée en EHPAD afin que le résident puisse se souvenir au mieux de son parcours de prise en soin depuis l'entrée dans

l'établissement. Il est également opportun d'effectuer l'audit auprès de résidents qui sont dans l'établissement depuis au moins un an, lorsqu'ils sont en mesure de répondre aux questions afin d'obtenir une évaluation de l'accompagnement sur une durée plus longue. Par ailleurs, seuls certains parcours permettent la pré-sélection du dossier la veille de l'audit. Cependant, pour l'étude de parcours des résidents présentant des troubles du comportement, par exemple pour l'audit du résident en UVA, il faut s'y prendre plus tôt pour prévenir les familles et s'assurer de leur disponibilité le jour de l'audit. Bien qu'il soit préférable d'auditer le résident lui-même, il m'a semblé préférable d'avoir le retour des familles que d'abandonner l'évaluation de l'accompagnement proposé à ces résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Le jour de l'audit, en réunion d'ouverture, les audités et auditeurs se présentent et un rappel de la finalité et du déroulement de l'audit est effectué. Cette étape est essentielle pour la bonne conduite de l'audit. En effet, j'ai pu observer que malgré les nombreuses communications effectuées par la Cellule qualité et moi-même et le travail effectué en groupe, lors de l'audit, certains agents étaient encore perdus à la fois sur l'organisation et le déroulé et sur l'objectif de cette évaluation. Par ailleurs, le résident audité est déjà sélectionné et prévenu de sa participation et son consentement est de nouveau recueilli, nous avons également prévenu les proches et sollicité leur présence.

Concernant la conduite de l'audit, l'équipe médico-soignante qui s'occupe du résident audité est présente, *a minima*, le médecin référent, un cadre, l'infirmier coordonnateur et un soignant. Les items de la grille précédemment constituée sont évalués un par un avec l'équipe. **(Voir annexe n° 1 : Grille audit résident-traceur).**

Puis un binôme médecin-cadre ou médecin-soignant rencontre le résident pour recueillir ses appréciations. Lors de l'audit, il est important de rappeler et de garder à l'esprit qu'il s'agit d'une objectivation à visée méliorative et non une remise en cause du travail des agents. Les audités se sentent souvent obligés d'expliquer ou de justifier certaines situations lorsqu'un item n'est pas effectué ou qu'une traçabilité est manquante.

Une fois l'audit terminé, une synthèse « à chaud » est réalisée avec la présence de l'ensemble des audités et des auditeurs. Elle permet d'éviter les surprises lors de la réunion de clôture et de s'assurer que tout le monde a bien observé et compris les mêmes choses. C'est également à ce moment que j'ai recueilli les impressions et retour des audités (équipe et résident) et des auditeurs sur ce type d'évaluation.

Enfin, je me suis chargée de la synthèse des résultats que j'ai présentée en réunion de clôture. Cette réunion a débouché sur la constitution d'un groupe de travail chargé de l'élaboration du plan d'action, avec notamment le repérage d'actions à mettre en place à très court terme concernant la traçabilité de l'évaluation de la douleur.

## **2.2 L'analyse des résultats des audits résident-traceur**

L'analyse des résultats est une étape cruciale de l'audit résident-traceur, c'est à la suite de cette analyse que les équipes, en collaboration avec la cellule qualité établissent un plan d'action d'amélioration pour corriger les non-conformités observées. Les audits ont été effectués au sein de deux structures différentes, ainsi, les résultats feront l'objet de deux sous-parties.

### **2.2.1 L'audit du parcours SSR – EHPAD**

Le premier audit a été réalisé à l'EHPAD « Les Orchidées » du site de Carvin dans le Pas-de-Calais. C'est cet établissement qui a fait l'objet d'une inspection « Bienveillance » en 2015. Le profil recherché pour cet audit était celui d'un résident entré dans l'EHPAD depuis au moins 1 mois après un transfert depuis le service de SSR du site de Seclin (Nord). L'objectif de l'audit était d'évaluer à la fois la prise en charge en SSR puis l'accompagnement en EHPAD et surtout la coordination entre les services de SSR de Seclin et l'EHPAD situé à Carvin. Le jour de l'audit une résidente correspondait au profil et a bien voulu y participer. Son fils présent également ce jour n'a pas souhaité participer à l'entretien ni rester présent.

L'analyse des résultats sera développée par thématique afin d'avoir une vision globale des points forts de l'établissement et des points d'amélioration. Avant tout, sur les 139 items de la grille d'évaluation, 45 d'entre eux n'étaient pas applicables pour le parcours étudié. Ces derniers concernent essentiellement les mesures d'éducation thérapeutique qui peuvent être mise en place pour certains résidents, la gestion des événements indésirables (ce qui n'est pas arrivé à cette résidente) et la fin de vie, cette résidente n'était pas concernée.

#### **A) L'organisation de l'entrée en EHPAD**

Concernant l'organisation de l'entrée en EHPAD, l'ensemble des items étaient conformes. En effet, le transfert depuis le service de SSR a été bien organisé et planifié en amont de l'admission. Ce projet d'entrée a associé le résident et son entourage. L'admission s'est effectuée avec le consentement éclairé de la résidente qui a bien pris conscience après deux fractures consécutives du fémur qu'elle n'était plus en mesure de rester chez elle. Le médecin de ville de la résidente a bien été destinataire d'un courrier de sortie exhaustif sur l'état de santé de sa patiente, sur la continuité des soins et sur son entrée en EHPAD. Cependant, ce courrier a été envoyé par le service de SSR et non par l'EHPAD. C'est avec étonnement que les membres de l'équipe se sont aperçus que



l'organisation et la planification de l'entrée dans l'établissement était conforme à 100% aux exigences retenues par le groupe de travail comme étant pertinentes et essentielles. C'est aussi l'un des aspects positifs de l'audit rétrospectif et de parcours : mettre en valeur les actions réalisées au quotidien par les agents.

B) L'admission et l'accueil du résident et de son entourage

Pour l'étape de l'admission de la résidente au sein de l'EHPAD, 9 items sur les 10 évalués sont conformes aux exigences. Ainsi, une procédure d'admission est suivie, cependant, elle n'était pas au moment de l'audit formalisée et disponible au niveau de la gestion documentaire. Cela a été un point prioritaire du plan d'action. En outre, le dossier informatique et papier permettent de retrouver facilement l'ensemble des modalités d'entrée (provenance de la résidente, transfert, date et heure d'entrée, mode d'admission...). Par ailleurs, lors de l'élaboration de la grille, une vigilance a été portée sur la vérification de l'identité des résidents à l'entrée, notamment dans le cas d'un transfert depuis un autre service, afin de s'assurer que la bonne personne est au bon endroit. Cet item est apparu peu pertinent dans le cadre d'une entrée en EHPAD, par rapport au sanitaire. En effet, une visite de pré-admission est organisée. Le médecin, le cadre et l'infirmier coordonnateur (IDEC) rencontrent la personne et sa famille avant l'entrée.

Pour cette résidente et pour s'adapter à son état, la visite de pré-admission a été effectuée par le médecin de l'EHPAD dans le service de SSR, ce point est une des forces de l'établissement. J'ai tenu à le valoriser au moment de l'audit et lors de la synthèse. Par la suite, une visite de la structure a été effectuée par la résidente et son fils. Dans le cadre de la prise en charge de sa pathologie, les traitements nécessaires ont été demandés à la pharmacie à usage interne (PUI) en amont de l'entrée, la consultation de traumatologie a été programmée avant l'entrée, l'information a été transmise à l'équipe de l'EHPAD pour organiser le transport. De plus, le délai d'attente a été satisfaisant pour la résidente et pour le personnel. La demande d'entrée en EHPAD a été faite une semaine après l'entrée en SSR. Après la commission d'admission, elle a été inscrite sur la liste d'attente et elle est entrée dès qu'une place s'est libérée. C'est l'un des avantages de l'organisation en filière, la résidente n'a pas eu de rupture ni dans sa prise en soins ni dans son accompagnement en EHPAD et elle a pu se préparer à son nouveau mode de vie. La résidente et son entourage ont eu les informations nécessaires à l'organisation de l'admission. Le consentement éclairé a été recherché et obtenu avant l'admission dans l'établissement. Dans l'ensemble, la résidente était très satisfaite de l'organisation de son admission, cependant, elle a été très contrariée du rangement de son linge dans des sacs plastiques dans le service de SSR.

Concernant l'accueil physique du résident le jour de l'entrée, 6 items sur les 7 respectent les exigences. Ainsi, son accueil a été réalisé par une personne désignée, habituellement l'IDEC s'en charge, et en cas d'absence c'est l'IDE du service. Ses conditions d'accueil (lieu et durée d'attente) ont été satisfaisantes. En effet, la résidente est très satisfaite de l'organisation de son admission et de l'accompagnement. Cependant, le livret d'accueil est déposé dans la chambre. La résidente n'en a pas eu connaissance et aurait aimé le lire.

Pour l'accueil de l'entourage, 1 item sur les 3 n'était pas applicable, il concerne l'organisation d'un accueil spécifique en cas de situations grave. Les 2 autres sont conformes aux attentes. En outre, les conditions d'accès de son entourage sont adaptées (horaires de visite, repas dans l'établissement, sortie avec le résident ...). Dans l'établissement, théoriquement les visites s'organisent entre 11h et 19h mais il est possible de venir à d'autres horaires en prévenant les soignants. Les sorties avec le résident sont possibles s'il n'y a pas de contre-indication.

Pour terminer, un item concernant le lien avec la ville a été évalué. Il semblait important d'observer si les médecins référents de ville étaient informés de l'entrée de leur patient dans l'EHPAD. Cet item n'a pas été conforme aux attentes. En effet, le service de SSR envoie un courrier exhaustif sur la prise en charge du patient et l'informe du transfert en EHPAD. Cependant, le médecin référent de la résidente dans l'EHPAD, ne prend pas contact avec lui pour l'informer de l'entrée dans l'EHPAD où elle est effectivement accompagnée.

### C) Le séjour du résident

L'évaluation du séjour du résident s'effectue en plusieurs sous-étapes, qui sont détaillées ci-dessous :

#### L'évaluation médicale initiale

Sur les 26 items étudiés, 4 n'étaient pas applicables au parcours observé, et 3 étaient non-conformes. Ainsi, le dossier médical de la résidente était complet, l'ensemble des informations suivantes y figuraient : coordonnées du médecin désigné par le patient et les coordonnées du médecin qui a adressé la résidente. Après information, la résidente a choisi le médecin de l'EHPAD comme médecin référent. Par ailleurs, le médecin responsable est bien désigné dans le dossier patient informatisé (DPI). Le document médical à l'origine de l'entrée est disponible sur le DPI, de même que le motif d'entrée, les antécédents et les facteurs de risques de la résidente, dans ce cas il n'y a pas de facteurs de risque. Il n'y a pas eu de repérage des troubles suicidaires au moment de l'audit,

l'évaluation avec la psychologue est programmée dans les 3 mois suivants l'entrée quand il n'y a pas de risque, cependant, la résidente a indiqué souffrir parfois d'angoisses.

Une visite médicale est programmée dès l'entrée dans le structure. Ainsi, dans le cadre du repérage des troubles nutritionnels, un suivi du poids est effectué tous les mois, cependant, pas celui de la taille. L'évaluation initiale médicale est complète, toutes les informations se trouvent dans le DPI et sont faciles d'accès pour le médecin. Par ailleurs, le rapport bénéfices/risques est pris en compte dans l'accompagnement. Pour l'instant, le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) n'est pas rédigé, mais il est prévu au mois de septembre, la résidente étant entrée depuis un peu plus de 3 semaines au moment de l'audit. L'évaluation initiale des capacités a été effectuée, le recueil des habitudes de vie est en cours. Dans le dossier, on note cependant, qu'un examen complémentaire sur deux est bien justifié (le bilan biologique est daté et signé mais le dossier n'indique pas la raison de ce bilan. Par contre, la consultation de traumatologie est datée, signée et justifiée). En matière de traçabilité les pratiques ne sont pas les mêmes d'un médecin à l'autre. Concernant l'information donnée et le recueil du consentement pour effectuer les examens complémentaires, l'information n'est donnée qu'au moment de la réalisation de l'acte, et il n'y a pas de traçabilité du recueil du consentement. La résidente a été informée au moment de l'acte et elle n'a pas refusé.

Les délais d'obtention de rendez-vous et les délais de retour des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge de la résidente. La consultation a été programmée avant l'entrée en EHPAD et le courrier a été donné à la sortie.

Le traitement personnel de la résidente à l'admission a été pris en compte. Pour la prescription d'injectables, les modalités de dilution, de la vitesse et de la durée de perfusion, en clair ou par référence à un protocole préétabli à dispensation contrôlée, sont précisées dans le dossier de la résidente.

La décision de mise en œuvre des mesures de limitation de liberté est motivée et tracée dans le dossier (DPI et transmission). On retrouve la présence de la prescription et du motif, mais il n'y pas de traçabilité de l'information et du consentement de la résidente. La résidente ayant eu les 2 jambes fracturées, la barrière de lit a été mise en place sans en informer la résidente. Cependant, la résidente a elle-même demandée qu'elle soit maintenue.

L'évaluation initiale médicale de la résidente est réalisée dans un délai adapté à son état de santé, le jour de l'entrée et de nouveau quand cela a été nécessaire.

On note, qu'en matière de traçabilité, il y a un manque et les pratiques ne sont pas homogènes entre professionnels. Un soignant va tracer plus facilement le refus de prendre une prescription que le fait qu'il est donné telle ou telle information ou qu'il a bien recueilli le consentement de la personne avant tout acte.

## L'évaluation initiale paramédicale

Sur les 11 items, 4 n'étaient pas applicables et 3 n'étaient pas conformes.

Sont tracés dans le dossier, dans la fiche de recueil des données, certains des éléments de connaissance de la résidente (son mode de vie, ses besoins et ses attentes). Ce recueil était en cours lors de l'audit, seule l'évaluation des capacités de la résidente a été effectuée la 1<sup>ère</sup> semaine. On retrouve également : l'identité de la personne de confiance (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec la résidente) et l'identité de la personne à prévenir (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient). L'évaluation des troubles éventuels de la déglutition, le profil gériatrique justifiant une aide à l'administration et les informations nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées ont été effectués au niveau du SSR et n'ont pas été renouvelés lors de l'entrée en EHPAD. L'évaluation des capacités est tracée au niveau des observations.

Il n'y a pas d'évaluation de la douleur effectuée ni tracée dans le dossier. C'est également un écart qui a été relevé lors du deuxième audit. La résidente a une prescription d'antidouleurs à prendre si besoin mais aucune évaluation n'a été effectuée.

Enfin, la planification du projet d'accompagnement personnalisé est en cours d'élaboration.

## Le suivi médical sous traitement

Sur les 14 items étudiés, 9 n'étaient pas applicables et 4 étaient non conformes.

Les modifications éventuelles des prescriptions sont réalisées de manière conforme aux bonnes pratiques (datées, signées, lisibles). Cependant, l'information donnée à la résidente et à ses proches sur son état de santé, sur ses examens, et sur ses traitements n'est pas tracée.

Les réunions de synthèse et les interventions d'autres intervenants ne sont pas tracées dans le dossier.

## L'administration du traitement et suivi paramédical

14 items ont été observés dans la sous étape de la prise en charge soignante. Parmi eux, 7 ne concernaient pas le parcours de la résidente audité et 5 n'étaient pas effectués par l'équipe.

Le support de traçabilité de l'administration des traitements est adapté mais des améliorations sont encore à faire au niveau de la longueur et sur le fait qu'il soit encore trop médical.

Dans le dossier on retrouve la date, l'heure et le nom de l'infirmière ayant administré le traitement, mais pas l'aide à l'administration.

On retrouve 2 non-administrations dans le dossier de la résidente, seule l'une d'elle retrace le motif et l'information.

Pour toute prescription, la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription n'est pas tracée, idem pour l'information donnée à la résidente et à ses proches.

Cet item a soulevé un débat sur sa pertinence, l'équipe estime que tout résident est bien connu de l'équipe qui l'accompagne. Cependant, il m'a semblé important de rappeler que les équipes sont amenées à changer, que pour pallier l'absentéisme, l'établissement fait appel à des intérimaires ou au pool de remplacement qui ne connaissent pas forcément les résidents. Le deuxième audit résident-traceur effectué dans un autre EHPAD a permis de trouver une solution, qui a été déployée à l'EHPAD de Carvin.

### Le suivi des autres intervenants

Cette thématique comprend un seul item. Il vérifie la traçabilité des actes prodigués par les autres intervenants ponctuels comme le kiné, la psychologue, la diététicienne, la psychomotricienne. La résidente a des séances de kiné avec un kinésithérapeute libéral. Ses interventions sont tracées au niveau du classeur en salle de rééducation, en effet, les intervenants libéraux n'ont pas accès au DPI.

### L'accompagnement

Cette thématique évalue 9 items, 2 d'entre eux n'étaient pas applicables (réévaluation du projet d'accompagnement et connaissance du projet par l'équipe) car la résidente était dans l'établissement depuis peu. Son projet n'était pas finalisé et la réévaluation s'effectue après 1 an ou à la suite d'une évolution de ses capacités, de son autonomie ou à la suite d'une hospitalisation.

Une procédure d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé est suivie, cependant, elle n'était pas formalisée. La mise en conformité a été un axe prioritaire du plan d'action d'amélioration qui a permis de finaliser sa mise en œuvre.

Le recueil des habitudes de vie s'effectue par la résidente et ses proches. Il était en cours au moment de l'audit.

L'évaluation des capacités de la résidente a été effectuée la 1<sup>ère</sup> semaine, la procédure indique qu'il est réalisé dans les 15 premiers jours suivant l'entrée.

Le projet d'accompagnement personnalisé est rédigé par une équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec le résident et/ou ses proches dans les 3 mois

suyvants son entrée. Dans ce cas précis, il était planifié dans les 3 mois suivant l'entrée de la résidente.

La résidente est satisfaite de l'accompagnement qui lui est proposé, elle se sent comme chez elle, mais elle reste un peu anxieuse.

### L'aide aux aidants

Cet item est à destination des proches, le fils n'a pas souhaité participer à l'audit. Cependant, les soignants ont transmis l'information sur l'aide aux aidants proposée par la Maison des aidants de Carvin lors de la visite de pré-admission. Voyant le mal-être du fils, l'équipe a sollicité la maison des aidants pour qu'elle prenne l'initiative d'appeler le fils.

#### D) Les thématiques transversales

### Les droits du patient/résident

7 points d'attention sont évalués, 1 n'était pas applicable et les 6 autres étaient conformes. Ainsi, les besoins et attentes de la résidente et de son entourage ont été recherchés et pris en compte. De même, l'expression de la résidente et de ses proches a été favorisée. En effet, le fils recherché un EHPAD proche de chez lui, car il accompagne sa femme en soins palliatifs et la résidente souhaitait pouvoir participer aux activités et manger avec du monde.

Le ressenti de la résidente sur les aspects liés à l'écoute, la considération, la disponibilité des professionnels ou l'information est très positif.

Des actions spécifiques pour cette résidente, visant la promotion de la bientraitance (respect de ses convictions religieuses, pris en compte du handicap, groupe de parole et de soutien...) sont mises en place : aide à la toilette, soins quotidiens, aide au maintien des acquis par les activités. La résidente a souhaité avoir des repas mixés, alors qu'il n'y avait pas d'indication médicale, le personnel a respecté son souhait.

Les conditions de réalisation des soins respectent la dignité et l'intimité de la résidente, ils sont effectués en chambre, les chambres sont individuelles avec porte fermée. De plus, une pancarte indique que des soins sont en cours.

Les conditions d'hébergement respectent la dignité et l'intimité de la résidente. Elle n'a pas émis de plaintes ou de réclamations à ce sujet et a exprimé sa satisfaction.

La confidentialité des informations relatives à la résidente (échange d'informations concernant la résidente, ...) est assurée.

## La fin de vie

La thématique de la fin de vie ne concernait pas le parcours étudié. Les éléments investigués sont les suivants :

- Le résident est informé de ses droits et de sa maladie.
- Les volontés du résident ont été tracées (le cas échéant, conservation des directives anticipées). Des réunions de discussion pour ce résident sont mises en œuvre. Elles permettent la réflexion sur le bien-fondé de certains traitements au regard du bénéfice pour le résident.
- Le projet pour le résident et ses proches est défini et tracé dans le dossier.
- L'accès aux associations et bénévoles a été facilité.
- Une aide aux soignants du résident est proposée.

## La continuité et la coordination des soins

Les 4 items évalués pour cette étape sont tous conformes.

Lors du transfert du service de SRR vers l'EHPAD, toutes les données permettant la continuité des soins sont retrouvées dans le dossier de la résidente.

Il existe un référent aide-soignant et un référent médical pour assurer l'accompagnement de la résidente, cette information est tracée dans le dossier.

Toutes les ressources/compétences sont disponibles 24h/24.

Les professionnels ont pu avoir accès à des avis compétents dans l'établissement ou à l'extérieur si nécessaire.

## L'urgence vitale

La résidente n'a pas été concernée par une urgence vitale.

## La gestion des données du résident

Parmi les 8 items évalués, 7 sont conformes.

La résidente et l'épisode de soins sont identifiés complètement pour chaque composante du dossier. Ainsi, tous les éléments écrits comportent l'identification du rédacteur, la date et l'heure de rédaction, de façon lisible et indélébile.

Le classement, le rangement et l'ergonomie du dossier sont satisfaisants. Les dossiers sont facilement accessibles à tous les acteurs de soins pendant le séjour. En effet,

le médecin auditeur indique trouver aisément l'ensemble des informations, l'établissement est bien lancé dans l'informatisation du dossier des résidents.

Les données issues des hospitalisations antérieures ou des consultations sont aisément accessibles.

La communication du dossier entre professionnels se fait en temps utile.

L'accès à l'information est aisé, notamment en cas de double support informatique et papier. L'utilisation du support papier reste à la marge. L'ensemble des informations sont sur le support informatique.

La résidente n'a pas été informée sur ses droits d'accès à son dossier. Ces informations se trouvent dans le livret d'accueil, que la résidente n'a eu, son fils l'a pris.

### La gestion des événements indésirables

Ce domaine n'a pas été évalué lors de l'audit car il n'a pas concerné la résidente audité. Les items sont les suivants :

- Si un événement indésirable a concerné ce résident : cet événement a-t-il été signalé ?
- Une analyse de cet événement a-t-elle été réalisée ?
- Une action d'amélioration a-t-elle été mise en place ?
- Le résident a-t-il été informé en cas de dommage et l'information donnée au résident et/ou à ses proches a-t-elle été tracée ?

### Les démarches d'EPP

1 item évalue si les professionnels sont impliqués dans une ou des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), ce qui est le cas à la fois pour les soignants et les médecins. Différents groupes d'EPP sont en place et pilotés au niveau de la cellule qualité du GHSC.

### L'environnement

Pour cette thématique, 1 item évalue si l'information donnée à la résidente et à l'entourage en cas d'isolement (risque infectieux) est réalisée et tracée. L'information a bien été donnée à la résidente et à son fils. Il n'est pas tracé dans le dossier que l'information a été donnée.



## E) Synthèse des résultats

139 items sont évalués. Ils sont regroupés dans 4 grandes étapes de l'accompagnement d'un résident et classés dans 20 sous-étapes.

En comptabilisant les 45 items qui n'étaient pas applicables pour le parcours étudié, sur les 139 items, 75 sont conformes et 19 non conformes.

Il est important de prendre en compte que 45 items, soit 32%, n'ont pas pu être évalués. En effet, lors d'un audit résident ou patient-traceur, l'évaluation se fait uniquement sur le parcours étudié, sont laissés de côté certains items car ils n'ont pas concerné la résidente en question.

<i>Items conformes</i>	75	54%
<i>Items non conformes</i>	19	14%
<i>Items non applicables</i>	45	32%
<i>Total</i>	139	100%

Pour ne pas biaiser les résultats, nous ne prenons pas en compte les items qui ne concernent pas l'accompagnement de la résidente, nous obtenons alors les résultats suivants :

<i>Items conformes</i>	75	80%
<i>Items non conformes</i>	19	20%
<i>Total</i>	94	100%

L'accompagnement proposé à la résidente est conforme aux attentes à 80%, c'est l'objectif fixé par la cellule qualité lors d'un premier audit résident-traceur. L'établissement est dans la cible et son objectif est de s'améliorer.

Le tableau suivant reprend de manière synthétique les points positifs et les points d'amélioration recueillis au moment de l'audit. C'est sur la base de cette synthèse que le groupe de travail à élaborer son plan d'action d'amélioration.

Domaine/ thématique	Points positifs	Points à améliorer
<b>Admission</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation et modalité d'entrée</li> <li>- Qualité de l'information</li> <li>- Confidentialité</li> <li>- Conditions d'accueil et d'accès du résident et de son entourage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser la procédure d'admission</li> <li>- Remise du livret d'accueil</li> <li>- Contacter le médecin traitant de ville</li> </ul>
<b>Evaluation initiale médicale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatisation du dossier</li> <li>- Exhaustivité des informations pour la continuité des soins</li> <li>- Facilité d'accès aux informations pour le personnel médical et soignant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de la douleur</li> <li>- Information des examens complémentaires et recueil du consentement</li> </ul>
<b>Accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planification du PAP</li> <li>- Recueil des habitudes de vie</li> <li>- Evaluation des capacités</li> <li>- Respect des souhaits de la résidente</li> <li>- Satisfaction de la résidente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser la procédure d'élaboration des PAP</li> <li>- Accompagnement lors de consultations à l'extérieur</li> </ul>
<b>Administration du traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Support existant</li> <li>- Traçabilité dans le dossier de la non-administration et motif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Support trop long et trop médical</li> <li>- Information donnée à la résidente sur le traitement</li> <li>- Harmonisation des pratiques de traçabilité</li> <li>- Vérification de l'identité</li> </ul>
<b>Droits du résident</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consentement éclairé</li> <li>- Ecoute et prise en considération du résident et sa famille</li> <li>- Respect de la dignité et intimité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information du résident sur la personne de confiance</li> <li>- Information du résident sur les directives anticipées</li> </ul>
<b>Continuité et coordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination lors du transfert</li> <li>- Information exhaustive pour assurer la continuité des soins</li> <li>- 1 référent soignante et 1 référent médical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information sur le droit à l'accès au dossier médical</li> </ul>
<b>Aide aux aidants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information complète lors de la visite de pré-admission</li> <li>- Sollicitation de la maison des aidants pour contacter le proche si nécessaire</li> </ul>	

### 2.2.2 L'audit du parcours UCC – UVA

Le deuxième audit a été réalisé à l'EHPAD « Les Augustines » du site de Seclin dans le Nord. Le profil recherché pour cet audit était celui d'un résident admis en UVA depuis au moins 1 an après un passage en UCC. L'objectif de l'audit était d'évaluer à la fois la prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées ayant des troubles du comportement et la coordination entre les services de soins du site de Seclin. Une résidente correspondait au profil et son tuteur a bien voulu y participer. La résidente est entrée dans l'établissement en 2015 via le court séjour gériatrique, une fois sa prise en charge aigue traitée et présentant des troubles du comportement, elle a été transférée au sein de l'UCC. Son état s'est ensuite stabilisé et un renouvellement de demande d'entrée en EHPAD a été fait. Après la visite de pré-admission, la famille a été informée qu'une place se libérait. La résidente est entrée en mars 2016 dans l'EHPAD.

Suite au premier audit, la grille d'évaluation a été remaniée. En effet, certains items plutôt intéressants dans le secteur sanitaire ne se prêtaient pas du tout au secteur médico-social et d'autres ont semblé répétitifs. Ainsi, sur les 139 items de la grille d'évaluation, 4 ont été supprimés, la grille utilisée évalue 135 thématiques.

Parmi les 135, 36 n'étaient pas applicables pour le parcours étudié. Ils concernent essentiellement les mesures d'éducation thérapeutique qui peuvent être mise en place pour certains résidents, la gestion des événements indésirables et la fin de vie.

Dans un souci de concision, les résultats seront présentés de manière synthétique, la grille complète se trouve en annexe. **(Voir annexe n° 1 : Grille audit résident-traceur).**

En comptabilisant les 36 items qui n'étaient pas applicables pour le parcours étudié, sur les 135 items, 88 sont conformes et 11 non conformes.

Il est important de prendre en compte que 36 items, soit 25%, n'ont pas pu être évalués.

<i>Items conformes</i>	88	65%
<i>Items non conformes</i>	11	8%
<i>Items non applicables</i>	36	25%
<i>Total</i>	135	100%

Pour ne pas biaiser les résultats, nous ne prenons pas en compte les items qui ne concernent pas l'accompagnement de la résidente, nous obtenons alors les résultats suivants :

<i>Items conformes</i>	88	89%
<i>Items non conformes</i>	11	11%
<i>Total</i>	99	100%

L'accompagnement proposé à la résidente au sein de l'EHPAD est conforme aux attentes à 89%, l'objectif fixé par la cellule qualité lors d'un premier audit résident-traceur de 80% est dépassé. L'établissement est en bonne voie si l'on se repère à la roue de la qualité. Le plan d'action d'amélioration permettra de pallier aux écarts relevés.

Le tableau suivant reprend de manière synthétique les points positifs et les points d'amélioration recueillis au moment de l'audit.

Domaine/ thématique	Points positifs	Points à améliorer
<b>Admission</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation et modalité d'entrée</li> <li>- Qualité de l'information</li> <li>- Confidentialité</li> <li>- Conditions d'accueil et d'accès du résident et de son entourage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remise du livret d'accueil</li> <li>- Contacter le médecin traitant de ville</li> </ul>
<b>Evaluation initiale médicale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exhaustivité des informations pour la continuité des soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de la douleur</li> <li>- Information des examens complémentaires et recueil du consentement</li> <li>- Utiliser davantage le support informatique</li> </ul>
<b>Accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PAP</li> <li>- Recueil des habitudes de vie</li> <li>- Evaluation des capacités</li> <li>- Respect des souhaits de la résidente</li> <li>- Satisfaction de la résidente et de sa famille</li> <li>- Information sur la contention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser la procédure d'élaboration des PAP</li> <li>- Partage d'information avec la famille</li> <li>- Traçabilité de l'évaluation de la douleur</li> </ul>
<b>Administration du traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Support de vérification de l'identité</li> <li>- Respect du refus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information du tuteur</li> <li>- Harmonisation des pratiques de traçabilité</li> </ul>
<b>Droits du résident</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecoute et prise en considération du résident et sa famille</li> <li>- Respect de la dignité et intimité</li> </ul>	
<b>Continuité et coordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination lors du transfert</li> <li>- Information exhaustive pour assurer la continuité des soins</li> <li>- 1 référent soignante et 1 référent médical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information sur le droit à l'accès au dossier médical</li> </ul>
<b>Aide aux aidants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information complète lors de la visite de pré-admission</li> <li>- Proposition d'un suivi psychologique</li> </ul>	

La famille est satisfaite de l'accompagnement de leur proche au sein de l'établissement, il compare l'établissement à un « cocon ». Les proches ont émis le souhait d'avoir une rencontre semestrielle avec l'équipe, en effet, il regrette devoir aller à la « pêche aux informations » et ne pas avoir un temps d'échange à l'initiative du personnel. Lors de

l'entretien, ils ont évoqué la différence d'accompagnement avec le court séjour gériatrique, où ils n'ont pas reçu d'informations et n'ont pas été prévenus de la mise en place d'une contention. Ils indiquent également le manque de dialogue et parfois « l'irrespect des professionnels de l'UCC » qui ont eu un comportement « infantilisant ». Par ailleurs, la résidente hospitalisée pendant une période de travaux n'était « pas installée dans de bonnes conditions ».

En conclusion, l'accompagnement proposé par les EHPAD du GHSC répondent aux besoins et attentes des usagers et de leur famille. Les résultats de l'évaluation sont satisfaisants et les équipes ont été sensibilisées aux points d'amélioration notamment sur la traçabilité et l'évaluation de la douleur. Les écarts relevés sont à peu près identiques dans les 2 établissements. Les axes d'améliorations ont été ajoutés aux plans d'action d'amélioration issus des évaluations interne et externe de chaque établissement.

#### Les actions d'amélioration mise en place suite à l'audit :

L'une des actions d'amélioration relevée lors du 1<sup>er</sup> audit a trouvé une solution lors du 2<sup>nd</sup> audit. En effet, l'EHPAD de Seclin a mis en place un support permettant aux nouveaux arrivants d'identifier les résidents lors de l'administration des traitements. Cette pratique a été proposée puis mise en place à l'EHPAD de Carvin.

Un groupe de travail piloté par une cadre de santé et moi-même et composé de professionnels des 3 EHPAD du GHSC a été constitué pour créer, harmoniser, adapter et informatiser le support de recueil d'habitudes de vie, le support d'évaluation des capacités du résident et le support de rédaction du projet d'accompagnement, en tenant compte de la réglementation. Le support est opérationnel depuis la fin du stage. Ce groupe de travail, s'occupe désormais de formaliser et harmoniser la procédure d'admission.

Un travail sur le long terme reste à faire pour sensibiliser les professionnels à l'évaluation de la douleur, (fixée comme une priorité), et sur la traçabilité. Néanmoins, les professionnels ont pu observer qu'un bout de chemin avait déjà été parcourus et que les efforts doivent se poursuivre.

Le personnel soignant et médical s'est engagé dans la programmation d'entretiens semestriels avec le résident et leurs proches, afin d'informer les familles sur l'évolution de l'état de santé.

Une réflexion est en cours sur l'accompagnement des résidents devant effectuer des examens à l'extérieur lorsque les proches ne sont pas disponibles pour les accompagner.

Le médecin référent de l'EHPAD a soulevé l'importance de contacter le médecin de ville pour l'informer de l'entrée de son patient au sein de l'EHPAD, information dont il n'a pas été destinataire.

## 2.3 L'évaluation de l'audit résident-traceur

### 2.3.1 Le retour d'expérience des audités et des auditeurs

Afin de compléter la démarche, les audités et auditeurs ont eu droit à leur entretien pour donner leurs opinions sur la mise en place régulière d'audits résident-traceur.

Ainsi, concernant la grille, elle leur a semblé complète mais certains items étaient redondants. Cette observation a été conjointe pour les auditeurs et les audités du parcours à l'EHPAD « Les Orchidées ». Cette remarque a été prise en compte pour effectuer le 2<sup>nd</sup> audit à l'EHPAD « Les Augustines ». Cette redondance des questions sur la vérification de l'identité ainsi que sur la traçabilité de l'information a surtout soulevé la question de la pertinence pour le secteur médico-social. En effet, dans le champ sanitaire, où la prise en soins est effectuée pour une prise en charge aiguë et à court terme, ces questions sont pertinentes mais elles le sont moins dans le cadre d'un accompagnement dans la vie quotidienne à moyen et/ou long terme. Ce retour a été précieux, puisque le groupe de travail pluri-professionnel ne s'est pas rendu du compte de cet aspect lors de l'élaboration de la grille. Ce 1<sup>er</sup> audit a servi, en quelque sorte, de phase test pour valider une grille d'audit résident-traceur plus adaptée.

Les audités et auditeurs notent qu'il est plus complexe d'effectuer l'audit quand le résident est hébergé depuis un long moment (cas de la résidente en UVA qui est là depuis plus d'un an). Mon avis est différent, sur une période plus longue on a une vision systémique et on peut réellement avoir une approche du parcours et de sa coordination. D'autant que dans ce cas, la résidente n'était pas en mesure de répondre aux questions, ce qui nous a permis de recueillir le ressenti de la famille, qui est très présente.

En outre les audités, plutôt stressés au début, ont apprécié l'outil qui « permet d'avoir une vision de tout le chemin déjà parcourus », notamment en matière de « traçabilité, et d'organisation ». Le retour positif des résidentes et de leur famille est source de satisfaction et de motivation pour avancer dans « ce qu'il reste à faire ». C'est l'un des points le plus souvent évoqué, l'audit effectué sur une demi-journée permet de voir à la fois tout ce qui est bien fait et ce que l'on peut encore améliorer. En effet, les professionnels ont déjà en tête à la fin de l'audit les points d'amélioration à mettre en place.

De plus, les audités ont apprécié la façon dont s'est déroulé l'audit. L'audit est préparé en amont, une communication avec un plan d'audit leur a été envoyé. Par la suite un échange par mail a été effectué pour répondre aux éventuelles interrogations restantes. L'ensemble des personnels concernés ont participé, à la fois les cadres, les soignants, les médecins et une élève directrice. Cependant, lors du 2<sup>nd</sup> audit, la cadre de santé auditée a identifié comme un manque le fait qu'elle n'est pas mobilisé d'aide-soignant. Elle indique, que pour le prochain audit « j'insisterai pour qu'un soignant participe, c'est très instructif et

permet de sensibiliser sur certaines thématiques dans le cadre de l'évolution des pratiques », « avoir le ressenti positif de la famille est important pour les soignants ». Outre la réflexion sur la participation indispensable de toutes les catégories de soignants, je note le souhait d'effectuer un autre audit.

Par ailleurs, la participation de professionnels issus des différentes structures permet un échange sur les pratiques, le cadre supérieur de santé du site de Carvin a été interpellé par le livret, identifiant chaque résident, placé dans la salle de soins. Ce livret est à la disposition des soignants qui administrent les médicaments. Cet outil permet d'éviter les erreurs d'administration qui peuvent survenir, lorsque les soignants ne connaissent pas les résidents.

Au final, le retour des équipes d'auditeurs et d'audités est positif, la démarche ne semble pas lourde et la répétition de ces audits est une demande des professionnels.

Lors de l'élaboration de mon projet de mémoire et de la conduite des deux audits, la publication de l'OMERIS sur leur test de résident-traceur en EHPAD n'était pas encore disponible. Je n'ai donc pas pu prendre en compte leurs travaux pour conduire les deux audits résident-traceur. Cependant, il m'a semblé pertinent d'intégrer à titre comparatif leur étude.

### **2.3.2 Le test effectué par le Réseau OMERIS<sup>15</sup>**

Le réseau OMERIS, est un groupe constitué de 16 EHPAD privés, 1 EHPAD associatif, 1 accueil de jour et 2 pavillons de logement, répartis dans la région Auvergne-Rhône-Alpes principalement. C'est suite à la demande des directeurs d'obtenir un état des lieux sur les prises en charge des résidents, qu'une démarche de mise en place et de test d'un audit résident-traceur a été initiée.

L'objectif était, d'une part « de disposer d'un outil permettant à la fois, d'analyser la qualité et la sécurité de l'accompagnement d'un résident tout au long de son séjour, de contribuer à une analyse pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire de l'accompagnement d'un résident, autour de temps d'échanges et d'intégrer le Résident et son expérience dans l'évaluation de l'accompagnement »<sup>16</sup> et d'autre part, « de recueillir les bonnes pratiques afin de les partager au sein des résidences et d'en faire des standards du Réseau OMERIS »<sup>17</sup>.

En termes de méthode, c'est celle du patient-traceur qui a été reprise et adaptée. En effet, des profils de résidents en fonction de critères définis en amont sont identifiés,

---

<sup>15</sup> [https://cepraal-sante.fr/wp-content/uploads/2016/11/12\\_CLAIRET\\_E\\_Resident\\_Traceur.pdf](https://cepraal-sante.fr/wp-content/uploads/2016/11/12_CLAIRET_E_Resident_Traceur.pdf)

<sup>16</sup> [http://www.synerpa.fr/maj/upload/produit/produit\\_32.pdf](http://www.synerpa.fr/maj/upload/produit/produit_32.pdf)

<sup>17</sup> [http://www.synerpa.fr/maj/upload/produit/produit\\_32.pdf](http://www.synerpa.fr/maj/upload/produit/produit_32.pdf)



leur parcours et leur dossier servent de fil conducteur de la démarche. C'est la grille patient-traceur de la HAS qui est reprise et à laquelle sont ajoutées les thématiques suivantes : vie sociale, la restauration, l'hébergement et les prises en charge spécifiques.

Sur le plan pratique de l'organisation de l'audit, deux auditeurs sont présents dans l'établissement pendant deux jours. Les grandes étapes du parcours des deux résidents sont reconstituées avec les équipes en collectif. Puis une rencontre individuelle avec les résidents a lieu. Enfin les auditeurs effectuent des temps d'observation lors des repas, animations ou transmissions ...), en parallèle une analyse du dossier est effectuée.

Une restitution est ensuite faite et un rapport mettant en évidence les « actions remarquables » et les points d'amélioration est transmis quelques semaines plus tard. Enfin, un suivi des préconisations d'amélioration est réalisé à 6 mois et un nouvel audit programmé à un an.

Avant le lancement de ces deux audits, un test a été effectué dans l'un des EHPAD, en prenant comme profil celui d'un résident en mesure de répondre lui-même aux questions et un autre en unité protégée pour faire participer les familles. Ce test a été concluant, la méthode a été appréciée par les professionnels et le planning respecté. La méthode a donc été validée.

Ainsi, la méthode permet la mise en place d'un plan d'action d'amélioration après la mise en évidence « d'écarts » lors de l'audit, notamment concernant la traçabilité au niveau du dossier. De plus, il a également permis de mettre en valeur « 15 actions remarquables, dont une deviendra en 2017 un « standard » du marqueur Soins ». Par ailleurs, Elise Clairet, en charge de la démarche qualité et de la gestion des risques du Réseau OMERIS, indique certains freins à la démarche, notamment, le temps d'immersion dans l'EHPAD, la mobilisation des équipes et l'organisation de l'audit sur les deux roulements des équipes de soins. Enfin, elle indique qu'un réajustement sera opéré pour les prochains audits.

Pour effectuer une comparaison et une analyse par rapport aux audits conduits au GHSC, je dirai que le Réseau OMERIS a bien plus développé la grille d'évaluation concernant l'accompagnement, les items sont plus précis et pertinents. Cet aspect sera repris au niveau de la grille du GHSC. Cependant, il me semble que les observations de l'accompagnement aux moments clés dépassent le champ du simple audit résident-traceur et s'apparentent davantage à une évaluation, ce qui n'est pas l'objet de ce type d'audit. Enfin, les deux audits mettent en valeur l'intérêt de la méthode dans la démarche d'amélioration continue, l'importance du dossier comme outil de coordination d'où l'importance de la traçabilité.

### **3 Analyse de l'outil dans le champ médico-social**

#### **3.1 Avantages et inconvénients d'un audit résident-traceur**

Pour rappel, la méthode du résident-traceur, inspirée de celle du patient-traceur, est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques. Elle permet d'évaluer à la fois les processus d'accompagnement et de soins, les pratiques et les interfaces entre processus. Elle permet, également, de mettre en évidence les points d'amélioration et de valoriser les pratiques remarquables des agents au quotidien.

Dans un premier temps, la méthode du résident-traceur testée dans le cadre de ce mémoire a montré sa transposabilité possible, après adaptation, au champ médico-social. En effet, ce point était soulevé au tout début de ma réflexion. Éviter l'écueil de transposer le sanitaire au médico-social était indispensable.

Dans un deuxième temps, les professionnels ont apprécié la méthode qui est rapide, une demi-journée est nécessaire pour effectuer l'évaluation. Elle n'est pas contraignante en termes de présentation et de vérification de la conformité aux items de la grille d'évaluation. En effet, le temps d'échange avec les professionnels, leur permet de constater eux-mêmes les écarts. Ainsi, ils ont également apprécié avoir les résultats de l'audit de manière instantanée.

De plus, le travail de la grille en groupe de travail et son adaptabilité ouvre la possibilité aux professionnels d'investiguer les champs souhaités. Cet aspect se révèle être un apport supplémentaire pour les évaluations interne, externe. Ainsi, l'établissement reste dans une démarche continue d'amélioration.

En outre, la méthode, orientée parcours, permet d'avoir une vision systémique de l'accompagnement proposé, et de croiser les regards du résident, des proches et des professionnels, ainsi que les écrits professionnels. Malheureusement ces écrits ne reflètent pas l'ensemble de l'accompagnement effectué, par manque de traçabilité. Par ailleurs, les deux audits ont montré la mobilisation des équipes à participer à cette évaluation et à la réitérer. Ces audits ont été l'occasion d'un partage d'expérience et d'échange autour des pratiques bien-traitantes.

Enfin, ces audits ont été l'occasion pour les professionnels de prendre du recul sur leurs pratiques, d'apprécier les retours positifs de la part des résidents et leurs familles et d'identifier les attentes et besoins de ces derniers auxquels l'organisation actuelle ne répond pas encore en totalité.

Cependant, la démarche rencontre certaines limites. En effet, un audit résident-traceur étudie de façon spécifique le parcours d'un résident et d'un profil prédéfini en amont. Comme précisée dans l'analyse des résultats, certains items ne sont donc pas évalués s'ils ne concernent pas le résident audité. Ceci réduit le champ d'investigation.

Par ailleurs, il est nécessaire de faire une grille bien adaptée au champ médico-social. En effet, lors des audits il s'est avéré que certains items n'étaient pas pertinents au vu de l'accompagnement proposé sur une durée plus longue qu'en milieu sanitaire. La grille actuelle est trop centrée sur le soin et doit davantage étoffer l'évaluation de l'accompagnement.

Enfin, l'audit nécessite la mobilisation d'un nombre important de professionnels, qui ne sont pas à même de pouvoir y participer.

### **3.2 Intérêt de la méthode dans un cadre managérial**

L'audit résident-traceur, par son objet, nécessite l'implication de l'ensemble de l'équipe qui accompagne le résident au quotidien. Ainsi, l'ensemble du personnel est mobilisé et non plus uniquement les référents qualité, comme c'est le cas lors d'une évaluation interne ou externe. Il s'avère alors être un véritable levier managérial pour impliquer davantage les professionnels dans la démarche d'amélioration continue et vers l'évolution des pratiques.

Par ailleurs, la création de la grille, par le biais de la participation de différents corps de métier, sous la responsabilité « d'un représentant de la direction » a été le moyen de renouveler l'importance de la qualité des services rendus et l'implication de la direction dans cette démarche. Cela a, également, été l'opportunité de reformuler les principaux objectifs et enjeux pour les résidents.

En effet, une véritable démarche d'amélioration de la qualité ne peut se faire sans l'investissement des professionnels, soignants, médicaux et encadrants. Ainsi, la compréhension par l'encadrement intermédiaire et par les soignants des enjeux et de l'intérêt de la démarche pour les résidents est nécessaire pour impulser et surtout suivre de manière continue la démarche d'amélioration.

En outre, la mise en valeur du travail des agents et les retours positifs des résidents et de leurs familles confortent le personnel dans leur sentiment de contribuer à la bonne marche de l'établissement et de répondre au mieux aux attentes et besoins des résidents. Ce sentiment de satisfaction est source de motivation à poursuivre leurs efforts. En effet, le personnel ne voit souvent que les plaintes et réclamations des résidents et de leurs familles (on exprime plus facilement le mécontentement que la satisfaction).

De plus, l'évaluation rétrospective permet aux professionnels de se rendre compte de l'évolution de leurs pratiques et de voir dans l'évaluation une démarche de progrès qu'ils sont en mesure de pérenniser et non une évaluation à visée de sanction.

Enfin, l'audit par le temps d'échange en collectif des professionnels exerçant dans différentes structures du pôle a permis une meilleure cohésion. Bien qu'il s'agit d'un groupe hospitalier, que les structures médico-sociales soient dans un même pôle, j'ai pu observer la non harmonisation des pratiques, des procédures et protocoles spécifiques à chaque structure... et parfois le manque de communication et de participation. La distance qui sépare les structures rend parfois difficile la communication et les échanges entre professionnels. Ainsi, des rencontres plus régulières dans un cadre d'échange de pratiques et d'évaluation d'interfaces et des processus, semble être une opportunité pour permettre une meilleure cohésion dans le pôle et au sein du groupe afin de poursuivre le même but : améliorer la qualité d'accompagnement des résidents au quotidien.

## Conclusion

Le directeur d'un établissement sanitaire, social et médico-social est responsable des activités et du fonctionnement de son établissement. Ainsi, il doit s'assurer que les prestations délivrées aux usagers répondent aux besoins et attentes de ces derniers. Il doit s'assurer qu'elles sont effectuées conformément à la réglementation et aux bonnes pratiques. En outre, le directeur est garant de la qualité et de la sécurité du service rendu à ses résidents.

Le directeur est alors le pilote de la démarche à mettre en place pour répondre à ces multiples objectifs et de l'évaluation régulière du fonctionnement de sa structure pour s'assurer que ces objectifs sont atteints. Les évaluations interne et externe, bien qu'elles soient de bons outils de l'amélioration continue de la qualité, elles se font sur de longues périodes, cinq et sept ans. Ainsi, j'ai souhaité tester la méthode du patient-traceur dans le champ médico-social.

L'audit résident-traceur s'est révélé être tout à fait transposable au champ médico-social après une adaptation des thématiques à évaluer. En outre, il est un bon outil complémentaire des évaluations, qui peut s'effectuer à une fréquence plus régulière que celles-ci. Il permet d'élaborer un plan d'action succinct pouvant répondre aux besoins et attentes des usagers à court ou moyen terme. Les apports de cette méthode sont les suivants : l'évaluation de la réalité des pratiques, l'intégration de l'expérience du résident et de sa famille, la comparaison aux bonnes pratiques, l'amélioration des pratiques et l'analyse des interfaces.

La dynamique de groupe et la participation d'une équipe au complet qu'il nécessite, favorise l'implication et surtout la coordination entre les acteurs dans le cadre d'une approche parcours. En effet, les agents se rendent compte par eux-mêmes après les échanges des points forts de leurs pratiques et des points d'amélioration.

Les tests effectués ont été concluant sur l'intérêt de l'outils dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement au quotidien des résidents. Cependant, il semble important de revoir la grille et d'y apporter des items d'évaluation de la qualité de vie au travail des agents. En effet, la qualité de l'accompagnement des résidents est indissociable de la qualité de vie des professionnels qui assurent cet accompagnement.



---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

SCHMITT M. *Bienveillance et qualité de vie*, Elsevier Masson, 2014

## Articles

- Carine Gibowski, « Vécu institutionnel en ehpad : une place pour chacun, chacun à sa place », *Cliniques* 2012/1 (n°3), p. 84-95.
- Corinne Grenier, « introduction au cahier : La personne âgée : de nouvelles frontières pour comprendre et agir », *Management & Avenir* 2009/6 (n°26) p. 127-141.
- Geneviève Ruault et al., « Bienveillance des personnes âgées dépendantes : la trousse de bienveillance du programme national MobiQual », *Gérontologie et société* 2010/2 (vol.33 / n° 133), p. 159-169.
- Jean-Jacques Amyot, « Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD », *Gérontologie et société* 2009/1 (vol. 32 / n° 128-129), p. 273-283.
- Marielle Cabaniols, « Le bonheur est dans l'ehpad : entre inflexion et réalisme », *Empan* 2012/2 (n°86), p.99-103.
- Philippe Zawieja et al., « Le professionnalisme à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer », *Cliniques* 2012/1 (n°3), p. 178-191.
  
- Camille Janet, Christine Morel et Elise Clairet, « Le résident-traceur, déployer une méthode issue de la certification V2014 », 7<sup>ème</sup> Journée Régionale Qualité et Sécurité en Santé, 13 octobre 2016 : [https://cepraal-sante.fr/wp-content/uploads/2016/11/12\\_CLAIRET\\_E\\_Resident\\_Traceur.pdf](https://cepraal-sante.fr/wp-content/uploads/2016/11/12_CLAIRET_E_Resident_Traceur.pdf)
- CNFPT INSET Angers, « Evaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico- sociaux », 11 septembre 2012, 49 pages : [http://www.cnfpt.fr/sites/default/files/2012\\_esms\\_integral\\_1.pdf](http://www.cnfpt.fr/sites/default/files/2012_esms_integral_1.pdf)
- HAS, « Le patient-traceur en établissement de santé - Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». Guide méthodologique novembre 2014.
- M. Puiboube, E. Jolly, C. Neuvialle, *Historique de la qualité*, Université de Poitiers, 2016/4.

## Recommandation s de bonnes pratiques professionnelles

L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ANESM, Décembre 2011.

### **Sites internet**

<http://www.anesm.sante.gouv.fr>

<https://www.has-sante.fr/>

### **Mémoire**

Marie SCHEFFKNECHT, « La qualité : levier du management ». Mémoire cadre de santé, Université de Strasbourg, 2012.

Jean-Marie NAZE, « L'évaluation interne et son suivi, une étape déterminante de la démarche qualité représentant des enjeux institutionnels majeurs », EHESP 2014.

### **Formation**

Formation audit patient-traceur, cellule qualité du GHSC.



---

## Liste des annexes

---

**Annexe n°1 : Grille audit résident-traceur EHPAD Seclin**

## Annexe n°1 : Grille audit résident-traceur EHPAD Seclin

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Équipe ou résident et/ou prod	Points positifs	Axes d'amélioration / Commentaires
Organisation de l'entrée en EHPAD		L'entrée directe (depuis domicile) ou le transfert depuis service de soins sont planifiés et organisés avant l'admission	E	Oui.	
Organisation de l'entrée en EHPAD		Le projet d'entrée associe le résident et son entourage, et tient compte du point de vue du résident et/ou de son entourage.	E/R	Oui. La résidente est sous tutelle, elle n'a pas expressément donné son accord mais la famille oui et la résidente semblait contente.	
Organisation de l'entrée en EHPAD		Le médecin généraliste est informé de l'entrée en EHPAD de son patient	E	Non, pas de lien avec l'EHPAD. L'UCC a effectué le courrier de sortie.	
Organisation de l'entrée en EHPAD		Si transfert depuis un service de soins, a minima, un document de sortie/synthèse du séjour du patient lisible par lui, destiné aux professionnels et disponible le jour de l'entrée, est réalisé dans le but d'assurer la continuité de la prise en charge : indications thérapeutiques, de régime, de contre-indications de style de vie, ordonnance de sortie, consignes pour le patient sur la surveillance.	E	Oui, le courrier de sortie est détaillé et lisible.	
Organisation de l'entrée en EHPAD		Les consignes données au résident sont tracées (information du résident sur son traitement de sortie, consultation de suivi, soins paramédicaux, régime, etc.) et l'ordonnance remise au résident.	E	La famille indique ne pas avoir eu d'informations ni de document lors de la sortie de l'UCC.	
Organisation de l'entrée en EHPAD		Les prescriptions sont conformes, datées, signées et lisibles prenant en compte le traitement personnel du résident.	E	oui, tracé au niveau du DPI	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Admission	Une procédure d'admission existe	E	oui, sous forme de logigramme	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Admission	Une visite de pré-admission a été organisée	E	oui, visite de pré-admission effectuée en présence de l'IDEC, du médecin co, et d'une AS. Traçabilité au niveau du dossier papier.	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Admission	Le résident et son entourage ont eu les informations nécessaires à l'organisation de l'admission	E/R	oui, au moment de la visite de pré-admission,	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Admission	Le consentement éclairé a été recherché et obtenu avant l'admission dans l'établissement	E/R	Oui, consentement de la famille. Une information détaillée au tuteur + médecin explique la situation à la résidente. Détermine le consentement en fonction du ressenti de la résidente qui est dans ce cas positif	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Admission	Le résident et /ou ses proches sont satisfaits de l'information qui leur a été donnée sur l'entrée dans l'établissement	R	oui, pour le transfert et l'admission	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Admission	Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée : provenance du résident (domicile, institution, transfert d'un autre établissement), date, heure d'entrée, mode d'admission.	E	oui	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Admission	La confidentialité de l'entretien avec le résident à l'admission a été respectée	E/R	oui, effectué dans une salle de réunion	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Admission	La pré-admission de ce résident a été organisée. Sa prise en charge est pré-organisée : planification de l'accueil, préparation de la chambre, organisation des examens et des consultations si nécessaire.	E/R	oui, chambre préparée, ensuite visite médicale effectuée	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Admission	Son délai d'attente est compatible avec sa prise en charge	E/R	entrée en UCC en novembre 2015 transfert en EHPAD le 11/03/16	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Admission	Le résident est satisfait de l'organisation de son admission	R	La famille indique être satisfaite.	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Admission	Le personnel est disponible pour répondre aux éventuelles interrogations	E/R	Oui, s'il y a une question ou une remarque le personnel l'indique sur le dossier et si plus particulier la famille reçoit une réponse par mail ou obtient un rendez-vous.	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Accueil résident	Son accueil a été réalisé par une personne désignée.	E/R	Oui, par l'AS en poste d'après-midi	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Accueil résident	Ses conditions d'accueil (lieu et durée d'attente) ont été satisfaisantes	E/R	Oui, il n'y a pas eu d'attente.	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Accueil résident	Le livret d'accueil a été remis au résident.	E/R	Pas de livret spécifique à l'époque, depuis sa création il n'a pas été remis à la famille. La famille n'a pas souvenir d'avoir eu ou non un livret d'accueil.	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Accueil résident	Le résident a reçu une information concernant les conditions de son accompagnement.	E/R	oui, information donnée à la résidente et à la famille	

Admission et accueil du résident et de son entourage	Accueil entourage	Les conditions d'accès de son entourage sont adaptées : horaires de visite, repas dans l'établissement, sortie avec le résident.	E/R	Oui	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Accueil entourage	En cas de situation grave, un accueil spécifique (espace d'information, d'écoute, et de soutien pour l'entourage) a été organisé.	E/R	NA	
Admission et accueil du résident et de son entourage	Accueil entourage	L'entourage est satisfait des conditions d'accueil et d'accès	proche	oui	
Admission du résident	lien avec la ville	Le médecin coordonnateur informe le médecin de ville de l'entrée en EHPAD de son patient	E	non	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	Les éléments suivants sont retrouvés dans le dossier médical : - les coordonnées du médecin désigné par le résident (il s'agit du médecin référent) ; - le cas échéant, les coordonnées du médecin qui a adressé le résident, si différent du médecin référent ; - le cas échéant, les coordonnées du médecin responsable du résident au cours de sa prise en charge hospitalière ;	E	oui	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	le document médical à l'origine de l'entrée : lettre du médecin qui a adressé le résident, lettre de mutation interservices, fiche des urgences, lettre de consultation hospitalière ; lettre de liaison	E	oui, lettre de sortie + synthèse de l'UCC et synthèse de la psychomotricienne	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	- le bilan fait en amont de l'hospitalisation, si applicable ;	E	oui	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	les ordonnances du résident ;	E	oui	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	le motif d'entrée, les antécédents et les facteurs de risques du résident : médicaux, chirurgicaux, allergiques, et notamment relevés des allergies médicamenteuses ;	E	oui	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	- le repérage des troubles suicidaires ;	E	NA	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	- le repérage des troubles nutritionnels : poids, taille, IMC ;	E	oui, évaluation initiale effectuée	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	- les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;	E	oui	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	Le projet de soins personnalisé prend en compte la réflexion bénéfice/risque.	E	oui, en fonction des symptômes	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	Les prescriptions d'exams complémentaires ou demandes d'avis complémentaires sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées et conformes aux bonnes pratiques.	E	Oui	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	le résident est informé et consent aux examens complémentaires que le médecin prescrit	R	Respect du refus. La résidente n'est pas en mesure d'exprimer son consentement. Famille indique ne pas être informée.	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	Les délais d'obtention de RDV et délais de retour des résultats d'exams sont compatibles avec la prise en charge du résident	E	oui	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	Le traitement personnel du résident à l'admission est pris en compte.	E	oui	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	Les prescriptions médicamenteuses sont datées, signées (par un médecin habilité à prescrire) et lisibles : poids, taille, dénomination du médicament, posologie (dosage unitaire, rythme d'administration et voie d'administration) -> IPAQSS. Absence d'abréviation (en l'absence d'informatisation).	E	oui	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	Les ordonnances pour les médicaments à risques et les médicaments à dispensation contrôlée sont préétablies.	E	NA	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	Si prescription d'injectables, les modalités de dilution, de la vitesse et de la durée de perfusion, en clair ou par référence à un protocole préétabli à dispensation contrôlée, sont précisées	E	oui	

Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	Les interventions pharmaceutiques à la suite de l'identification d'une anomalie dans la prescription sont tracées dans le dossier.	E	NA	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	En cas de restriction de liberté, la décision de mise en oeuvre de mesures de limitation de liberté est motivée (réflexion bénéfice-risque), réévaluée et tracée dans le dossier du patient (prescription médicale), et l'information du résident (et/ou entourage) et la recherche de son consentement sont tracées.	E	Oui, tracée et expliqué au tuteur pour l'EHPAD.	Au CSG ça n'a pas été le cas. La famille a été choquée.
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	Les prescriptions de surveillance sont tracées.	E	oui	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	L'information du résident sur son traitement est réalisée et tracée.	E/R	NA	La famille n'a pas connaissance des traitements, mais elle ne sent pas inquiet à ce sujet.
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	Les besoins en termes d'actions éducatives sont évalués.	E/R	NA	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	Si un besoin d'actions éducatives est identifié : - soit participation à un programme d'ETP autorisé ; - soit réalisation d'activités d'éducation ciblée (apprentissage d'un geste, d'une technique de soin, d'une autosurveillance ou d'une auto-évaluation de symptômes, en préparation d'une inclusion dans un programme d'ETP, ou en soutien du patient en l'absence de suivi éducatif structuré ; lors de l'analyse avec le patient d'un incident qui l'a amené aux urgences, etc.). Si programme d'ETP autorisé dans l'établissement : mise en place d'un projet d'ETP personnalisé. Si pas de programme dans l'établissement mais dans l'environnement : organisation mise en oeuvre pour permettre au patient d'entrer dans ce programme.	E/R	NA	
Séjour du résident	Évaluation initiale médicale	L'évaluation initiale du résident est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	E	oui	
Séjour du résident	Accompagnement	La planification du projet d'accompagnement personnalisé est organisée	E/R	Oui, le projet a été planifié, tracé dans la synthèse effectuée en janvier 2017	
Séjour du résident	Accompagnement	Une procédure d'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé existe	E	Non, pas au moment de l'audit	
Séjour du résident	Accompagnement	Un recueil des habitudes de vie est effectuée et tracée	E	oui	
Séjour du résident	Accompagnement	Une évaluation des capacités du résident est effectuée dans les 15 premiers jours suivant l'entrée	E	oui	
Séjour du résident	Accompagnement	Un projet d'accompagnement a été rédigé par une équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec le résident et/ou ses proches, dans les 3 mois suivants son entrée.	E	Oui, sont présent idee, kiné libéraux, AS, équipe.	
Séjour du résident	Accompagnement	Une réévaluation du PAP est effectuée au moins 1 fois par an, ou après hospitalisation ou après évolution de l'état de santé et/ou capacité du résident.	E	oui, dernière effectuée en janvier 2017	
Séjour du résident	Accompagnement	L'ensemble des professionnels ont connaissance du PAP du résident	E	oui	
Séjour du résident	Accompagnement	Le résident et son entourage sont impliqués dans la construction du projet d'accompagnement personnalisé.	E/R	non	
Séjour du résident	Accompagnement	Le projet d'accompagnement personnalisé est élaboré avec l'ensemble des professionnels concernés	E	oui	
Séjour du résident	Évaluation initiale paramédicale	Sont tracés dans le dossier infirmier, dans une fiche de recueil, les éléments de connaissance du résident (exemples : son mode de vie, ses besoins et ses attentes)	E	oui, synthèse + nouveau outil avec photo des résidents, fiche toilette, habitude de vie	
Séjour du résident	Évaluation initiale paramédicale	- l'identité de la personne de confiance (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient	E/R	oui, résidente sous tutelle	
Séjour du résident	Évaluation initiale paramédicale	- l'identité de la personne à prévenir (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient) ;	E/R	oui	
Séjour du résident	Évaluation initiale paramédicale	ses souhaits (exemple : chambre individuelle) ;	E/R	oui . La famille indique que les souhaits sont respectés notamment le vouloiemnt.	
Séjour du résident	Évaluation initiale paramédicale	- son traitement personnel, si applicable	E/R	NA	

Séjour du résident	Évaluation initiale paramédicale	- la traçabilité du retrait de ses médicaments personnels à l'admission, sauf avis du médecin et/ou du pharmacien ;	E/R	NA	
Séjour du résident	Évaluation initiale paramédicale	- si applicable, le repérage de ses troubles éventuels de la déglutition et son profil gériatrique justifiant une aide à l'administration, les informations nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées (mode de communication, d'alimentation,	E	OUI. La famille est également informée	
Séjour du résident	Évaluation initiale paramédicale	-si applicable, une fiche de liaison pour les personnes handicapées provenant de structure médico-sociale ;	E	NA	
Séjour du résident	Évaluation initiale paramédicale	- ses constantes à l'arrivée (poids, taille, pouls pression artérielle + constantes spécifiques du service) ;	E	oui dans les 3 jours	
Séjour du résident	Évaluation initiale paramédicale	- l'évaluation de sa douleur ;	E/R	La famille indique qu'il y a une observation de l'équipe concernant la douleur. Mais il n'y pas de traçabilité de l'absence de	Mieux tracer l'évaluation de la douleur.
Séjour du résident	Évaluation initiale paramédicale	- les besoins d'éducation thérapeutique sur sa prise en charge de la douleur ;	E/R	NA	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	Si applicable, Les informations médicales relatives à l'évolution de sa prise en charge durant son hospitalisation sont actualisées ; les correspondances échangées entre les professionnels de santé, les nouvelle(s) prescription(s), les résultats des examens et des consultations sont retrouvés dans le dossier.	E	NA	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	Les décisions sont prises au cours de réunions multiprofessionnelles et/ou multidisciplinaires et sont tracées	E	Oui, réunion de synthèse	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du résident en impliquant le résident et, s'il y a lieu, l'encouragement et la traçabilité du suivi régulier du projet personnalisé de soins réalisée	E	Oui, information des proches en cas de situation grave. La famille indique "aller à la pêche aux informations pour les obtenir" mais sont conscient que le suivi est bien effectué.	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	Le consentement du résident en cas d'examen complémentaire biologique le nécessitant est tracé	E/R	Respect du refus, famille n'est pas informée mais pas de traçabilité	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	L'efficacité du traitement est évaluée et la recherche d'éventuels effets secondaires réalisée.	E	oui	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	Les modifications éventuelles des prescriptions sont réalisées de manière conforme aux bonnes pratiques (datées, signées, lisibles).	E	oui	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	Si applicable, L'évaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures est tracée.	E	oui	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	La traçabilité de la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription est effective.	E	oui, mise en place d'un classeur avec photo des résidents, pas de traçabilité	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	L'information donnée au résident et à ses proches sur son état de santé, sur ses examens, sur ses traitements est tracée.	E/R	oui	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	La prescription de la contention est réévaluée tous les mois et une surveillance de la contention est programmée.	E	oui	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	Si un risque suicidaire est identifié pour ce résident, la coordination de la prise en charge est tracée.	E	NA	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	Si applicable, la prescription pour la prise en charge de la douleur (ou le suivi du protocole antalgique) est effective	E	oui	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	Si un besoin d'actions éducatives est identifié pour ce résident, son projet personnalisé éducatif est tracé : -soit sous forme d'actions éducatives ciblées ; -soit au travers de la participation à un programme d'ETP autorisé.	E	NA	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	Si applicable, l'éducation du résident à la prise de son traitement médicamenteux (type de médicament, utilité et intérêt, administration et surveillance) est tracée.	E/R	NA	
Séjour du résident	Suivi médical sous traitement	Les réunions de synthèse et les interventions d'autres intervenants sont tracées	E	Oui	
Séjour du résident	Administration du traitement et suivi paramédical	Le support de traçabilité de l'administration est adapté.	E	oui	

Séjour du résident	Administration du traitement et suivi paramédical	On retrouve la date, l'heure et le nom de l'infirmière ayant administré le médicament.	E	oui	
Séjour du résident	Administration du traitement et suivi paramédical	L'aide à l'administration est tracée (si applicable).	E	oui	
Séjour du résident	Administration du traitement et suivi paramédical	En cas de non-administration, le motif et l'information du médecin sont tracés.	E	oui	
Séjour du résident	Administration du traitement et suivi paramédical	Pour toute prescription, la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription est tracée.	E	NA	
Séjour du résident	Administration du traitement et suivi paramédical	Les informations paramédicales, relatives à l'évolution et à la prise en charge en cours d'hospitalisation (transmissions entre les équipes ; nuit/jour), sont actualisées	E	NA	
Séjour du résident	Administration du traitement et suivi paramédical	L'information donnée au résident et à ses proches est tracée.	E	Pas systématique	
Séjour du résident	Administration du traitement et suivi paramédical	Les actions d'éducation thérapeutique ciblées sont tracées.	E	NA	
Séjour du résident	Administration du traitement et suivi paramédical	Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en oeuvre auprès du patient et de son entourage.	E/R	NA	
Séjour du résident	Administration du traitement et suivi paramédical	L'évaluation et la réévaluation de la douleur sont réalisées et tracées.	E/R	Pas assez.	revoir et sensibiliser les équipes à l'évaluation de la douleur
Séjour du résident	Administration du traitement et suivi paramédical	Une grille d'évaluation de la douleur spécifique est utilisée si besoin	E	Oui	
Séjour du résident	Suivi autres intervenants	Les autres éléments du dossier sont tracés. Ils concernent : - la fiche inventaire ; - les soins réalisés par les aides-soignantes : toilettes, environnement, prise des repas, etc. ; - les éléments de traçabilité des autres intervenants sont actualisés, notamment ceux issus : • du kinésithérapeute, • de la diététicienne, • de l'assistance sociale, • de l'ergothérapeute, • du psychologue, • de l'EMSP.	E	oui, traçabilité dans la synthèse	inventaire à améliorer
Séjour du résident	Accompagnement	Le résident est satisfait de l'accompagnement qui lui est proposé	R	Oui	
Séjour du résident	Accompagnement	Le résident se sent comme chez lui	R	oui	
Séjour du résident	Populations spécifiques	Suivant la population à laquelle appartient le patient, une réflexion et un projet spécifique connus des professionnels sont mis en oeuvre.	E	NA	
Séjour du résident	Populations spécifiques	Une formation/sensibilisation des professionnels a été réalisée en direction des professionnels en lien avec la population à laquelle appartient ce patient.	E	NA	
Séjour du résident	Populations spécifiques	Concernant ce résident : exemples d'actions menées en direction de la population à laquelle appartient ce patient.	E	NA	
Séjour du résident	Aide aux aidants	Avez-vous une information sur l'aide aux-aidants? Si oui, sollicitez-vous ce service? Si oui, en êtes-vous satisfait?	R/proche	Propose un suivi psychologue	
Thématique transversale	Droits du résident	Les besoins et attentes du résident et de son entourage ont été recherchés et pris en compte ; l'expression du patient et de ses proches a été favorisée.	E/R	oui, PAP	
Thématique transversale	Droits du résident	Le ressenti du résident sur les aspects liés à l'écoute, la considération, la disponibilité des professionnels ou l'information est positif.	R	Oui. La famille indique être satisfaite de l'accompagnement, et compare l'établissement à un cocon.	pas le cas en UCC.
Thématique transversale	Droits du résident	Des actions spécifiques pour ce résident visant la promotion de la bientraitance (respect de ses convictions religieuses, prise en compte du handicap, groupe de parole et de soutien, etc.) sont mises en place.	E/R	Oui, la résidente ne souhaite pas être tutoyé, respect de son souhait. Sensibilisation forte du personnel à la bientraitance	
Thématique transversale	Droits du résident	Les conditions de réalisation des soins respectent la dignité et l'intimité du résident (rideaux, paravents, etc.).	E/R	Oui, dans une chambre individuelle avec porte fermée et pancarte.	
Thématique transversale	Droits du résident	Les conditions d'hébergement respectent la dignité et l'intimité du résident	E/R	oui, chambre individuelle	
Thématique transversale	Droits du résident	La confidentialité des informations relatives au résident (échange d'informations concernant le résident, etc.) est assurée.	E/R	oui	
Thématique transversale	Droits du résident	L'information en cas de dommage lié aux soins est tracée dans le dossier du résident	E/R	NA	
Thématique transversale	Fin de vie	Le résident est informé de ses droits et de sa maladie	E/R	NA	
Thématique transversale	Fin de vie	Les volontés du résident ont été tracées (le cas échéant, conservation des directives anticipées).	E/R	NA	

Thématique transversale	Fin de vie	Des réunions de discussion pour ce résident sont mises en oeuvre. Elles permettent la réflexion sur le bien-fondé de certains traitements au regard du bénéfice pour le résident.	E	NA	
Thématique transversale	Fin de vie	Le projet pour le résident et ses proches est défini et tracé dans le dossier	E	NA	
Thématique transversale	Fin de vie	L'accès aux associations et bénévoles a été facilité	E/R	NA	
Thématique transversale	Fin de vie	Une aide aux soignants du résident est proposée.	E	NA	
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	En cas de transfert d'un service à un autre, en cas d'admission directe ou de transfert d'un autre établissement : toutes les données permettant la continuité des soins sont retrouvées dans le dossier du résident.	E	Oui	
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	Il existe un ou plusieurs professionnels référents pour ce résident.	E	oui, un référent soignant identifié dans le DSI	
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	Toutes les ressources/compétences sont disponibles 24h/24	E	oui	
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	Les professionnels ont pu avoir accès à des avis compétents dans l'établissement ou à l'extérieur si nécessaire.	E	oui	
Thématique transversale	Urgence vitale	Dans le cas où le résident aurait été concerné par une urgence vitale : -le matériel était disponible et opérationnel ;	E	NA	
Thématique transversale	Urgence vitale	Les professionnels ont été formés à la prise en charge des urgences vitales.	E	Oui, formation FGSU de l'ensemble en cours protocole d'urgence réactualisé	
Thématique transversale	Urgence vitale	La fiche SAMU (volonté du résident) existe et est complétée		oui, volonté dans le dossier	
Thématique transversale	Gestion des données du résident	Le résident et l'épisode de soins sont identifiés complètement pour chaque composante du dossier	E	oui	
Thématique transversale	Gestion des données du résident	Tous les éléments écrits comportent l'identification du rédacteur, la date et l'heure de rédaction, lisibles et indélébiles.	E	oui	
Thématique transversale	Gestion des données du résident	Le classement du dossier, le rangement et l'ergonomie du dossier sont satisfaisants	E	oui	
Thématique transversale	Gestion des données du résident	Les dossiers sont facilement accessibles à tous les acteurs de soins pendant le séjour	E	oui, dans salle de soins, toujours fermé, classeur papier + chariot avec ordi	
Thématique transversale	Gestion des données du résident	Les données issues des hospitalisations antérieures ou des consultations sont aisément accessibles	E	oui dans la synthèse	
Thématique transversale	Gestion des données du résident	La communication du dossier entre professionnels se fait en temps utile.	E	oui	
Thématique transversale	Gestion des données du résident	L'accès à l'information est aisé, notamment en cas de double support informatique et papier.	E	oui	
Thématique transversale	Gestion des données du résident	Le résident a été informé sur ses droits d'accès à son dossier.	E/R	non	
Thématique transversale	Gestion des événements indésirables	Si un EI a concerné ce résident : Cet événement a été signalé.	E	na	
Thématique transversale	Gestion des événements indésirables	Une analyse de cet événement a été réalisée	E	na	
Thématique transversale	Gestion des événements indésirables	Une action d'amélioration a été mise en place	E	na	
Thématique transversale	Gestion des événements indésirables	Le résident a été informé en cas de dommage et l'information donnée au résident et/ou à ses proches a été tracée.	E/R	na	
Thématique transversale	Démarches EPP	Les professionnels sont impliqués dans des démarches d'EPP.	E	oui PAP, + iatrogénie contention, incontinence (idec, as, cadre, ash), BP en EHPAD	
Thématique transversale	Environnement	L'information donnée au résident et à l'entourage en cas d'isolement (risque infectieux) est réalisée et tracée.	E/R	NA	





EL HASSIOUY

Khadija

Décembre 2017

**Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social**  
Promotion 2016

**La démarche d'amélioration continue de la qualité en ESMS : l'exemple de la mise en place d'un audit résident traceur au sein des EHPAD du GHSC.**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

**Résumé :**

Les ESMS effectuent, depuis la loi du 2 janvier 2002, des évaluations internes et externes afin d'identifier les leviers au service de la performance de leurs organisations et de garantir la qualité de l'accompagnement des usagers. Celles-ci ont montré leur intérêt tant dans les opportunités d'amélioration qu'elles offrent, que dans la dynamique participative qu'elles impulsent.

Cependant, face à l'évolution et à la complexité des publics accompagnés au quotidien, une approche parcours semble nécessaire. Cette notion de parcours a été prise en compte dans le secteur sanitaire par la mise en place d'audits patient-traceur dans la dernière itération du manuel de certification V2014 de la HAS. Les retours positifs de cette méthode ont initié ma réflexion sur la mise en place d'audits résident-traceur en EHPAD.

Afin d'obtenir un éclairage sur ce questionnement, deux audits résidents-traceur ont été menés au sein de deux EHPAD. L'analyse, effectuée dans ce mémoire professionnel, porte à la fois sur la transposabilité de la méthode au champ médico-social, les apports de tels audits dans la démarche d'amélioration continue de la qualité en EHPAD et dans le pilotage de celle-ci, enfin leur complémentarité avec les outils déjà existants.

**Mots clés :**

Amélioration continue de la qualité ; audit résident-traceur ; évaluation ; parcours,

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*