



EHPAD Lucie & Raymond AUBRAC

Abrégé de l'évaluation externe

En date du 09/03/2014



1. La démarche de l'évaluation interne.....	3
2. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à l'ESSMS.....	5
3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement.....	7
4. L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement institutionnel, géographique socioculturel et économique,	11
5. La personnalisation de l'accompagnement	12
6. L'expression et la participation individuelle et collective de l'utilisateur	17
7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	19
8. Appréciation globale de l'évaluateur externe.....	24
9. Méthodologie de l'évaluation externe	25
Méthodes et techniques évaluatives.....	25
Participation des professionnels et des usagers à la démarche d'évaluation	25
Liste des personnes ayant participé à la démarche d'évaluation	26
Nombre de jours hommes pour conduire l'évaluation	26
Dates de début et fin de mission.....	26
10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe	27
Sur le déroulement de l'évaluation externe	27
Sur les conclusions de l'évaluation externe	27

1. La démarche de l'évaluation interne

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
L'évaluation interne	Démarche d'évaluation interne structurée, maîtrisée et connue de tous		
	Utilisation d'un référentiel de certification des services au niveau d'exigences élevé		
	Participation de l'ensemble des acteurs (Professionnels, résidents, familles, membres du CA)		
	Existence d'un plan d'amélioration continue de la qualité issu des résultats de l'évaluation interne		

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
La démarche d'amélioration continue	Existence d'une réelle démarche d'amélioration continue de la qualité avec traçabilité et structuration des commissions	Certaines actions d'amélioration comme la mise en place des projets d'accompagnement personnalisés n'ont pas encore débuté selon le calendrier établi	Vérifier les moyens alloués pour atteindre les objectifs et la faisabilité dans les délais impartis
	Prise en compte des résultats de l'évaluation interne avec création d'un plan d'actions	Actions très nombreuses et détaillées pouvant entraîner des difficultés de mise en œuvre	Pour plus de visibilité, identifier les actions réellement mises en œuvre dans le plan global quinquennal et actualiser au moins annuellement
	Recherche systématique des moyens utiles à l'atteinte des actions	Difficultés à suivre le taux de réalisation des actions (fonctionnalité non présente dans Qualipass)	Actualiser le plan d'actions en ajustant les dates d'échéance pour les actions non abouties
	Prise en compte concrète de certains souhaits émis lors des différents CVS	Difficultés à garantir la mise en œuvre de certaines actions dans les délais prévus	Vérifier les moyens alloués pour atteindre l'objectif et la faisabilité dans les délais impartis
		Absence d'indicateur relatif au taux de réponses apportées aux demandes du CVS	Envisager l'utilisation ou la création d'un outil plus adapté au suivi des actions

2. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à l'ESSMS

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
La démarche d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles	Bonne prise en compte des principales RBP de l'ANESM dans les différents projets de l'établissement ainsi que pour certaines actions d'amélioration par les commissions issues du PROJEQ	Absence de diffusion des RBP de la SFGG	Actualiser le livret d'accueil des agents en mettant en exergue la place centrale des RBP du secteur d'activité (ANESM, HAS, SFGG). Diffuser les RBP de la SFGG au même titre que celles de l'ANESM ou de la HAS et en faire référence dans les documents utiles aux professionnels (procédures, protocoles, fiches action, etc...). Dans chaque fiche de poste, envisager d'identifier les RBP utiles à l'exercice du métier.
	Facilité d'accès aux RBP de l'ANESM pour les professionnels soit en version "papier" soit en version informatique	Références aux RBP pas toujours intégrées dans les procédures, protocoles et autres documents utiles à l'exercice des fonctions	

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
La prise en compte des recommandations dans l'évaluation interne	Utilisation du référentiel de certification des services Qualipass	Absence de lien systématique avec les RBP dans les fiches action	Envisager l'utilisation ou la création d'un outil plus adapté au suivi des actions
	Prise en compte de toutes les recommandations de l'ANESM existantes au moment de l'évaluation		
	Mobilisation de tous les acteurs		
	Existence d'un plan d'actions		

3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
Adéquation des objectifs du projet d'établissement par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties	Existence d'un projet d'établissement ayant fait l'objet d'une étude des besoins	Malgré une bonne visibilité des actions, absence de formalisation des projets personnalisés comme évoqué dans le projet institutionnel	Formaliser les projets d'accompagnement personnalisés à partir d'une trame commune en intégrant toutes les dimensions de l'accompagnement. Etablir un calendrier de mise en œuvre de ces projets ainsi que les modalités d'évaluation.
	Développement d'un projet spécifique pour l'UVP répondant à des besoins identifiés	Absence de lien entre les orientations du schéma départemental et le projet d'établissement 2009/2014 (non imputable directement à l'établissement, le schéma n'ayant été diffusé par les autorités qu'en 2011)	Lors de l'actualisation et de l'évaluation annuelle du projet, identifier les objectifs permettant de répondre aux orientations du schéma départemental et éventuellement avec les orientations nationales.
	Cohérence des objectifs avec les besoins et le profil des personnes accompagnées		
	Existence de collaborations externes en lien avec les besoins identifiés		

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
	Réelle recherche de personnalisation de l'accompagnement		
Adaptation aux objectifs des ressources (humaines et matérielles) et des activités mise en œuvre	Les objectifs définis dans le projet sont conformes aux ressources humaines et matérielles disponibles	Absence de nouvelle convention tripartite (non imputable à l'établissement)	Relancer les autorités vis à vis de la nouvelle convention tripartite en prenant soin d'intégrer les objectifs issus de l'évaluation interne et les préconisations de l'évaluation externe
	Le projet d'établissement dispose d'un volet spécifique pour le projet de vie et le projet de soins	Le médecin coordonnateur n'a pas contribué à l'élaboration du projet de soins	Assurer l'actualisation du projet de soins par le médecin coordonnateur en collaboration avec l'équipe soignante
	L'établissement a mis en place les partenariats nécessaires à l'atteinte de ses objectifs	DUERP non actualisé au cours de l'année précédente	Actualisation annuelle du DUERP au sein du CHSCT par exemple
	Les professionnels sont recrutés avec des objectifs et des profils précis. Ils sont accompagnés dans leur prise de poste et formés spécifiquement en fonction des besoins		

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
<p>L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs</p>	<p>Existence d'objectifs opérationnels et évaluables dans le projet d'établissement</p>	<p>L'absence de formalisation des projets personnalisés ne permet pas de contribuer à l'évaluation du projet d'établissement</p>	<p>Formaliser les projets personnalisés en veillant notamment à mettre en exergue des objectifs opérationnels, évaluables permettant une appréciation du projet en termes d'effets pour l'usager : maintien de l'autonomie, maintien des liens familiaux et affectifs, compétences cognitives, etc...</p>
	<p>Suivi de ces objectifs dans le cadre des commissions spécifiques et du PROJEQ</p>	<p>Absence de certains indicateurs recommandés par l'ANESM: Taux d'évaluation de la douleur, le taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations, le taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations, le taux d'évaluation des troubles de l'humeur et du comportement</p>	<p>Planifier la mise en place de ces indicateurs selon des priorités liées aux besoins des résidents</p>
	<p>Mise en place d'un dispositif d'évaluation et d'actualisation annuelle à travers les réunions du PROJEQ</p>	<p>Absence de mention de mise à jour ou de N° de version dans le projet d'établissement</p>	<p>Intégrer la date de la dernière mise à jour dans le projet d'établissement</p>

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
Le projet de soins	Existence du projet de soins et mise en œuvre de la quasi-totalité des chapitres énoncés	Le médecin coordonnateur qui n'était pas recruté au moment de la réalisation du projet de soins n'a pas contribué à l'élaboration de celui-ci	Organiser l'actualisation du projet de soins par le médecin coordonnateur en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire
		Depuis le recrutement du médecin coordonnateur, absence de traçabilité sur l'actualisation du projet de soins et des procédures de soins	Prévoir une procédure de suivi et de mise à jour éventuelle sur le même principe que la relecture et la mise à jour annuelle du plan bleu : par exemple réunion annuelle

4. L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement institutionnel, géographique socioculturel et économique,

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
Stratégie d'ouverture	Existence de nombreuses collaborations et coopérations avec l'extérieur	La stratégie d'ouverture n'apparaît pas suffisamment expliquée dans le projet d'établissement	Lors de l'actualisation du projet d'établissement, il serait souhaitable d'expliquer précisément les objectifs des collaborations recherchées et d'identifier le lien avec les besoins des personnes accompagnées
	Existence d'une stratégie évidente en lien avec les véritables besoins		
Partenariat « choisi »	L'établissement a identifié les ressources disponibles sur son territoire	La place de l'établissement dans le réseau gérontologique et les objectifs recherchés ne sont pas développés dans le projet d'établissement	Lors de l'actualisation du projet d'établissement, il serait souhaitable de valoriser la place de l'établissement au sein des ressources du territoire et en particulier du ou des réseaux auxquels participe la structure
	L'établissement sollicite systématiquement les partenaires identifiés sur le territoire selon les besoins des résidents		

5. La personnalisation de l'accompagnement

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
Personnalisation de l'accueil et l'admission	Présence d'un référent accueil à l'entrée	Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles n'est pas affichée et n'est pas donnée à l'entrée du nouveau résident. Toutefois cette charte est intégrée dans le projet d'établissement et le résident peut lire la charte de la FNGG dans la pochette remise lors de la demande d'admission, cette dernière est affichée à l'entrée	Actualiser le règlement de fonctionnement et le dossier d'admission et y rajouter la charte réglementaire (Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles) et afficher cette charte, en particulier à l'entrée de l'établissement
	Procédures précises pour les demandes d'informations sur la structure et attitude bienveillante lors de l'entrée	Les dispositions des articles L116-1, L116-2, L311-3 et L313-24 devront être jointes en annexe à la charte des droits et des libertés délivrée à chaque personne bénéficiaire et affichées dans l'établissement	Annexer ces dispositions et afficher à l'accueil

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
	<p>Protocole prévu pour faciliter l'intégration; réalisation de biographie du nouveau résident</p>	<p>Le livret d'accueil du nouveau salarié ne mentionne pas les dispositions de l'article L 313-24 du CASF</p>	<p>Actualiser le livret d'accueil des salariés en y intégrant toutes les nouvelles informations utiles</p>
	<p>Réajustement des pratiques en fonction des enquêtes de satisfaction</p>		
Le contrat de séjour	<p>La participation du résident ou de sa famille ou représentant légal est systématiquement sollicitée. L'accord du résident ou de son représentant légal ou de 2 témoins est sollicité, si le résident est dans l'incapacité de signer et s'il n'y a pas de représentant légal</p>	<p>Absence d'un avenant au contrat de séjour précisant les objectifs et prestations adaptées à une prise en charge individuelle de la personne (PAP)</p>	<p>Intégrer la mention du PAP dans le contrat de séjour puis rajouter un avenant au contrat de séjour précisant les objectifs et prestations adaptées à une prise en charge individuelle de la personne</p>
	<p>Le choix du médecin traitant, kiné, pédicure et autres professionnels est proposé</p>	<p>Absence de mention sur le projet d'accompagnement personnalisé dans le contrat de séjour</p>	<p>Formaliser le projet d'accompagnement personnalisé</p>

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
Le dossier de l'usager	Tous les dossiers des Résidents sont bâtis sur une même architecture type facilitant leur lecture pour les professionnels autorisés		
	La communication des informations utilise les canaux informatiques, mais aussi verbaux entre le personnel au moment des transmissions garantissant une communication complète		
	Le dossier est sécurisé. Le personnel est sensibilisé au secret professionnel et il existe des codes d'accès informatique		
Le projet personnalisé	Le projet d'établissement prévoit la mise en place des projets personnalisés	Absence de projet personnalisé annexé au contrat de séjour et d'avenant annuel sur l'évolution de l'accompagnement	Annexer le projet personnalisé au contrat de séjour par l'intermédiaire d'un avenant Prévoir dans le Projet d'établissement et dans le livret d'accueil les modalités d'élaboration du projet personnalisé

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
	L'établissement dispose de tous les outils et moyens utiles à la formalisation des projets personnalisés (moyens humains et matériels)	La co-construction du projet personnalisé avec le résident ou sa famille n'est pas clairement établie	Formaliser le projet personnalisé avec le résident, sa famille et ses proches et prévoir les modalités d'évaluation et d'actualisation
Activités collectives et personnalisation de l'accompagnement	L'établissement dispose d'au moins 90% de chambres individuelles		
	Souplesse dans les horaires du petit déjeuner et des repas au sein de l'UVP permettant de s'adapter aux différents rythmes de vie		
	Animations variées, ouvertes sur l'extérieur avec la participation de bénévoles		
	Participation de tout le personnel aux activités collectives		
	Cadre de vie agréable et adapté		

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
Le projet de l'unité de vie protégée	Existence de l'unité de vie protégée répondant parfaitement aux besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées	Absence de formalisation claire et objective sur les critères d'entrées et de sorties dans l'UVP	Utiliser à minima des échelles type NPI et Cohen-Mansfield pour objectiver les entrées et sorties de l'UVP Suivi médicamenteux plus spécifique au niveau de l'UVP
	Qualification et compétences des personnels exerçant dans l'UVP	Manque de traçabilité au niveau des grilles d'évaluation (NPIES, etc...)	Mesurer l'action des thérapies non médicamenteuses mises en place, comme l'arthérapie
L'accompagnement de la fin de vie	Prise en compte pluridisciplinaire de l'équipe avec participation à des réunions éthiques sur Cluny et travail étroit avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs		
	Personnel soignant plus à l'aise avec les patients en fin de vie		

6. L'expression et la participation individuelle et collective de l'utilisateur

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
Préalable à l'expression et la participation des usagers	Formation humanitude 90% du personnel formé, en 2014 la formation continue		
	Démarche d'amélioration continue grâce au travail des commissions		
	Participation des résidents aux commissions thématiques		
	Taux de satisfaction important dans les résultats des deux dernières enquêtes, aussi bien auprès des résidents que des professionnels		
Expression et participation individuelle	Existence d'une traçabilité des soins apportés dans le logiciel médicor	Pas de traçabilité de la participation du résident et, le cas échéant, de sa famille ou de son représentant légal à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de soins et projet personnalisé	Le résident et, le cas échéant, sa famille ou son représentant légal doivent être motivés pour participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de soins

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
	Participation des résidents à l'évaluation des prestations de soins apportées mais sans formalisation	Trop faible participation des médecins traitants au projet de soins individualisé	La participation des médecins traitants doit être améliorée
Le conseil de la vie sociale et les autres formes de participation	Forte mobilisation autour des droits d'expression des résidents	Implication modeste des représentants des résidents et des familles au CVS en particulier dans la fixation de l'ordre du jour	Impliquer les représentants du CVS en particulier dans la fixation de l'ordre du jour et les sensibiliser à leur rôle de porte-parole
	Effectivité du CVS		
	Ecrans d'informations visibles par les résidents et les familles facilitant la communication et leur participation à la vie de l'établissement		
	Existence d'enquêtes de satisfaction en direction des résidents, des familles et des personnels		

7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
Respect de la dignité et droit à l'intimité	<p>Les espaces communs et privatifs sont très lumineux. Les espaces communs bénéficient d'éclairage automatique favorisant l'orientation et les déplacements sécurisants pour les résidents et plus particulièrement pour les résidents souffrant de déficience visuelle. Des mains courantes, des sièges ou aires de repos sont aménagés afin que les personnes n'aient pas à parcourir de trop longues distances sans pouvoir se reposer</p>		
	<p>La signalétique est adaptée pour permettre au résident de retrouver les salles à manger, l'accueil et leurs chambres si nécessaire. A l'entrée de chaque secteur la liste des résidents est affichée</p>		

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
	Des espaces communs et conviviaux sont à la disposition des familles		
	Le personnel est sensibilisé au respect de l'intimité, il est formé à l'humanité dans sa très grande majorité		
Sécurité des biens et des personnes	Présence d'un personnel dédié, responsabilisé et formé (ouvrier d'entretien)	Absence d'affichage de l'avis favorable de la commission de sécurité à l'entrée de l'établissement	Afficher l'avis favorable de la commission de sécurité à l'entrée de l'établissement, par exemple sur le panneau avec les tarifs et les autres documents d'information générale
	Existence d'une politique de sécurité dans tous les domaines du fonctionnement	La lingerie n'est pas adaptée aux normes RABC (architecture des locaux non compatible)	Mener une réflexion sur une forme de zonage en lingerie avec écriture d'une procédure
	Existence d'une traçabilité des interventions, maintenances et contrôles	Absence d'action corrective suite à l'analyse de surface en date du 13 Juin 2013 (cuisine)	Engager les actions correctives nécessaires en fonction des résultats d'analyse

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
<p>Prévention des évènements indésirables et des risques liés à la maltraitance</p>	<p>Existence d'une attention particulière sur l'absence de discrimination à l'admission des nouveaux résidents</p>	<p>Absence du taux de réponses apportées aux demandes du CVS</p>	<p>Mettre en place un suivi plus précis des réponses apportées aux demandes du CVS</p>
	<p>Réalisation de l'analyse du risque infectieux sur la base du guide du GREPHH</p>	<p>Enquêtes de satisfaction réalisées annuellement uniquement depuis 2012</p>	<p>Maintenir au moins une enquête annuelle de satisfaction</p>
	<p>Existence d'une véritable politique de lutte contre la maltraitance inscrite dans le projet d'établissement et relayée en autres par une procédure de signalement connue et diffusée</p>		
	<p>Prise en compte systématique des réclamations, plaintes et évènements indésirables avec traitement des réponses apportées</p>		

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents	Organisation maîtrisée de la continuité des soins		
	Assurance qualité sur la préparation des médicaments par la pharmacie extérieure	Pas de traçabilité nominative d'administration des traitements par les IDE et par les aides-soignantes de nuit.	Réfléchir à des outils adaptés garantissant une réelle traçabilité d'administration des traitements (système informatique ?)
	DARI 2012 réalisé à partir du GREPHH	Pas de réévaluation du DARI depuis 2012	Panifier une évaluation annuelle du DARI avec mise en œuvre effective des mesures d'amélioration. Le cas échéant, actualiser le plan et les échéances des actions.
	Existence d'une IDE hygiéniste sur site en charge également de la qualité		
	Taux élevé de vaccination des résidents contre la grippe	Echelles d'évaluation (douleur, escarres, troubles de l'humeur) insuffisamment utilisées	Douleur : augmenter la traçabilité du repérage et de la réévaluation pour l'ajustement thérapeutique, indicateur à inscrire dans le RAMA, rechercher la douleur de façon plus systématique dans l'UVP (pouvant être responsable de troubles du comportement), augmenter le recours aux thérapies non médicamenteuses (intervention de l'ergothérapeute, kinésithérapeute, massage-relaxation...) Envisager l'augmentation du temps de présence de la psychologue (prochaine convention tripartite)

Points examinés	Forces	Faiblesses	Propositions préconisations
		Faible couverture vaccinale des professionnels de santé	Améliorer si possible la vaccination des professionnels de santé par une meilleure information et sensibilisation aux risques
	Forte sensibilisation et culture de l'hygiène		
	Peu de contention, droit au risque pris en compte et respecté mais pouvant entraîner de nombreuses chutes	Nombreuses chutes et pas ou peu de traçabilité sur l'analyse des causes	Développer l'analyse des causes (envisager l'augmentation du temps d'intervention kinésithérapeute dans la prochaine convention tripartite)

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

Notre mission d'évaluation externe s'est déroulée dans d'excellentes conditions à l'occasion de trois journées sur site au cours du mois de Novembre 2013. Cette mission d'évaluation a fait l'objet d'une préparation minutieuse de la part de l'établissement à travers de nombreux échanges téléphoniques et mail préalables à notre venue.

Au cours des séances d'évaluation, nous avons particulièrement appréciés la mobilisation des professionnels et la mise à disposition des ressources, l'implication et l'intérêt des participants, la qualité des échanges. Visiblement, cette évaluation n'a pas été subie mais plutôt vécue positivement.

Au-delà des points d'effort relevés dans l'analyse détaillée ou l'abrégé du présent rapport, il ressort de manière évidente que l'EHPAD "Lucie et Raymond AUBRAC" fonctionne au bénéfice des personnes accompagnées en recherchant quotidiennement leur bien-être.

La devise de la structure "**établissement bienveillant**" reflète parfaitement notre sentiment que la structure a une "âme", sentiment qui a d'ailleurs été explicité lors de la réunion de restitution du 20 Novembre 2013 en fin d'après-midi, ce que nous souhaitons à nouveau confirmer dans ces lignes.

D'une manière générale, l'établissement a mené une réflexion cohérente et approfondie dans son projet d'établissement permettant de mettre en œuvre des modalités d'accompagnement adaptées.

La démarche d'évaluation et d'amélioration continue insufflée par la direction depuis déjà plusieurs années a permis de structurer le fonctionnement autour de commissions et de groupes de travail thématiques, en lien direct avec les objectifs des projets d'établissement, de vie et de soins. Il existe un système d'information et documentaire très complet et efficace, connu et utilisé par tous. La formation et la professionnalisation des salariés est parfaitement en adéquation avec les besoins identifiés ce qui bénéficie directement aux personnes âgées qui résident au sein de l'EHPAD. L'existence de l'UVP permet d'assurer une continuité dans la prise en charge et de répondre à un véritable besoin.

La principale difficulté constatée lors de l'évaluation concerne la formalisation des projets personnalisés. Au quotidien, cette personnalisation est réellement mise en œuvre mais elle ne s'appuie pas sur un projet écrit. Il s'agit là d'une des principales préconisations faites dans ce rapport. L'établissement semble disposer de tous les moyens pour réaliser rapidement cette formalisation.

9. Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodes et techniques évaluatives

Préalablement à l'intervention sur site, une étude documentaire a été réalisée par l'équipe d'évaluateurs au regard des documents communiqués (projet d'établissement, de vie, de soins, rapport d'évaluation interne et PAQ, comptes rendus de réunions de CVS, des groupes thématiques, du PROJEQ, livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, etc...). Cette étude a permis d'élaborer un questionnaire évaluatif informatisé et personnalisé qui a été utilisé par chaque évaluateur selon leurs domaines de compétences à l'occasion des séances d'évaluation.

Une visite complète de l'établissement a été réalisée au début de la première matinée d'intervention. Au cours des trois journées sur site, les évaluateurs ont donc mené leur démarche indépendamment les uns des autres à l'occasion de plusieurs séances d'une durée variable de une à deux heures et ce entre 9h et 17h30. Chaque thème évaluatif a fait l'objet de questions spécifiques et les réponses apportées par les participants (cf. feuilles de présence) ont systématiquement été confrontées à des éléments factuels mis à disposition par l'établissement (procédures, protocoles, comptes rendus de réunions, résultats d'enquêtes de satisfaction, fiches de poste, affichages, dossiers des usagers et du personnel, documents institutionnels, registre de sécurité, contrats et conventions, notes de service etc...).

Chaque interprétation de la part de l'évaluateur a fait l'objet d'une reformulation de la part de ce dernier avant formalisation de la réponse, ceci afin d'assurer un consensus avec les participants. Chaque fin de matinée et fin de journée, les évaluateurs se sont réunis afin de croiser leurs points de vue et de confirmer leur évaluation. Plusieurs points évalués ont également nécessités différents déplacements au sein de la structure, toujours en compagnie d'un professionnel, ceci dans le but de confirmer certains aspects visuels.

Participation des professionnels et des usagers à la démarche d'évaluation

L'EHPAD "Lucie et Raymond AUBRAC" a souhaité mettre en place un comité de suivi de l'évaluation externe composé de 9 personnes (3 résidents, 2 proches et amis, 1 bénévole, la pharmacienne du village, une aide-soignante et un agent administratif). Ce comité s'est réuni le premier jour de la démarche d'évaluation afin de valider le dispositif ainsi que le dernier jour en fin d'après-midi afin de recueillir l'avis des évaluateurs à l'occasion de la réunion de restitution. Cette restitution a été également été réalisée auprès des professionnels et de toute autre personne ayant souhaité y participer.

Certains membres du comité, au-delà des réunions d'introduction et de restitution, ont également participé à titre individuel ou collectif avec d'autres professionnels à plusieurs séances d'évaluation avec les différents évaluateurs durant les trois journées sur site. Au total, ce sont 32 personnes qui ont pu participer aux réunions dont la direction, l'infirmière hygiéniste en charge également de la qualité, la cadre de santé, deux adjoints administratifs, 5 IDE, 8 AS de jour, 2 AS de nuit, la personne responsable du service lingerie, le médecin coordonnateur, la personne responsable de l'animation, la psychologue, 3 ASH, 1 résident, 1 bénévole, le chef de cuisine et le responsable maintenance.

Liste des personnes ayant participé à la démarche d'évaluation

La liste des personnes ayant participé à l'évaluation est jointe en annexe avec les feuilles de présence aux différentes séances d'évaluation.

Nombre de jours hommes pour conduire l'évaluation

L'évaluation externe s'est déroulée sur 10.5 journées dont 0.5 jour d'étude documentaire, 9 journées sur site (3 jours pour 3 évaluateurs), 0.5 jour pour l'élaboration du pré-rapport et 0.5 jour pour le rapport final.

Dates de début et fin de mission

En dehors de la phase préparatoire et d'étude documentaire, la mission sur site s'est déroulée les 18, 19 et 20 Novembre 2013. La remise du pré-rapport a été retardée à la demande de l'organisme évaluateur en raison de la période de fin d'année.

Le pré-rapport n'a été remis que le 31 Janvier 2014 laissant à l'établissement la totalité du mois de Février 2014 afin d'apporter ses observations. Le rapport final a été validé et remis à l'EHPAD "Lucie et Raymond AUBRAC" au début de mois de Mars 2014 afin que ce dernier puisse le transmettre aux autorités chargées du renouvellement de l'autorisation.

10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe

L'évaluation externe s'est déroulée de façon professionnelle dans une ambiance conviviale, une bonne écoute et une prise en considération des réalités de terrain. Les évaluateurs ont donné la priorité à l'esprit de personnalisation du travail autour des résidents avant de vérifier la formalisation.

L'évaluation externe fait suite à une intense préparation les mois précédents avec une implication de tout le personnel de la maison de retraite, des représentants des résidents et des familles.

Le plan d'évaluation prévu dans le contrat de mission a été respecté. A notre demande, à la fin du troisième jour, un temps de restitution pour l'ensemble du personnel a été organisé et apprécié.

Proportionnellement au temps passé avec le médecin évaluateur lors des trois journées, les soignants ont ressenti davantage le côté réglementaire et administratif dans le pré rapport. Certains thèmes importants comme l'accompagnement en fin de vie sont abordés succinctement.

Les délais de remise du pré rapport ont été repoussés à la demande de M. BINOS. Il a utilisé un nouveau logiciel pour la saisie du pré rapport. La première lecture a été fastidieuse et incomplète pour la réunion du comité de suivi. Lorsque la version a été améliorée et complétée, nous avons réuni la commission qualité afin d'avoir une vision globale et « critique ».

Suite à la commission qualité, la référente qualité a eu un long entretien téléphonique constructif avec M. BINOS. Des précisions ont été apportées sur un certain nombre de points, concernant notamment la prévention des risques liés à la santé et à la vulnérabilité des résidents.

Sur les conclusions de l'évaluation externe

L'organisation de notre démarche d'amélioration continue (commissions issues du projet d'établissement et de l'évaluation interne, réunions d'équipes...) a été reconnue et validée par les évaluateurs. La partie la plus délicate est le suivi des actions à programmer et à évaluer avec la mise en place d'indicateurs.

Le sens de notre travail, centré sur le résident et son bien-être a été ressenti et mis en valeur par les évaluateurs. Le résident est au cœur de notre métier. Il reste à construire son PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) en rassemblant tous les éléments existants déjà.

Un groupe de travail avec des représentants des différents services est mis en place. Il devra aboutir rapidement à une formalisation du PAP en partenariat avec le résident.