

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES



L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Anesm

Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

INTRODUCTION	5
L'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements	6
Les objectifs de l'évaluation	6
Une dynamique continue donnant du sens aux pratiques	6
Une obligation législative	7
Le contexte de l'évaluation dans les Ehpad.....	7
Les caractéristiques de la démarche d'évaluation	8
Les destinataires de la recommandation.....	8
La recommandation : mode d'emploi.....	9
Partie 1 : la conduite de la démarche d'évaluation	9
Partie 2 : la démarche d'évaluation axe par axe	9
Partie 3 : les annexes	9
 I. LA CONDUITE DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION.....	11
1 S'appuyer sur les démarches existantes	12
1.1 Comment utiliser le référentiel d'une démarche qualité existante dans sa démarche d'évaluation ?	12
1.2 Comment articuler l'évaluation interne avec les autres obligations réglementaires ?.....	13
2 Évaluer cinq axes centrés sur les résidents	18
2.1 Où et comment rechercher les informations permettant l'évaluation de chaque axe ?	18
2.2 Quel déroulé suivre ?	19
2.3 Pourquoi et comment formaliser l'analyse de chaque axe ?	20
2.4 Récapitulatif des axes d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés.....	21
3 Les suites de l'évaluation	22
3.1 Comment piloter les suites de l'évaluation ?	22
3.2 Pourquoi et comment utiliser des indicateurs de suivi ?	23
3.3 Quelles données recueillir dans le système d'information pour renseigner les indicateurs de suivi ?	24
3.4 Comment présenter le rapport d'évaluation interne ?	25

II. LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION AXE PAR AXE	27
Axe 1 : Garantie des droits individuels et collectifs	38
Thème 1. La garantie des droits individuels	29
Thème 2. La garantie des droits collectifs	33
Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents	38
Thème 1. La prévention et la prise en charge de la douleur	40
Thème 2. La prévention et la prise en charge des chutes	43
Thème 3. La prévention et la prise en charge des escarres	46
Thème 4. La prévention et la prise en charge de la dénutrition	49
Thème 5. La prévention et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement	52
Thème 6. L'analyse et la maîtrise du risque infectieux	55
Thème 7. La continuité des soins	57
Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance	62
Thème 1. Le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides	63
Thème 2. La toilette	66
Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement	70
Thème 1. Le projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement)	71
Thème 2. La personnalisation des activités individuelles et collectives	74
Thème 3. La possibilité du maintien des liens sociaux	77
Axe 5 : Accompagnement de la fin de vie	82
Thème 1. L'accompagnement de la personne	83
Thème 2. Le soutien des proches et des professionnels	85
ANNEXES	91
Annexe 1. Références sur l'évaluation	92
Annexe 2. Éléments de méthode	94
Annexe 3. Élaboration de la recommandation	102

Introduction

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'Action sociale et médico-sociale soumet les établissements et services à une législation spécifique en matière d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations.¹

L'Anesm a pour mission d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques pour aider les établissements et services sociaux et médico-sociaux à mener leur évaluation.

Dans ce cadre deux recommandations ont déjà été publiées : *La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'Action sociale et des familles*, mars 2008, et *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'Action sociale et des familles*, juillet 2009².

La production d'une recommandation sur *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* s'inscrit dans le cadre du programme de travail de l'Agence. En parallèle de cette recommandation, l'Anesm conduit un programme de recommandations de bonnes pratiques professionnelles ciblé sur la « Qualité de vie en Ehpad »³.

L'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements

Les objectifs de l'évaluation

L'évaluation des activités a pour objectif d'améliorer la qualité des prestations pour les résidents. Elle aidera à adapter le fonctionnement de l'établissement et les pratiques des professionnels aux caractéristiques, aux spécificités, aux attentes et aux besoins des résidents⁴, dans le cadre des missions et des contraintes – en particulier budgétaires – qui lui sont imposées.

Cette évaluation porte une appréciation sur les actions mises en place et leurs effets pour la population accompagnée au regard des caractéristiques de cette dernière, des missions et des valeurs de la structure.

La démarche proposée dans ce document centre l'évaluation sur les effets des prestations pour l'utilisateur⁵, mais elle interroge également l'organisation interne de l'établissement (organisation du travail, gestion, ressources humaines, etc.), le projet d'établissement et la position de la structure par rapport à son environnement.

L'évaluation interne ne vise pas d'emblée l'exhaustivité de tous les thèmes mais elle procède par étapes successives et vise à dégager, avec la participation de tous les acteurs, des « nœuds », points de tension forte entre les intentions affichées et les réalisations effectives, entre les effets attendus pour les résidents et les effets constatés⁶.

Les différents cycles d'évaluation permettront de compléter au fur et à mesure l'exercice en approfondissant l'évaluation des axes proposés.

Une dynamique continue donnant du sens aux pratiques

De par son objet – les activités centrées sur les résidents et leurs conditions de réalisation – l'évaluation interne permet aux professionnels de réfléchir à leurs pratiques et de donner (ou retrouver) du sens à leur engagement dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

¹ L'article L312-8 du CASF et le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et des services sociaux et médico-sociaux en définissent les modalités.

² Ces recommandations s'appuient en partie sur les travaux engagés par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. CNESMS, *Évaluation interne : le guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, septembre 2006.

³ Anesm. *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2011.
Anesm. *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 2. Saint-Denis : Anesm, 2011.
Anesm. *La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 3. Saint-Denis : Anesm, 2012.
Anesm. *Qualité de vie liée à la santé. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 4. Saint-Denis : Anesm, 2012 (à paraître en 2012).

⁴ Lorsqu'il est fait mention « des attentes et des besoins des résidents », l'expression comprend les résidents, mais elle peut éventuellement comprendre leur représentant légal.

⁵ En ce sens elle se distingue mais est complémentaire des démarches d'amélioration de la qualité des établissements et services.

⁶ Anesm. *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles*. Saint-Denis : Anesm, 2008, p. 10.

De par ses modalités, démarche participative et collective, elle est à la fois un outil de management des équipes et un moyen d'implication des résidents, des familles voire d'autres partenaires dans les mesures d'amélioration mises en œuvre.

Une obligation législative

Dans le cadre de l'autorisation, la législation distingue deux types d'évaluations : l'évaluation interne et l'évaluation externe. La première est menée par l'établissement lui-même (éventuellement accompagnée d'un prestataire⁷), alors que l'évaluation externe est réalisée par un organisme extérieur habilité par l'Anesm. Les deux types d'évaluations sont complémentaires et portent sur les mêmes champs.

Elles s'inscrivent dans un processus dynamique, où chaque évaluation s'alimente des résultats de l'évaluation précédente.

Pour l'évaluation interne, les établissements transmettent à l'autorité ayant délivré l'autorisation les résultats de leur évaluation interne tous les 5 ans (soit trois évaluations internes pour une période d'autorisation de 15 ans).

Pour l'évaluation externe, les établissements procèdent à deux évaluations externes⁸, entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Les résultats de la première évaluation externe sont transmis au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation. Les résultats de la seconde sont transmis au plus tard deux ans avant le renouvellement de l'autorisation. Celui-ci (qu'il soit total ou partiel) est « *exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe* »⁹.

Le contexte de l'évaluation dans les Ehpad

Depuis 1999, les Ehpad sont engagés dans une démarche d'amélioration continue de leurs prestations aux résidents au travers de la réalisation de l'auto-évaluation et du suivi de l'engagement qualité pris dans le cadre de la convention tripartite.

La démarche d'évaluation interne en Ehpad s'appuie sur :

- **leur compétence en conduite de projet ;**

La méthodologie déployée pour renouveler la convention tripartite, actualiser le projet d'établissement ou rédiger le rapport d'activité offre un savoir-faire pour conduire la démarche d'évaluation. Dans le cadre de leurs obligations réglementaires, ils doivent justifier leur respect de la législation en vigueur, leur activité et ses conditions de mise en œuvre ainsi que le niveau de réalisation des objectifs d'amélioration de la qualité définis dans la convention tripartite. Dans ce sens, ces obligations réglementaires apportent également des informations complémentaires à l'évaluation interne et en sont un support, sans toutefois que l'évaluation interne puisse consister en un audit de conformité.

- **leur « culture de l'évaluation » ;**

La convention tripartite a valeur d'engagement dans une démarche de promotion de la qualité de l'accompagnement de la part des responsables d'établissement et des autorités d'autorisation et de tarification.

Cependant, cette démarche « d'auto-évaluation », basée sur le cahier des charges de cette convention tripartite¹⁰ porte principalement sur l'analyse des procédures et des processus.

Tout en s'appuyant sur cette expérience, ou d'autres référentiels existants, l'évaluation interne demande d'aller plus loin et d'**interroger les effets de ces processus pour les résidents.**

⁷ La possibilité de faire appel à un prestataire est proposée dans la « Démarche qualité – Évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire – Guide méthodologique », DGAS, mars 2004.

⁸ Voir en annexe le calendrier des évaluations et la liste des cas particuliers.

⁹ Article L313-1 du Code de l'Action sociale et des familles.

¹⁰ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Les caractéristiques de la démarche d'évaluation

L'évaluation nécessite :

- **une démarche participative et collective.** La démarche d'évaluation intègre les points de vue de l'ensemble des acteurs concernés :
 - les professionnels de l'établissement : représentants de l'organisme gestionnaire, président ou membre désigné par le Conseil d'administration, équipe de direction, professionnels de soins, d'accompagnement, de services logistiques, etc.
 - les intervenants extérieurs : libéraux, partenaires du territoire, bénévoles ;
 - les résidents et leur entourage. Elle prend en compte les éventuelles difficultés d'expression des résidents et identifie les meilleures conditions de leur participation¹¹.
- **une démarche d'objectivation.** La démarche d'évaluation nécessite une rigueur méthodologique permettant de construire une objectivité basée d'une part sur la fiabilité des données recueillies et analysées, d'autre part sur la confrontation des points de vue des acteurs impliqués dans la démarche.

L'évaluation se distingue des démarches d'audit, de certification et de contrôle dans la mesure où :

- le cadre de l'évaluation interne est élaboré à partir des particularités de chaque établissement (mission, valeurs, population accompagnée, etc.), de leur projet d'établissement, et n'est pas une grille pré-établie de critères.
- la démarche d'évaluation interne contribue à une démarche autonome d'appréciation de la qualité en vue d'éclairer les décisions de la structure et n'a pour but ni l'obtention d'un label, ni d'aboutir à une sanction.
- l'entrée dans la démarche est centrée sur la pertinence et les conditions de mise en œuvre des activités pour les résidents.

Les destinataires de la recommandation

Le présent document s'adresse aux professionnels exerçant dans des Ehpad.

Ce document fournit des **repères** utiles aux professionnels chargés de conduire ou de participer aux démarches d'évaluation interne et en particulier aux équipes d'encadrement, aux dirigeants d'organismes gestionnaires d'une ou de plusieurs structures¹² auxquels les établissements peuvent être rattachés.

Il peut également être utile aux organismes habilités chargés de réaliser l'évaluation externe et aux autorités ayant délivré l'autorisation, destinataires des rapports d'évaluation transmis par les établissements.

¹¹ Anesm. *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles*. Saint-Denis : Anesm, 2008 p. 10.

¹² Les organismes ici mentionnés sont les personnes morales publiques et privées gestionnaires d'établissement (dénommées institutions sociales et médico-sociales au sens du Code de l'Action sociale et des familles). Ils seront nommés dans la recommandation « organismes gestionnaires ».

La recommandation : mode d'emploi

Le document est constitué de trois parties.

Partie 1 : la conduite de la démarche d'évaluation

- L'articulation avec les démarches existantes
- L'évaluation de cinq axes centrés sur les résidents
- Les suites de l'évaluation

Cette partie est destinée à tous les professionnels mais permettra aux responsables de l'évaluation (direction, encadrement) d'avoir une vision globale de la démarche afin de pouvoir communiquer avec les équipes. Un diaporama, résumant cette partie est disponible sur le site de l'Anesm.

Partie 2 : La démarche d'évaluation axe par axe

- La garantie des droits individuels et collectifs
- La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents
- Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance
- La personnalisation de l'accompagnement
- L'accompagnement de la fin de vie

Cette partie est destinée à tous les professionnels mais particulièrement à des groupes de travail sur l'évaluation d'un ou plusieurs thèmes de un ou plusieurs axes. Pour chaque thème, l'ensemble de la démarche est décliné concrètement afin de faciliter d'une part l'évaluation des thèmes et des axes, d'autre part son appropriation par tous les acteurs.

Partie 3 : les annexes

- Les références des textes législatifs, réglementaires et administratifs concernant l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux
- Des éléments de méthode de conduite de la démarche d'évaluation sous forme de fiches pratiques

Du fait de la grande hétérogénéité des Ehpad sur l'avancement de l'évaluation interne, il a été choisi de faire des fiches pratiques qui synthétisent les aspects méthodologiques développés dans la recommandation transversale à tous les ESSMS faite par l'Anesm en juillet 2009¹³.

Elles sont plus destinées aux Ehpad qui ne disposent pas de personne ressource en matière d'évaluation interne, de démarche qualité que ce soit in situ ou au niveau d'un centre de référence (centre hospitalier, siège de l'organisme gestionnaire, centre de ressources...).

¹³ Anesm. *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles*. Saint-Denis : Anesm, 2009.

I.

La conduite de la démarche d'évaluation

1 S'appuyer sur les démarches existantes

L'évaluation est une démarche qui s'intègre à la vie de l'établissement. Pour faciliter cette intégration, l'établissement s'aide des démarches qu'il a déjà mises en place.

1.1 Comment utiliser le référentiel d'une démarche qualité existante dans sa démarche d'évaluation ?

Si le cadre évaluatif est spécifique à chaque catégorie de structure et ne peut correspondre à un référentiel commun à l'ensemble des établissements, ces derniers peuvent s'appuyer sur le référentiel d'une démarche qualité existante (Angélique, NF x50-058, Qualicert, EVA, Véronique, Référentiel 24, etc.). Ce référentiel aidera à la construction du cadre évaluatif, au recueil d'informations ou à son analyse.

Dans le cadre de la démarche d'évaluation et de la construction du cadre évaluatif, l'utilisation d'un référentiel existant nécessite de la part de la structure de :

Vérifier l'adaptation du référentiel aux spécificités de l'établissement	Lorsque les structures utilisent un référentiel commun à plusieurs d'entre elles, elles doivent s'assurer qu'il correspond bien à leurs spécificités (missions, valeurs, caractéristiques des populations accueillies, etc.). Généralement, le référentiel fait l'objet d'une adaptation lors de l'évaluation.
Compléter, si nécessaire, le référentiel	L'évaluation interne doit être en mesure de renseigner trois niveaux d'information : • Quelles sont les dispositions mises en place en termes de moyens humains, matériels, financiers et de procédures ? • Quelles sont les pratiques observées ? • Quels sont les effets constatés pour l'utilisateur ? Si la structure utilise un référentiel, elle doit vérifier que ce dernier permet de répondre à ces trois niveaux d'information et aux cinq axes d'évaluation recommandés (cf. infra). Le cas échéant, la démarche d'évaluation devra compléter les éléments manquants (il s'agit généralement des effets constatés pour les usagers).
Vérifier la compréhension du référentiel	Le référentiel doit être compréhensible aussi bien par l'équipe de direction, les administrateurs et les professionnels de l'établissement que par les résidents, leurs proches et les bénévoles. Des sessions de travail pour discuter et reformuler le référentiel sont conseillées.
Répondre aux items de manière collective	Il importe que l'appréciation des items du référentiel soit effectuée de manière collective (généralement en groupe de travail). Les réponses apportées sont le résultat d'un consensus, d'un diagnostic partagé. Avant de répondre et de confronter les points de vue, un temps de réflexion individuelle peut s'avérer nécessaire.
Motiver les items cotés	Une cotation chiffrée ou allant de A à D n'est pas suffisante ; elle doit être justifiée et peut être complétée par des préconisations. Ces commentaires permettront d'identifier les pistes d'amélioration.

1.2 Comment articuler l'évaluation interne avec les autres obligations réglementaires ?

Les documents tels que le projet d'établissement et la convention tripartite pluriannuelle font état d'éléments de contexte, de « population cible », de ressources mobilisables, d'organisation prévue et d'objectifs poursuivis, données de base nécessaires à l'évaluation interne.

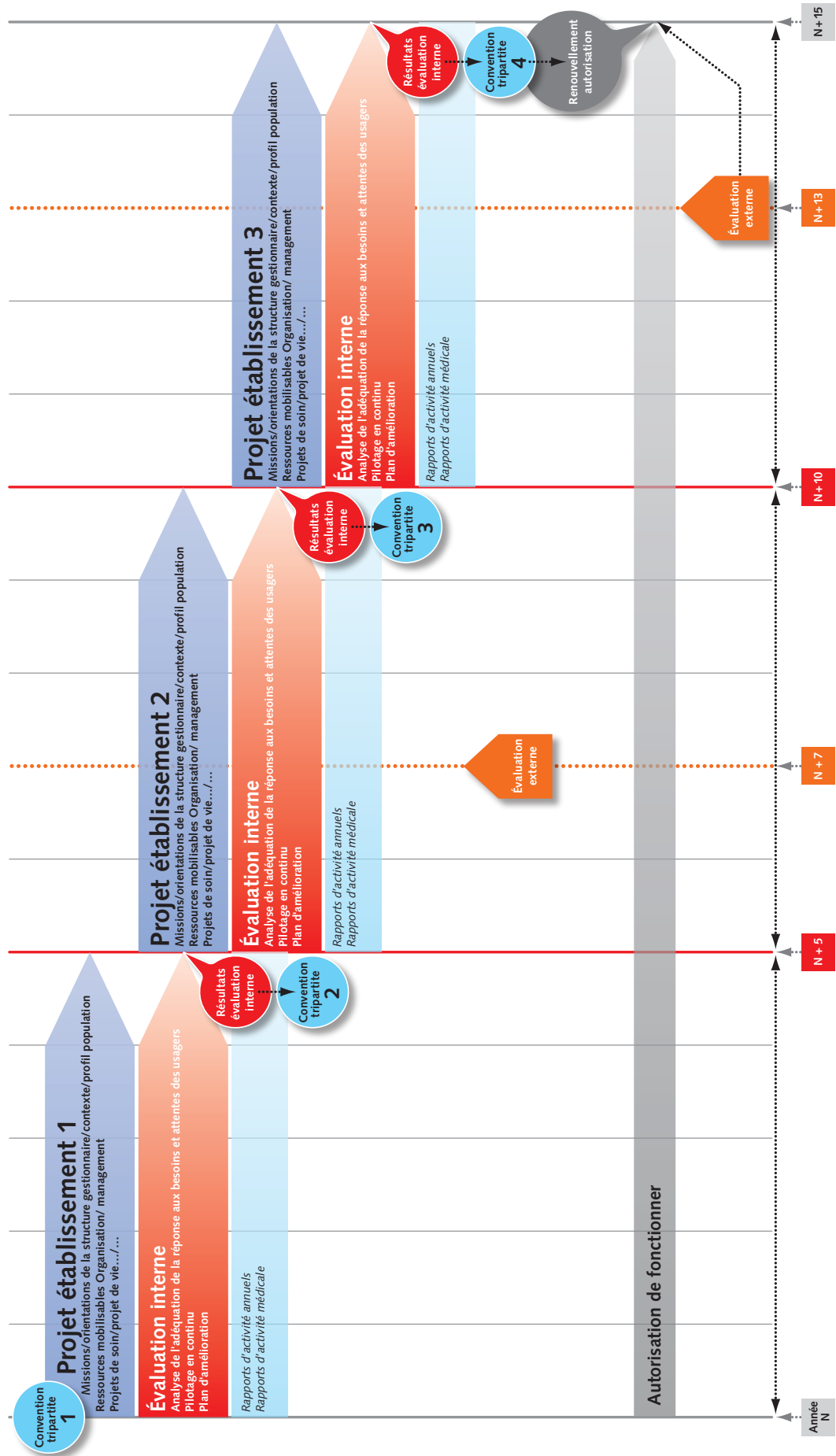
Le questionnement évaluatif va permettre de mettre en évidence l'évolution du contexte, du profil des personnes effectivement accueillies, des ressources effectivement mobilisées, des pratiques effectivement déployées et des effets pour les usagers.

La convention tripartite	Au cours d'une période d'autorisation de 15 ans, la vie d'un établissement pour personnes âgées dépendantes a pour particularité d'être rythmée par la convention tripartite pluriannuelle (CTP) signée avec le Président du Conseil Général et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Son renouvellement est quinquennal. La CTP définit « <i>les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins...</i> ». Le processus de renouvellement est articulé autour des objectifs fixés et des engagements pris dans la convention précédente pour l'amélioration de la qualité. <i>L'évaluation interne repartira de ces objectifs pour en évaluer la pertinence, les dispositions mises en place, les pratiques effectuées et les effets pour les résidents.</i>
Le projet d'établissement ¹⁴	Chaque Ehpad dispose d'un projet d'établissement dont l'actualisation doit être effectuée au moins tous les cinq ans. • Il décline les missions générales, confiées par le biais de l'autorisation. Ces orientations sont liées au contexte (implantation, territoire, etc.) et aux ressources internes et externes mobilisables (ressources humaines, organisation, management, architecture, coordinations, etc.). • Il précise le profil de la population accueillie¹⁵, formalise les objectifs et présente la manière dont les modalités d'intervention spécifiques sont adaptées à chaque personne. <i>C'est dans le projet d'établissement que l'on retrouve les objectifs qui permettent d'élaborer le cadre évaluatif.</i>
Le rapport d'activité	« <i>Les évaluations internes prévues au premier alinéa de l'article L312-8 reposent sur une démarche continue retracée chaque année dans le rapport d'activité des établissements et services concernés</i> » (Article D312-203 du CASF). Chaque année la direction de l'établissement rend compte de son activité aux autorités de contrôle et de tarification dans un rapport d'activité (RA) mentionné à l'article R314-50 du Code de l'Action sociale et des familles. Un rapport d'activité médicale (RAM) est rédigé sous la responsabilité du médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante et doit être signé par le responsable d'établissement conformément aux dispositions de l'article D312-158 du même code. <i>Dans ce rapport d'activité, de nombreuses données, en particulier concernant l'évaluation de l'axe 2 et 3 (cf. infra pp. 40-64) sont disponibles.</i>
L'évaluation externe	L'établissement fait appel à un prestataire parmi les organismes habilités par l'Anesm, pour réaliser l'évaluation externe. Pour faire ce choix, l'établissement élabore un document de mise en concurrence qui définit les finalités de l'évaluation externe et ses modalités de mise en œuvre. Le rapport réalisé par le prestataire est destiné à l'établissement qui le remet aux autorités ayant délivré l'autorisation. <i>Un des objectifs de l'évaluation externe est d'examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne (décret 15 mai 2007- article annexe 3-10).</i>

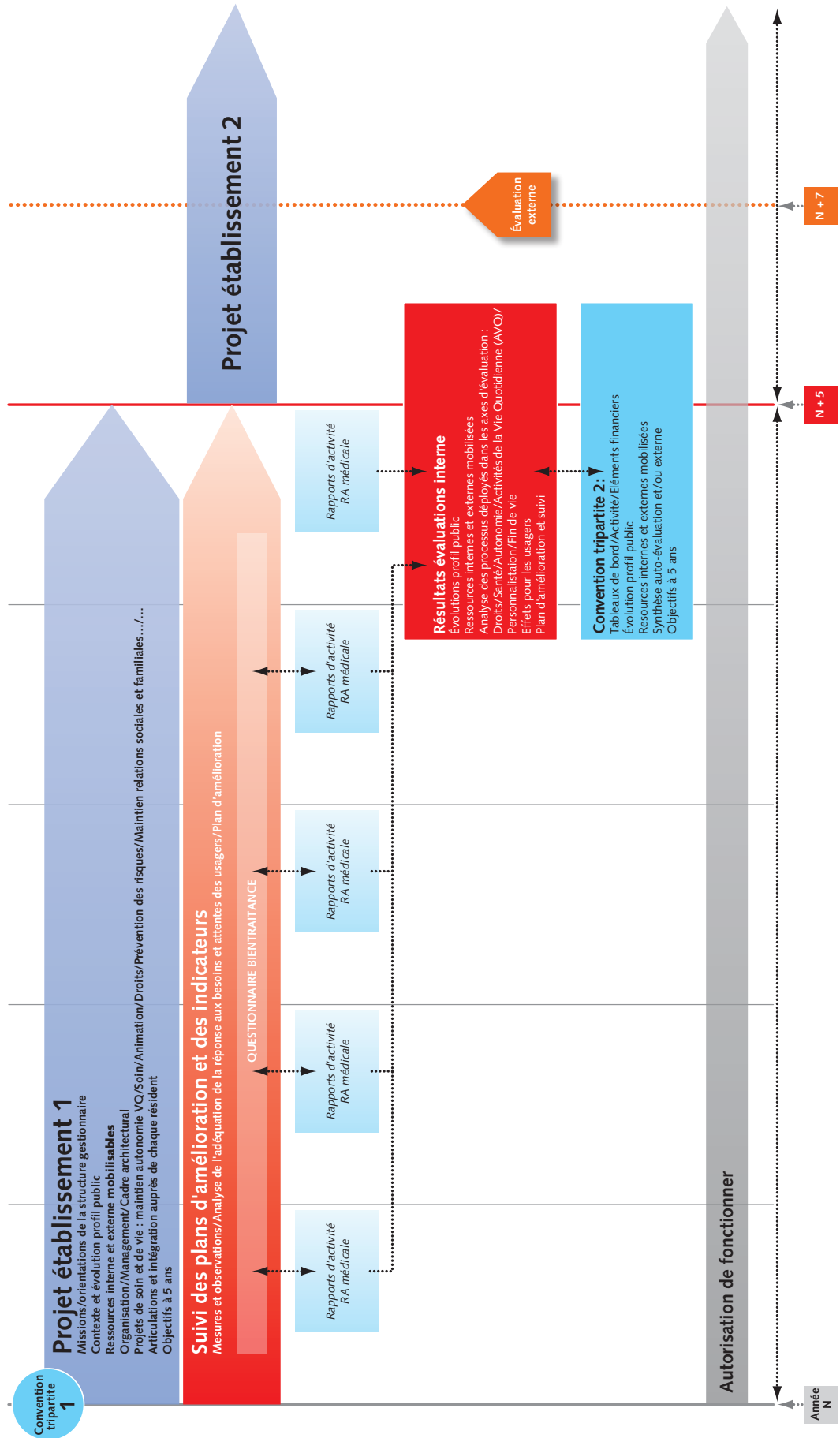
¹⁴ Anesm. *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service*. Saint-Denis : Anesm, 2010.

¹⁵ Voir en annexe la fiche 7 « Comment caractériser le profil des personnes accompagnées ? ».

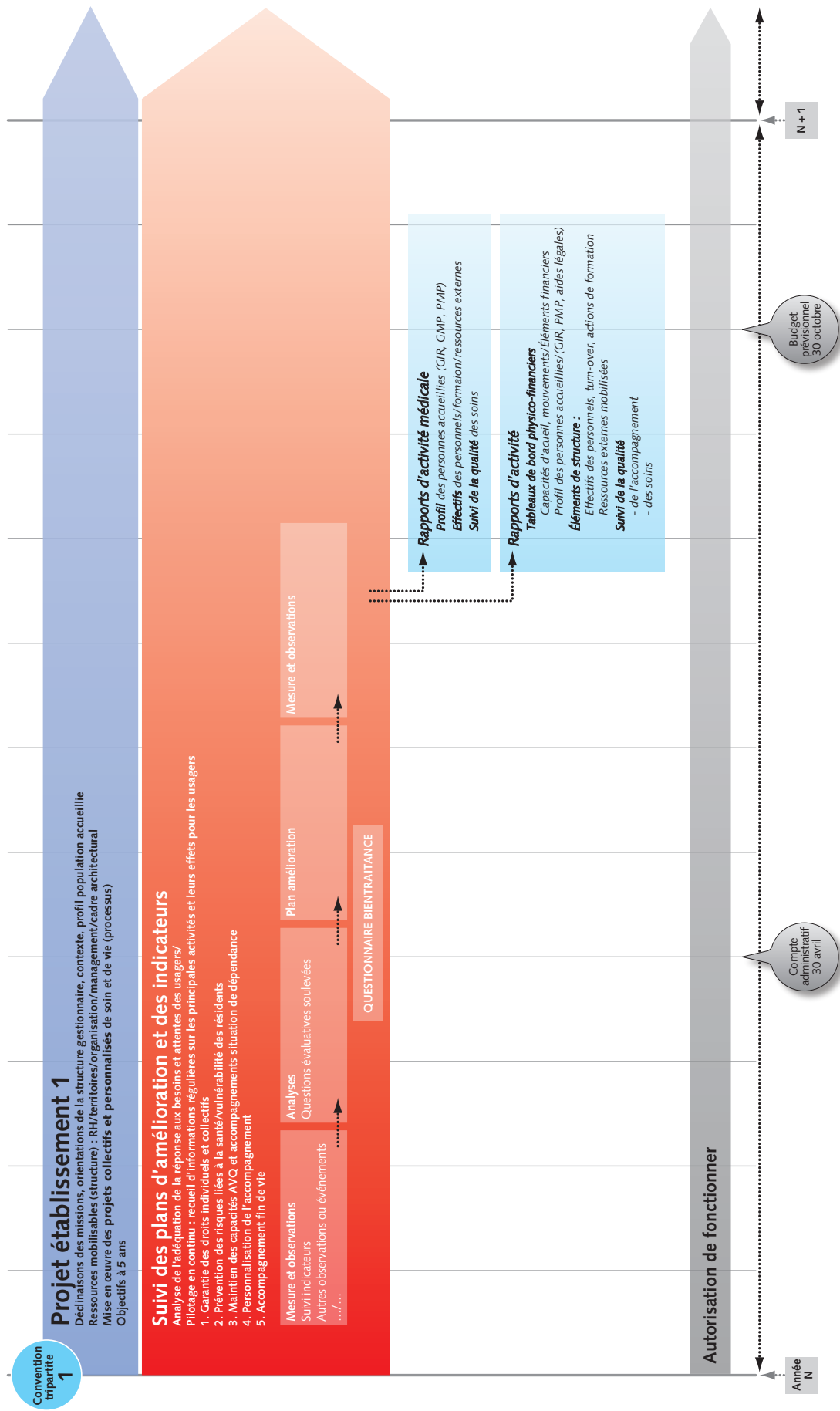
Articulations entre les projets d'établissements, les conventions tripartites et les évaluations : 15 ans



Articulations entre les projets d'établissements tripartites et les évaluations : 5 ans



Articulations entre les projets d'établissements, les conventions tripartites et les évaluations : 1 an



2 Évaluer cinq axes centrés sur les résidents

Les prestations engagées par les structures relèvent des principaux objectifs d'intervention impartis au secteur social et médico-social. Ces objectifs sont définis dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et les critères d'appréciation sont énoncés dans le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007, à savoir :

- la garantie des droits et la participation des usagers ;
- la protection, la gestion et la prévention des risques ;
- la personnalisation de l'accompagnement ;
- la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie des usagers.

Compte tenu des spécificités des Ehpad, il est recommandé d'évaluer les activités centrées sur les résidents selon cinq axes qui déclinent ces quatre objectifs énoncés dans les textes de référence¹⁶.

Axe 1	La garantie des droits individuels et collectifs
Axe 2	La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents
Axe 3	Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance
Axe 4	La personnalisation de l'accompagnement
Axe 5	L'accompagnement de la fin de vie

Cette évaluation est une évaluation en continu sur cinq ans. Le choix de l'ordre des axes d'évaluation est fait par le comité de pilotage au regard de ce qu'il juge prioritaire.

2.1 Où et comment rechercher les informations permettant l'évaluation de chaque axe ?

Sur les objectifs et les pratiques réalisées :

- par l'analyse des documents comme le projet d'établissement, le rapport d'activité annuel, le plan de formation, les fiches de postes, les comptes rendus de réunions du conseil de la vie sociale (CVS) et autres lieux d'expression, les conventions signées, etc.
- par l'analyse des démarches d'amélioration de la qualité déjà faites, que ce soit avec l'outil d'autodiagnostic Angélique ou équivalent, des référentiels de certification, le questionnaire Bientraitance, le programme Mobiquil ou autres outils, etc.
- par le recueil de données quantitatives dans les dossiers résidents, les évaluations faites avec la grille AGGIR et autre échelle d'évaluation¹⁷, la grille PATHOS, les tableaux de bord médico-administratifs, les dossiers des ressources humaines, le planning des activités d'animation, le registre des effets indésirables ou autre système de recueil des plaintes, les rapports d'activités des partenaires de convention, etc.
- par l'analyse de données qualitatives informant sur les objectifs et pratiques en cours, etc.

¹⁶ CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ; Anesm. *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles*. Saint-Denis : Anesm, 2009.

¹⁷ AGGIR, certes obligatoire, n'est qu'un des éléments de « l'évaluation globale de la personne ».

Sur les effets des pratiques pour les résidents :

- par le recueil de données qualitatives auprès des professionnels, des résidents et de leur entourage lors de réunions, d'entretiens, de questionnaires, etc.
- par la comparaison des grilles AGGIR (ou autres outils d'évaluation) faites tout au long du séjour des résidents, etc.
- par l'analyse collective pluridisciplinaire d'un certain nombre de dossiers de résidents, etc.

2.2 Quel déroulé suivre ?

Pour chaque axe d'évaluation proposé ci-après, il est recommandé de suivre les quatre phases de la démarche d'évaluation¹⁸ selon le schéma suivant :

Phase 1 Définir le cadre évaluatif	Les objectifs	Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée : • Quels sont nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ? • Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre ces objectifs ?
	Les actions à mettre en place pour atteindre ces objectifs	
Phase 2 Recueillir les informations	Les dispositions mises en place	• Comment nous sommes-nous organisés ? Avec qui ? Quand ? Avec quels moyens ? Quelles sont les modalités ? • Que faisons-nous effectivement ? • Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?
	Les pratiques observées	
	Les effets constatés pour les usagers	
Phase 3 Analyser les informations	Identification des écarts	L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.
	Recherche d'éléments explicatifs aux écarts observés	
	Identification des points forts et des changements	
Phase 4 Piloter les suites de l'évaluation	Indicateurs de suivi	Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?
	Suivi du plan d'amélioration	Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?

¹⁸ La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles.

2.3 Pourquoi et comment formaliser l'analyse de chaque axe ?

La traçabilité des informations utilisées pour l'évaluation de chaque axe est importante pour pouvoir :

- communiquer à l'ensemble des acteurs de l'Ehpad les points saillants ressortant de l'évaluation des thèmes étudiés ;
- suivre régulièrement la mise en œuvre et l'efficacité des actions d'amélioration ;
- garder trace de la réflexion collective sur le sujet à une année N pour être utilisée lors du suivi à l'année N+1 ;
- écrire le rapport d'évaluation interne qui est à remettre aux autorités de tarification et d'autorisation ;
- fournir des éléments de preuve de l'évaluation de cet axe lors de l'évaluation externe.

Cette traçabilité peut être réalisée sous deux formes complémentaires :

- un compte rendu de réunion qui peut être structuré de la manière suivante :
 - les principaux constats ;
 - les principaux écarts et leur analyse présentés de manière synthétique ;
 - les objectifs d'amélioration ;
 - les moyens à mobiliser en termes de moyens humains et de compétences ;
 - l'organisation et le management ;
 - l'information et la communication ;
 - les partenariats à solliciter ;
 - les données quantitatives et qualitatives à suivre ;
 - le calendrier de suivi ;
 - les personnes chargées de collecter les informations sur le suivi des actions.
- un tableau de suivi des informations quantitatives qui peut être mis en place et alimenté régulièrement par la ou les personnes responsables de la collecte des informations.

2.4 Récapitulatif des axes d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés

Axes d'évaluation	Thèmes	Indicateurs de suivi recommandés
Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs	• Garantie des droits individuels • Garantie des droits collectifs	• Taux de contention passive • Taux de réponses apportées aux demandes du CVS
Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents	• Prévention et prise en charge de la douleur • Prévention et prise en charge des chutes • Prévention et prise en charge des escarres • Prévention et prise en charge de la dénutrition • Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement • Analyse et maîtrise du risque infectieux • Continuité des soins	• Taux évaluation douleur • Taux de résidents ayant chuté • Taux d'escarres acquises dans Ehpad • Taux de résidents pesés une fois par mois • Taux évaluation troubles humeur/comportement • Taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués • Taux d'hospitalisation en urgence
Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance	• Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes invalides • Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale	• Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations • Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations
Axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement	• Le projet personnalisé • Personnalisation des activités individuelles et collectives • Possibilité du maintien des liens sociaux	• Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement • Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées • Taux de résidents isolés
Axe 5 : Accompagnement de la fin de vie	• Accompagnement de la personne • Le soutien des proches et des professionnels	• Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie

3 Les suites de l'évaluation

3.1 Comment piloter les suites de l'évaluation ?

L'évaluation doit déboucher sur des propositions d'actions permettant l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des usagers.

Proposer, hiérarchiser et valider des actions à améliorer	L'analyse du recueil d'information axe par axe permet un diagnostic de la situation. Le groupe de travail s'appuie sur ces constats pour proposer des actions d'amélioration. Celles-ci sont hiérarchisées par le comité de pilotage et validées par la direction.
Élaborer un plan de suivi	Pour chaque objectif d'amélioration, sont identifiés 4 éléments nécessaires à leurs mises en œuvre : • Les effets qui sont attendus. Les résultats que l'établissement souhaite atteindre. • Les moyens humains. Le comité de pilotage désigne une personne qui pilote les actions à mettre en place pour atteindre l'objectif et les personnes qui aideront à sa mise en œuvre. • Les moyens matériels et financiers. Le coût en euros, en temps et en moyens logistiques sont à prévoir. • Les moyens de communication. La direction, l'ensemble des professionnels, les résidents et les proches par le biais du CVS doivent être informés de l'avancée des actions. Ces éléments aideront à construire un calendrier prévisionnel.
Mettre en place un comité de suivi	La taille du comité de suivi varie en fonction de la taille de l'établissement et du volume des activités. Cependant, il est généralement plus petit que le comité de pilotage et que les groupes de travail. Il se réunit moins souvent. Il peut être animé par un membre du comité de pilotage, un cadre ou le référent évaluation. L'animateur de ce comité supervise l'avancée de chaque plan d'amélioration.
Diffuser et transmettre le rapport d'évaluation	Les services diffusent les résultats de l'évaluation auprès des différents acteurs de la démarche. Il est important d'adapter le support (présentation orale, articles, résumés, etc.), le mode de transmission (réunions, par courrier, par email, etc.) et le vocabulaire en fonction de l'interlocuteur (professionnels, usagers et proches, partenaires, bénévoles, etc.). Les établissements doivent mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue et retracer chaque année dans leur rapport d'activité l'état d'avancement des améliorations prévues. Ils communiquent tous les cinq ans les résultats de leur évaluation interne aux autorités ayant délivré l'autorisation.

3.2 Pourquoi et comment utiliser des indicateurs de suivi ?

Les indicateurs recommandés sont proposés ici à titre de repères. Sont disponibles sur le site de l'Anesm les travaux complémentaires faits sur leur compréhension et leur faisabilité.

Les établissements peuvent enrichir ou adapter la palette d'indicateurs de suivi à leur situation spécifique.

Choisir un indicateur	Un indicateur est une information choisie, une variable qui aide à : • interroger un ou plusieurs processus mis en œuvre pour répondre aux objectifs d'accompagnement et de soins et leurs effets pour les résidents ; • déclencher un questionnement évaluatif du thème étudié lorsque cet indicateur signale une qualité insuffisante des effets mesurés ou lorsque sa valeur varie d'une mesure à l'autre ; • mesurer l'effet du plan d'amélioration mis en place à la suite de l'évaluation.
Construire un indicateur	Les données servant à la construction d'un indicateur doivent être vérifiables, quantifiables et faciles à retrouver.
Prendre en compte les données de l'indicateur avec les autres éléments d'analyse	Même lorsqu'un indicateur donne une information précise, celle-ci reste toujours partielle et ne prend réellement du sens qu'associée à d'autres éléments d'analyse.
Suivre les indicateurs	Le suivi des indicateurs permet à l'établissement de disposer de données quantitatives sur son activité et peut constituer un point de départ à un questionnement. Les constats réalisés sur leur évolution permettent d'entrer dans la démarche d'évaluation interne ou de la poursuivre et d'interroger les pratiques professionnelles. L'évaluation aide à comprendre les constats effectués, à analyser les écarts constatés par rapport à « soi même ». Le suivi des indicateurs permet de mesurer le cheminement de l'établissement entre deux évaluations mais n'a pas pour objectif la comparaison entre établissements.

3.3 Quelles données recueillir dans le système d'information pour renseigner les indicateurs de suivi ?

Il s'agit des données à inclure dans le système d'information/dossier du résident sous forme de base de données pour le suivi des indicateurs de suivi de la qualité proposés.

Il est à noter que les indicateurs sur le suivi des demandes du CVS, l'analyse des risques infectieux ou la satisfaction des résidents par rapport aux activités collectives proposées, ne peuvent être suivis par ce tableau car ils nécessitent des relevés d'informations spécifiques qui ne sont pas dans les dossiers des résidents.

1.	identifiant	
2.	date de naissance	
3.	date d'entrée dans l'Ehpad	
4.	date de sortie de l'Ehpad	
5.	motif de sortie définitive: retour à domicile / autre Ehpad / hospitalisation / décès / autres	
6.	lieu du décès: Ehpad / service soins palliatifs / urgences hôpital / service hospitalier	
7.	Implication du résident dans le projet personnalisé	OUI/NON
8.	isolement social complet (ni proche, ni visite)	OUI/NON
9.	hospitalisation ¹⁹ programmée	date début/date fin
10.	hospitalisation non-programmée	date début/date fin
11.	date passage aux urgences ²⁰	jj/mm/aaaa
12.	GIR à l'entrée / tous les 6 mois	
	a. cohérence	A/B/C
	b. orientation	A/B/C
	c. toilette haut	A/B/C
	d. toilette bas	A/B/C
	e. habillage haut	A/B/C
	f. habillage moyen	A/B/C
	g. habillage bas	A/B/C
	h. alimentation se servir	A/B/C
	i. alimentation manger	A/B/C
	j. élimination urinaire	A/B/C
	k. élimination fécale	A/B/C
	l. transfert	A/B/C
	m. déplacements à l'intérieur	A/B/C
	n. déplacements à l'extérieur	A/B/C
	o. communication à distance	A/B/C
13.	diagnostic de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée	OUI/NON
14.	existence d'une douleur	OUI/NON
15.	dates évaluations douleur avec échelle validée (échelle verbale simple (EVS), échelle verbale numérique (EVN), Doloplus, Algoplus, ECPA)	jj/mm/aaaa
16.	dates chutes	jj/mm/aaaa
17.	date début escarre	mm/aaaa
18.	date fin escarre	mm/aaaa
19.	dates poids jj/mm/aaaa historique possible sur ensemble du séjour (au moins trois ans)	
20.	existence d'un trouble du comportement ou de l'humeur	OUI/NON
21.	date évaluation troubles humeur/comportement	
22.	date prescription contention passive	
23.	date révision prescription contention passive	
24.	résident en fin de vie (phase terminale)	OUI/NON

¹⁹ Hospitalisation = au moins une nuit à l'hôpital.

²⁰ Passage aux urgences = aller – retour urgences/Ehpad dans la même journée.

3.4 Comment présenter le rapport d'évaluation interne ?

L'annexe 3-10 du Code de l'Action sociale et des familles relative au contenu du cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes²¹ précise par ailleurs au chapitre III que les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation ainsi qu'une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations doivent être fournis à l'évaluateur externe.

Il est recommandé de structurer le document de transmission des résultats de la façon suivante :

1^{re} partie :

Présentation de l'établissement et des éléments de cadrage des activités

La présentation des missions, du cadre réglementaire et des objectifs principaux des activités déployées est réalisée de manière synthétique :

- les missions et le cadre réglementaire, contenus dans l'autorisation ;
- les contractualisations engagées (CPOM, conventions tripartites ou autres) ;
- les principales valeurs de l'organisme gestionnaire et les références du projet d'établissement ou de service ;
- les orientations et les objectifs généraux qui en découlent.

La caractérisation de la population est exposée et renvoie à toutes les dimensions de l'accompagnement (soins, éducatif, social, psychologique, formation...) :

- les caractéristiques communes identifiées et les évolutions significatives constatées dans le temps.

La présentation de la spécification des objectifs à partir des activités communes aux établissements sociaux ou médico-sociaux est exposée synthétiquement, ce que signifie concrètement pour la population :

- la garantie des droits individuels et la participation des résidents ;
- la prévention des risques liés à la vulnérabilité des résidents ;
- le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance ;
- la prise en compte personnalisée des besoins et des attentes ;
- l'accompagnement de la fin de vie.

²¹ Annexe 3-10 du CASF / chapitre III / point 3.1 / 8°.

2^e partie :

Éléments de méthode

Protocole d'évaluation :
➤ choix d'entrée et temporalité ; ➤ difficultés éventuelles rencontrées.
Les modalités de l'implication des instances délibératives et dirigeantes, des professionnels et des usagers dans la démarche :
➤ composition de l'instance d'évaluation ou groupe projet ; ➤ modalités de consultation des usagers aux différentes étapes de la démarche, précisant les types de données recueillies ; ➤ modalités d'association des professionnels aux différentes étapes de la démarche, précisant les types de données recueillies.
Les grandes modalités de la remontée des informations :
➤ les principaux indicateurs retenus ; ➤ les référentiels éventuellement utilisés ; ➤ les études ou recherches spécifiquement menées ou exploitées ; ➤ les grilles d'observation, de recueil de données utilisées ou créées ; ➤ les outils complémentaires éventuellement mobilisés.

3^e partie :

Présentation des résultats

Les principaux constats sont présentés de manière synthétique :
➤ le niveau de réalisation des objectifs ; ➤ le niveau d'intégration des recommandations de pratiques professionnelles ; ➤ les effets constatés pour les usagers et la pertinence des activités déployées.
Le plan d'amélioration du service rendu est précis. Il comprend :
➤ les objectifs d'amélioration priorités ; ➤ les résultats attendus, les indicateurs de suivi et de résultat retenus ; ➤ le calendrier de son déploiement.
Les moyens mobilisés ou à mobiliser sont déclinés sur plusieurs registres :
➤ les moyens humains et les compétences ; ➤ l'organisation et le management ; ➤ les moyens matériels et financiers ; ➤ l'information et la communication ; ➤ les partenariats à solliciter ; ➤ les résultats des actions mises en place, obtenus au cours de la période considérée.

II.

La démarche d'évaluation axe par axe

Axe 1

Garantie des droits individuels et collectifs

La loi n° 2002-2 rénovant l'Action sociale et médico-sociale a renforcé les droits individuels et collectifs des usagers. Elle définit **les droits et libertés individuels** et rend obligatoires différents instruments garantissant leur mise en œuvre.

La participation des usagers est ici utilisée dans le sens de **la participation au fonctionnement de l'Ehpad** (la participation de l'usager dans son accompagnement est traitée de manière plus approfondie dans l'axe personnalisation).

La participation au fonctionnement de l'établissement est un droit (et non une obligation pour les résidents) institué par la loi. Elle en a précisé les formes (conseil de la vie sociale, enquêtes de satisfaction, groupes d'expression, etc.) et en a énuméré des thèmes de consultation des usagers (organisation de la vie quotidienne, nature et prix des services rendus, animation de la vie institutionnelle, etc.).

Permettre à tous les résidents l'exercice de leurs droits est un des objectifs du projet de vie sociale, volet du projet d'établissement²².

Deux thèmes à évaluer :

➤ La garantie des droits individuels

➤ La garantie des droits collectifs

Liens avec d'autres démarches dans l'établissement :

- **Liens avec Angélique** : Q12, 13, 24 à 29, 31, 32 (droits), Q96 (contention physique), Q18, Q30, Q139, Q142 (expression, qualité).
- **Liens avec le questionnaire bientraitance** : Q6 (exploration des facteurs déclenchant les troubles psychologiques ou comportementaux), Q9 (procédure recours à la contention), Q13, Q5 (expression volonté, participation), Q20 (avis CVS sur respect des personnes).

²² Anesm. *La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 3 Saint-Denis : Anesm, 2012

Thème 1. La garantie des droits individuels

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont confiées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Garantir le droit au respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité des résidents ;
- Garantir le droit à une prise en charge et un accompagnement de qualité favorisant son autonomie ;
- Garantir le libre choix entre les prestations proposées et le respect du consentement éclairé de la personne ou de son représentant légal et le droit à la renonciation ;
- Garantir le droit à l'information ;
- Garantir le droit à la confidentialité des informations concernant les personnes ;
- Garantir le droit à l'exercice des droits civiques, à la pratique religieuse ;
- Garantir le droit au respect des liens familiaux ;
- Garantir le droit à la participation de la personne (et/ou de son représentant légal) à la conception et la mise en œuvre du projet qui la concerne (*N.B. Cet objectif est évalué dans l'axe 4 sur le projet personnalisé*).

Références :

- Art. L311-3. du Code de l'Action sociale et des familles ;
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L311-4 du Code de l'Action sociale et des familles.

Exemples d'actions à mettre en place

- Croiser les regards lors de la décision d'admission sur le consentement des personnes ;
- Adapter tous les documents d'information pour les résidents sur le fond et la forme ;
- Organiser le questionnaire éthique au sein de l'établissement ;
- Former les professionnels à la bientraitance ;
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. Fondation Nationale de Gérontologie. 2007 ;
- *La Bientraitance : définition et repères pour sa mise en œuvre*. Anesm. 2008 ;
- *Le questionnaire éthique dans les ESSMS*. Anesm. 2010 ;
- *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 1. Anesm. 2011 ;
- *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*. ANAES. 2000 ;
- *Liberté d'aller et venir dans les ESSMS et obligation de soins et de sécurité*. ANAES. 2004.
- *Bientraitance personnes âgées dépendantes en établissement sanitaire, médico-social et à domicile*. Programme MOBIQUAL.

2. Le recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment la loi 2002-2 et les différentes chartes relatives aux droits des usagers sont-elles discutées avec les professionnels ? Déclinées dans le projet d'établissement ?
- Comment le règlement de fonctionnement reprend-t-il les droits des résidents ? Comment le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement ont-ils été adaptés à la population accueillie (formulations, taille de la police utilisée, etc.) ?
- Comment s'assure-t-on du consentement ou de l'assentiment de la personne à son entrée en Ehpad ?
- Quand et comment est élaboré le contrat de séjour ? L'évaluation du projet personnalisé donne-t-elle lieu à un avenant systématiquement ? Si non, pourquoi ?
- Comment les moyens architecturaux et matériels permettent-ils de respecter l'intimité et la vie privée ? Quelles sont les procédures pour les professionnels au sujet du respect de la vie privée des résidents (au cours de la vie quotidienne : fermeture des chambres, discrétion lors de la toilette, dignité de l'habillement, manière de s'adresser aux personnes) ? Sont-elles expliquées à tous les nouveaux professionnels ?
- Comment favorise-t-on l'appropriation par le résident de son nouveau domicile ? Comment concilie-t-on le respect des rythmes de vie individuels et les contraintes liées à la vie collective ?
- Quelles sont les conséquences des obligations réglementaires en matière de sécurité (incendie, hygiène...) sur les autres droits que le droit à la sécurité des résidents ?
- Comment est abordée la réflexion éthique sur la question liberté/sécurité ? Sur la liberté d'aller et venir ? Sur le refus de soins et d'aide ? ...
- Comment est recherché le recueil du consentement des résidents ou de leur représentant légal ? Le dispositif d'information sur « la personne de confiance » est-il en place ?
- Quelle est la formation des professionnels sur les modalités et les risques de la contention ?
- Comment se fait la réflexion avec les proches sur le droit à la liberté d'aller et venir, les risques liés à la contention, le consentement et le libre choix du résident ?
- De façon générale, comment sont recueillies les attentes en matière de droits civiques, de droit à la liberté de culte, etc. ? Quelles organisations pratiques sont mises en place pour répondre aux demandes ? Quelles sont les ressources externes ?
- Quels sont les moyens mis à disposition pour favoriser le droit à la correspondance écrite et orale ? En garantir la confidentialité ?
- .../...

Les actions observées

- Quel est le nombre de contrats de séjour signés par la personne elle-même, signés par le représentant légal, non-signés ?
- Quelle proportion de résidents gère la fermeture de son logement (clé, verrou anti-panique, etc.) ?
- Quelle proportion de résidents a aménagé son logement avec des meubles ou des objets personnels ?
- Quel est le nombre de résidents que certains professionnels tutoient ? Pour combien d'entre eux, les explications sur cette « exception » sont-elles consignées dans leur dossier ? Etc.
- Pour les résidents ayant une contention, les préconisations de l'ANAES de prescriptions, de suivi et de réévaluation des contentions passives existantes sont-elles totalement respectées ?
- Combien de contentions ont été faites pour des résidents désorientés, déambulants ou susceptibles de sortir de l'établissement en se mettant en danger ? Quelles alternatives de prise en charge de ces troubles ? Quelles autres formes de contention (contention médicamenteuse) sont repérées dans l'Ehpad ?
- Quel est le nombre de réunions ayant eu lieu dans les 12 mois précédents sur des questions éthiques ? Quels sont les sujets abordés ? Combien de professionnels y ont participé ? Quelle diffusion y a-t-il eu des échanges ?
- .../...

Les effets constatés pour les résidents

- Quel est l'avis des professionnels sur le respect des droits individuels ? Y a-t-il des droits pour lesquels les conditions de leur application sont plus difficiles ? Lesquels ?
- Quelle perception les résidents qui peuvent s'exprimer ont-ils du respect de leurs droits ?
- Quel est le nombre de résidents ayant une contention physique passive au jour de l'évaluation ?
- .../...

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?

- L'identification des écarts :
 - entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, le respect du consentement de chaque personne et la perception qu'en ont les résidents.*
 - entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, sur le nombre de contrats de séjour signés par le résident ou son représentant légal.*
 - entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, la manière de s'adresser aux personnes ou de respecter l'intimité de leur logement.*
 - entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, le taux de recours à la contention.*
- La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :
 - à une définition incomplète des actions à mettre en place ?
 - aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ?
 - aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ?
 - à la formation des professionnels ?
 - à l'évolution de la population accueillie ? À la sévérité des troubles cognitifs ? À la sévérité des troubles du comportement ?
 - à d'autres facteurs explicatifs... ?

Sur quoi débouche cette analyse ?

Cette analyse permet l'identification :

- des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ;
- des points sur lesquels un changement doit être conduit.

La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

Une fois par an.

Enquête un jour donné sur la totalité des résidents cotés A et B à transfert et/ou déplacement à l'intérieur sur grille AGGIR.

Taux de contention passive

Numérateur : Nombre de résidents cotés A ou B à transfert et/ou déplacement à l'intérieur sur grille AGGIR et ayant une contention passive²³

_____ x100

Dénominateur : Nombre de résidents cotés A ou B à transfert et/ou déplacement à l'intérieur sur grille AGGIR inclus dans l'enquête.

Limites de cet indicateur :

Il ne s'agit que d'un élément sur le droit d'aller et venir et il n'interroge pas les autres droits. Il est cependant le plus facile à mesurer parmi les autres éléments de respect des droits individuels.

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres...
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

²³ Définition de la contention physique passive : utilisation de tout moyen, méthode, matériel ou vêtement qui empêche ou limite les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement dangereux ou mal adapté. Ne pas confondre avec les contentions physiques à visée rééducative : la contention dite posturale qui participe au maintien d'une attitude corrigée, dans le cadre d'un traitement rééducatif, et la contention dite active réalisée le plus souvent par un masseur kinésithérapeute qui prépare la verticalisation après une période d'alitement prolongée (Réf. ANAES).

Thème 2. La garantie des droits collectifs

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Associer les résidents au fonctionnement de l'établissement.
- Lutter contre la maltraitance.

Références :

- Art. L311-6 du Code de l'Action sociale et des familles ;
- Art. D311-3 à D311-22-1 du CASF.

Exemples d'actions à mettre en place

- Développer les différentes formes de participation des résidents à la vie de l'établissement ;
- Préparer avec les résidents les réunions du CVS ;
- Faciliter l'implication des proches dans les instances de participation ;
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- Conseil de la vie sociale. www.fnapaef.fr ;
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*. Anesm. 2008 ;
- Guide gestion des risques de maltraitance en établissement. www.solidarite.gouv.fr ;
- *La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad*. Volet 3. Anesm. 2012.

2. Le recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Quelles sont les modalités de fonctionnement du CVS ? Sont-elles conformes aux textes ? Le nombre de résidents et leurs représentants est-il supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil ?
- Comment sont préparées les séances du CVS avec les résidents ? Avec les proches ?
- Comment est prévue la diffusion des relevés de conclusion dans le règlement intérieur du CVS ?
- Comment sont analysés par les professionnels les relevés de conclusions des réunions de CVS ?
- Comment sont favorisées d'autres modalités de participation des résidents et de leur entourage à la vie collective ? Commission des menus ? Commission animation ? Autres modalités plus informelles ?
- Comment le mode de fonctionnement de ces instances s'adapte-t-il aux particularités des résidents (choix de l'horaire des réunions, lieu, animation de groupe, supports visuels et auditifs, etc.) ?
- Comment sont recueillies, analysées les plaintes et les réclamations ?
- Comment sont signalés les actes de maltraitance au sens pénal du terme ?
- .../...

Les actions observées	➤ Quel est le nombre de réunions du CVS ayant eu lieu les 12 mois précédents ? ➤ Quel est le nombre de réunions des autres commissions, si elles existent, ayant eu lieu les 12 mois précédents ? ➤ Quels sont les sujets qui ont été abordés ? ➤ Quel est le nombre de relevés de conclusions ? Combien ont été diffusés aux résidents si cela est prévu dans le règlement interne du CVS ? Quand ? ➤ Combien de professionnels ont pris connaissance des relevés de conclusions du CVS ? ➤ Combien y a-t-il eu de plaintes de maltraitance ayant donné lieu à un signalement, connu de la direction, aux autorités de tutelle ? ➤ Quels sont les domaines sur lesquels portent les plaintes ? ➤ .../...
Les effets constatés pour les résidents	➤ Combien de résidents participent à ces modes d'expression (réunions des instances, réunions de préparation, suggestions directes auprès des représentants...) ? ➤ Combien de proches ? ➤ .../...
3. L'analyse des constats <i>L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.</i>	
Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ L'identification des écarts : – entre les objectifs et les effets constatés : <i>par exemple, l'expression et la participation réelle des résidents.</i> – entre les actions prévues et les pratiques observées : <i>par exemple, les documents distribués au CVS sont peu lisibles pour les résidents.</i> – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : <i>par exemple, le nombre de réunions du CVS.</i> – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : <i>par exemple, le suivi des remarques et demandes du CVS.</i> ➤ La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés : – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux modalités d'organisation et/ou d'animation des instances de participation ? – aux moyens humains mobilisables ? – à la formation des professionnels à la conduite de réunion ? À la facilitation de l'expression de chacun en groupe ? – à l'évolution de la population accueillie ? Au niveau de dépendance ? Au niveau d'implication dans la vie collective ? – à d'autres facteurs explicatifs... ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	Cette analyse permet l'identification : – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur? Comment l'interpréter et l'analyser? Quelles conséquences?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous? Quelles sont les nouvelles actions mises en place? Quelles difficultés rencontrées? Quelles adaptations nécessaires?*

Indicateur de suivi

Une fois par an.

Analyse des comptes rendus des réunions de CVS sur 24 mois précédents faite par le président du CVS et la direction.

Taux de réponses apportées aux demandes du CVS

Numérateur: Nombre de réponses (positives ou négatives) apportées au CVS sur une période de 2 ans

_____ x100

Dénominateur: Nombre de demandes/remarques notées dans comptes rendus du CVS sur une période de 2 ans

Limites de cet indicateur:

Le CVS étant obligatoire, l'indicateur ne prend en compte que ce dernier mais il est nécessaire de s'interroger aussi sur le suivi qui est donné aux demandes des autres instances d'expression des résidents lorsqu'il y en a.

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres...;
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Synthèse de l'axe sur la garantie des droits individuels et collectifs

Deux thèmes à évaluer :

- la garantie des droits individuels ;
- la garantie des droits collectifs.

Cadre évaluatif (la théorie)

Les objectifs (effets attendus pour les résidents) sont :

- Garantir le droit au respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité des résidents.
- Garantir le droit à une prise en charge et un accompagnement de qualité favorisant son autonomie.
- Garantir le libre choix entre les prestations proposées et le respect du consentement éclairé de la personne ou de son représentant légal et le droit à la renonciation.
- Garantir le droit à l'information.
- Garantir le droit à la confidentialité des informations concernant les personnes.
- Garantir le droit à l'exercice des droits civiques, à la pratique religieuse.
- Garantir le droit au respect des liens familiaux.
- Garantir le droit à la participation de la personne (et/ou de son représentant légal) à la conception et la mise en œuvre du projet qui la concerne (N.B. Cet objectif est évalué dans l'axe 4 sur le projet personnalisé).
- Associer les résidents au fonctionnement de l'établissement.
- Lutter contre la maltraitance.

Les modes d'organisation et les actions prévues pour atteindre les objectifs sont définis par l'établissement à partir, entre autres, des recommandations.

Recueil d'information (l'existant)

Synthèse du questionnaire pour connaître les dispositions mises en place :

- Comment l'établissement s'organise-t-il pour garantir le droit au respect de l'intimité et de la vie privée ? Pour garantir le droit à la sécurité ? Au libre choix ? À l'information ? À la participation de la personne à son projet ? Au fonctionnement de l'établissement ?
- Comment l'établissement s'organise-t-il pour lutter contre la maltraitance ?
- Quelles sont les procédures, les moyens humains, matériels et financiers prévus pour ces dispositions ?
- .../...

Synthèse du questionnaire pour observer les pratiques :

- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour garantir le droit au respect de l'intimité et de la vie privée ? Pour garantir le droit à la sécurité ? Au libre choix ? À l'information ? À la participation de la personne à son projet ? Au fonctionnement de l'établissement ? À une prise en charge et un accompagnement de qualité ? À la confidentialité ? À l'exercice des droits civiques et à la pratique religieuse ? Aux respects des liens familiaux ?
- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour lutter contre la maltraitance ?
- Combien de fois ces pratiques ont-elles été mises en place ?
- .../...

Synthèse du questionnaire pour les effets constatés pour les usagers :

- Combien de résidents participent aux différentes instances d'expression ? Combien de proches ?
- Quel est l'avis des professionnels sur le respect des droits individuels ? Y a-t-il des droits pour lesquels les conditions de leur application sont plus difficiles ? Lesquels ? Pourquoi ?
- Quelle perception les résidents qui peuvent s'exprimer ont-ils du respect de leurs droits ?
- .../...

Analyse des écarts

Indicateurs de suivi

- Taux de contention passive.
- Taux de réponses (positives et négatives) apportées aux demandes du CVS.

Suivi du plan d'amélioration

Axe 2

Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

Une des missions des Ehpad est la protection des personnes et la prévention des facteurs de risque liés à leur vulnérabilité.

Les facteurs de risque sont de trois ordres :

- liés à la santé physique et psychologique. Ce sont ceux dont la prévention est évaluée dans cet axe ;
- sociaux : l'isolement, la perte identitaire, la perte du rôle social ; ils sont évalués dans l'axe 4 sur la personnalisation ;
- liés à la situation d'accompagnement. Il s'agit du risque de maltraitance évalué dans l'axe 1 de la garantie des droits.

Sept thèmes à évaluer :

- Le dépistage et la prise en charge de la douleur
- La prévention et la prise en charge des chutes
- La prévention et la prise en charge des escarres
- La prévention et la prise en charge de la dénutrition
- Le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement
- L'analyse et la maîtrise du risque infectieux
- La continuité des soins

Liens avec d'autres démarches dans l'établissement :

Douleur

- **Liens avec Angélique** : Q94 (douleur : formation / évaluation / prise en charge).
- **Liens avec questionnaire bientraitance** : Q2 (évaluation risques et fragilité), Q12 (formation sur douleur), Q15 (inscription de l'Ehpad dans le réseau sanitaire et médico-social de la filière gériatrique), Q18b (recours à des ressources externes – par ex. équipe mobile soins palliatifs – pour accompagner la fin de vie).
- **Liens avec certification HAS** : indicateur traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD).

Chutes

- **Liens avec Angélique** : Q87 (chutes), Q128, 129.
- **Liens avec questionnaire bientraitance** : Q2 (évaluation initiale : risques et fragilités), Q7 (mode de prévention des risques et fragilités individuelles), Q12 (formation des professionnels).

Escarres

- **Liens avec Angélique** : Q95 (escarres).
- **Liens avec questionnaire bientraitance** : Q2 (évaluation initiale : risques et fragilités), Q7 (mode de prévention des risques et fragilités individuelles), Q12 (formation des professionnels).
- **Liens avec certification HAS** : indicateur généralisé en SSR prévention des escarres (TRE).

Dénutrition

- **Liens avec Angélique** : Q33 à 45, 84, 85 (repas, boissons, poids, nutrition, dénutrition).
- **Liens avec questionnaire bientraitance** : Q2 (évaluation initiale : risques et fragilités), Q7 (mode de prévention des risques et fragilités individuelles), Q12 (formation des professionnels).
- **Liens avec certification HAS** : indicateur généralisé dépistage troubles nutritionnels (DTN).

Troubles de l'humeur et du comportement

- **Liens avec Angélique** : Q88 à 93 (détérioration intellectuelle, troubles psychiatriques), Q81, 82, 83 (prescriptions, médicaments).
- **Liens avec questionnaire bientraitance** : A (pourcentage de résidents accueillis atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, existence de structure spécifique à la prise en charge), Q2 (évaluation initiale : risques psychologiques et/ou comportementaux), Q4 (réévaluation du projet), Q6 (exploration des facteurs), Q9 (procédure gestion des événements indésirables), Q12 (formation des professionnels).

Risques infectieux

- **Liens avec Angélique** : Q124.
- **Liens avec le DARI** (document d'analyse du risque infectieux).

Continuité des soins

- **Liens avec Angélique** : Q66 à 84 (organisation des soins), Q114 à 117, 119 (ouverture sur l'extérieur, coordination).
- **Liens avec questionnaire bientraitance** : Q15 (inscription de l'Ehpad dans le réseau sanitaire et médico-social de la filière gériatrique), Q17 (continuité de la fonction soins).

Thème 1. La prévention et la prise en charge de la douleur

1. Cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Dépister systématiquement la douleur.
- Soulager la douleur.

Références :

- Loi (n° 2002-303) du 4 mars 2002 art. L1110-5 « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » ;
- Programme national de lutte contre la douleur 2006-2010.

Exemples d'actions à mettre en place

- Former tous les professionnels au dépistage de la douleur.
- Évaluer régulièrement la douleur chez tout résident prenant un traitement antalgique.
- Transmettre les résultats de l'évaluation au médecin traitant.
- Développer le partenariat avec les structures ressources du territoire.
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Les bonnes pratiques de soins en Ehpad*. DGS/DGAS/SFSGG, octobre 2007 ;
- *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*. HAS, 1999 ;
- *Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale*. HAS, 2000 ;
- *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. HAS, décembre 2008 ;
- Démarche Mobiquel : outil douleur.

2. La prévention et la prise en charge de la douleur : Recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures,
moyens humains,
moyens matériels,
moyens financiers)

- Comment les recommandations existantes (HAS, BP DGAS, Mobiquel) sont-elles diffusées ? Quelles sont les limites observées à leur appropriation ? Etc.
- Comment sont utilisées les échelles d'autoévaluation ou d'hétéro-évaluation de la douleur (EVS, EVN, Doloplus, ECPA, Algoplus) ? Quand ? Pour quels résidents ?
- Quels moyens thérapeutiques sont à disposition ? Médicaments antalgiques ? Autres moyens non-médicamenteux ?
- Comment est assurée la diffusion des protocoles élaborés précisant les conduites à tenir avec un résident douloureux ?
- Comment est organisée la coordination avec les acteurs libéraux (infirmière diplômée d'État IDE, kiné...), avec le médecin traitant ? Quelles modalités de transmission des effets constatés des thérapeutiques mises en place ?
- Vers quelle « structure ressource » est-il possible de s'orienter dans les cas difficiles ? Quels liens de partenariat ?
- Quelles ressources ne sont pas disponibles ?
- .../...

Les actions observées

- Quel est le nombre de personnels formés ? Sur l'évaluation de la douleur ? Sur la prise en charge de la douleur ?
- Quel est le nombre de professionnels qui connaissent et utilisent le(s) protocole(s) sur les conduites à tenir avec un résident douloureux ?
- Quel est le nombre de résidents ayant un traitement médicamenteux antalgique ? Combien ont une prise en charge complémentaire sur le plan de l'antalgie (psychomotricité, relaxation, kinésithérapie...) ?
- .../...

Les effets constatés pour les résidents

- Quel est l'avis des professionnels sur l'efficacité de la prise en charge de la douleur des résidents ?
- Quel est le nombre de résidents non ou mal soulagés au jour de l'évaluation ?
- .../...

3. La prévention et la prise en charge de la douleur : Analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?

- L'identification des écarts :
 - entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, la proportion de résidents traités non-soulagés ;*
 - entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, la réévaluation de la douleur n'est pas mesurée ;*
 - entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, l'usage d'échelles validées telles que Doloplus ou ECPA ;*
 - entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, le nombre de professionnels formés.*
- La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :
 - à une définition incomplète des actions à mettre en place ?
 - aux modalités d'organisation et de transmission avec le médecin traitant ?
 - aux moyens humains et matériels mobilisables ?
 - à la formation des professionnels ?
 - à l'évolution de la population accueillie ? À la modification du profil pathologique (pathologies susceptibles d'entraîner des douleurs) des résidents ?
 - à d'autres facteurs explicatifs... ?

Sur quoi débouche cette analyse ?

Cette analyse permet l'identification :

- des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ;
- des points sur lesquels un changement doit être conduit.

La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

Une fois par an.

Enquête sur la totalité des résidents présents le jour de l'enquête si le nombre est égal ou inférieur à 100.

Ou sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort) si le nombre total de résidents est supérieur à 100.

Taux d'évaluation de la douleur

Numérateur: Nombre de résidents pour lesquels, il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du résident non-douloureux ou au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du résident douloureux

_____ x100
Dénominateur: Nombre total de résidents inclus dans l'enquête

Limites de cet indicateur :

Cet indicateur porte plus sur la traçabilité de l'évaluation que sur l'efficacité de la prise en charge.

Néanmoins, *l'évaluation en équipe pluridisciplinaire, la réévaluation fréquente et l'établissement d'une cinétique des scores sur la feuille de soins du patient ou le cahier de liaison à domicile au même titre que d'autres paramètres de surveillance seront le gage de la mise en route d'un traitement antalgique adapté* (HAS 2008).

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres...
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 2. La prévention et la prise en charge des chutes

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont confiées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Prévenir les chutes.
- Prévenir les conséquences des chutes.
- Prendre en charge les conséquences des chutes.

L'incidence des chutes (nombre de chutes survenant en un an) en établissement d'hébergement et de soins pour personnes âgées dépendantes est évaluée à 1,7 par personne et par an²⁴.

L'âge, la polymorbidité et le fait de vivre en institution sont des facteurs qui augmentent le risque de chuter. Les conséquences des chutes sont multiples, traumatiques et psychologiques avec une peur de chuter et une aggravation de la perte d'autonomie qui en découle.

Exemples d'actions à mettre en place

- Évaluer le risque de chute lors de l'élaboration et la réévaluation du projet personnalisé.
- Mettre en place des ateliers « équilibre ».
- Développer le partenariat avec les consultations spécialisées (gériatrie, neurologie, rhumatologie) du territoire.
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Les bonnes pratiques de soins en Ehpad.* DGS/DGAS/SFGG, octobre 2007 ;
- *Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées.* HAS, 2009.

2. Le recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment les professionnels sont-ils formés sur les conduites à tenir devant une chute ? Comment est assurée la diffusion des protocoles élaborés précisant les conduites à tenir avec un résident ayant chuté ou à risque de chutes ?
- Comment est fait le bilan de la personne ayant chuté ? Par qui ? Quel partage des informations en équipe pluridisciplinaire ?
- Comment est organisée la rééducation de la personne ayant chuté ? Quel apprentissage du « relever du sol » ? Quelle adaptation du matériel de déambulation ?
- Comment est organisé l'accès à une consultation spécialisée (gériatrie, neurologie, ORL...), à un pédicure-podologue ?
- Comment compense-t-on les risques de chutes liés à l'environnement ? Sols glissants, marches ? Luminosité ?
- Comment prévient-on d'éventuelles fractures secondaires aux chutes pour les résidents à risque ? Protecteurs de hanches ? Lits « bas » ? Matelas au sol ? Autres ? Quelle réflexion pluridisciplinaire sur avantages/inconvénients ?
- Quelle réflexion éthique sur le « droit au risque » ? Quel accompagnement des résidents, des proches sur ce thème ?

²⁴ HAS Argumentaire RBPP : Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. 2009.

Les actions observées	➤ Quel est le nombre de professionnels qui connaissent et utilisent le(s) protocole(s) sur les conduites à tenir avec un résident ayant chuté ou à risque de chute ? ➤ Combien de résidents faisant des chutes répétées (plus de deux dans l'année) ont eu une consultation spécialisée ? ➤ Combien de résidents ayant des risques de chutes bénéficient d'un aménagement de leur logement ? ➤ .../...
Les effets constatés pour les résidents	➤ Quel est le nombre de résidents ayant fait une ou des chutes en un an ? ➤ Quelles conséquences : nombre de fractures, nombre d'hospitalisations, nombre de régressions psychomotrices ? (lien avec mobilité). ➤ .../...
3. L'analyse des constats <i>L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.</i>	
Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ L'identification des écarts : – entre les objectifs et les effets constatés : <i>par exemple, la proportion de résidents ayant fait une chute due à un défaut d'aménagement ;</i> – entre les actions prévues et les pratiques observées : <i>par exemple, l'atelier équilibre n'a pas pu se mettre en place ;</i> – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : <i>par exemple, l'usage de lits « Alzheimer » pour les personnes malades à risque de chutes ;</i> – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : <i>par exemple, le nombre de régressions psychomotrices chez les résidents ayant chuté ;</i> ➤ La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés : – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux modalités d'organisation et de transmission avec le médecin traitant ? – aux moyens humains et matériels mobilisables ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accueillie ? À la modification du profil pathologique (pathologies susceptibles d'entraîner des douleurs) des résidents ? – à d'autres facteurs explicatifs... ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	Cette analyse permet l'identification : – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

Une fois par an.

Enquête sur la totalité des résidents présents le jour de l'enquête si le nombre est égal ou inférieur à 100.

Ou sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort) si le nombre total de résidents est supérieur à 100.

Taux de résidents ayant chuté

Numérateur: Nombre de résidents ayant chuté au moins une fois en 12 mois

_____ x100

Dénominateur: Nombre total de résidents

Limites de cet indicateur :

Il s'agit plus d'un indicateur d'alerte que de suivi. En effet, une amélioration de la traçabilité des chutes entraînera une augmentation « artificielle » de cet indicateur. Par contre, lorsque la traçabilité est bien stabilisée, une augmentation de cet indicateur permet de s'interroger sur les causes possibles et les bilans faits.

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres...
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 3. La prévention et la prise en charge des escarres

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont confiées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Prévenir l'apparition d'escarres au cours du séjour.
- Prendre en charge les résidents porteurs d'escarres.

La prévalence des escarres dans les Ehpad retrouvée dans différentes études locales va de 4,3 % à 10,1 % mais on manque en France de données épidémiologiques précises dans ce domaine.

L'âge, la dépendance, un grand nombre de maladies dont peuvent souffrir les résidents d'un Ehpad sont des facteurs de risque d'apparition d'une ou plusieurs escarres.

La prévention passe par le dépistage systématique de ces facteurs de risque et leur prise en charge.

Exemples d'actions à mettre en place

- Élaborer un protocole d'évaluation des risques d'escarres conforme aux recommandations.
- Élaborer un protocole de prévention des escarres chez les résidents à risque.
- Élaborer un protocole de prise en charge et de suivi des escarres conforme aux recommandations ci-dessous.
- Établir un partenariat avec une personne/structure ressource interne ou externe à l'établissement.
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Les bonnes pratiques de soins en Ehpad.* DGS/DGAS/SFSGG, octobre 2007 ;
- *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé.* ANAES conférence de consensus, novembre 2001 ;
- *Dispositifs médicaux d'aide à la prévention et d'aide au traitement des escarres (avis de projet de nomenclature & cahier des charges techniques)* - CNEDIMTS du 22 décembre 2009 (1684).

2. La prévention et la prise en charge des escarres : Recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment sont diffusées les recommandations de la HAS ? Comment est organisée la formation sur ce sujet ? Existe-t-il une personne ou structure ressource (interne ou externe) référente pour la prise en charge des escarres constituées ?
- Comment et par qui est faite l'évaluation du risque ? Avec quel outil ? Quelle périodicité ?
- Comment est organisée la mise à disposition des matériels nécessaires au lit, au fauteuil ?
- Comment les escarres constituées sont-elles prises en charge ? Existe-t-il un protocole de soins ?
- .../...

Les actions observées	➤ Quel est le nombre de résidents pour lesquels on retrouve une évaluation du risque d'escarres dans leur dossier ? ➤ Combien de résidents à risque d'escarres disposent au jour de l'évaluation de matériel/ prise en charge adaptés ? ➤ Pour combien d'escarres le protocole de soins est-il suivi ? Sinon pour quelles raisons ? ➤ .../...
Les effets constatés pour les résidents	➤ Quel est le nombre de nouveaux cas d'escarres apparus dans l'année et dans l'Ehpad ? ➤ Quel est le nombre de résidents présentant une ou des escarres au jour de l'enquête ? Combien ont été acquises dans l'Ehpad ? ➤ .../...
3. L'analyse des constats <i>L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.</i>	
Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ L'identification des écarts : – entre les objectifs et les effets constatés : <i>par exemple, la proportion de résidents ayant acquis une escarre dans l'Ehpad ;</i> – entre les actions prévues et les pratiques observées : <i>par exemple, le protocole de soins n'a pu être élaboré ;</i> – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : <i>par exemple, l'absence de coussins anti-escarres pour les fauteuils ;</i> – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : <i>par exemple, la diminution des escarres acquises entre deux années.</i> ➤ La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés : – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux modalités d'organisation et de transmission avec le médecin traitant ? – aux moyens humains et matériels mobilisables ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accueillie ? Modification du profil pathologique (pathologies susceptibles d'entraîner des escarres) des résidents ? – à d'autres facteurs explicatifs... ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	Cette analyse permet l'identification : – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

Une fois par an.

Enquête sur la totalité des résidents présents le jour de l'enquête si le nombre est égal ou inférieur à 100.

Ou sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort) si le nombre total de résidents est supérieur à 100.

Taux d'escarres acquises dans l'Ehpad

Numérateur: Nombre de résidents ayant une escarre acquise dans l'établissement

_____ x100

Dénominateur: Nombre de résidents inclus dans l'enquête

Limites de cet indicateur :

Une décroissance du pourcentage d'escarres acquises dans l'Ehpad est le reflet, pour les équipes, d'une bonne qualité du travail de dépistage et de prévention effectué pour autant que les entrants de l'année ne soient pas fondamentalement différents de la population habituelle.

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres... ;
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 4. La prévention et la prise en charge de la dénutrition

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont confiées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Prévenir la dénutrition des résidents.
- Dépister les résidents dénutris.
- Prendre en charge les résidents dénutris.

Référence :

- Programme national nutrition santé 2011-2015.

Exemples d'actions à mettre en place

- Recueillir les goûts et habitudes alimentaires.
- Repérer les situations à risque de dénutrition lors de l'évaluation gériatrique à l'entrée et annuellement.
- Peser tous les résidents une fois par mois.
- Suivre l'évolution du poids en réunion pluridisciplinaire.
- Organiser des activités physiques adaptées.
- Assurer une hygiène bucco-dentaire aux résidents.
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Les bonnes pratiques de soins en Ehpad*. DGS/DGAS/SFSGG, octobre 2007 ;
- *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*. HAS, avril 2007 ;
- *Outil Nutrition*. Programme Mobiquat, 2010.

2. Le recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment peut-on tenir compte des particularités (goûts, besoins, habitudes) de chaque résident ? Comment est organisé le recueil de l'avis des résidents ?
- Comment favorise-t-on la convivialité des repas (cadre des salles à manger, plan de table, horaires des repas, qualité gustative des repas) ?
- Comment est organisée l'aide à apporter pour les repas (évaluation des besoins d'aide, installation, couverts adaptés) ?
- Comment les professionnels sont-ils formés au dépistage de la dénutrition ?
- Comment est organisée la surveillance du poids ? Y compris pour les résidents lourdement dépendants avec des balances adaptées et disponibles ?
- Comment, avec qui, quand, sont analysées les modifications de poids observées ?
- Comment est assurée la diffusion des protocoles élaborés précisant les conduites à tenir avec un résident dénutri ou à risque de dénutrition ?
- Comment sont discutées avec l'équipe, avec le résident, ses proches, les indications d'alimentation par sonde gastrique ou gastrostomie ? Comment ces indications sont-elles réévaluées ?
- Comment prévient-on le risque de déshydratation ?
- .../...

Les actions observées	➤ Quel temps effectif ont les résidents pour prendre leurs repas ? ➤ Quel est le temps de jeûne nocturne ? ➤ Quel est le nombre de professionnels disponibles pour aider au repas par rapport au nombre de résidents cotés B et C à alimentation sur la grille AGGIR ? ➤ Quel est le nombre de résidents dont le suivi de la courbe de poids a permis de mettre en œuvre des actions adaptées (signalement au médecin traitant, bilan complémentaire, intervention diététicienne, bilan buccodentaire, etc.) ? ➤ Combien de résidents ont une activité physique quotidienne (marche, activité physique adaptée, autres...) ? ➤ .../...
Les effets constatés pour les résidents	➤ Quel est le nombre de résidents satisfaits de la qualité des repas ? ➤ Quel est l'avis des professionnels sur la satisfaction des résidents ? ➤ Quel est le nombre de résidents ayant un diagnostic de dénutrition et une prise en charge adaptée et personnalisée au jour de l'enquête ? ➤ .../...
3. L'analyse des constats <i>L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.</i>	
Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ L'identification des écarts : – entre les objectifs et les effets constatés : <i>par exemple, la proportion de résidents satisfaits des repas ;</i> – entre les actions prévues et les pratiques observées : <i>par exemple, les horaires de repas ;</i> – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : <i>par exemple, le suivi mensuel du poids ;</i> – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : <i>par exemple, la proportion de résidents dénutris ayant une alimentation par sonde gastrique ou gastrostomie.</i> ➤ La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés : – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux modalités d'organisation et de transmission avec le médecin traitant ? – aux moyens humains et matériels mobilisables ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accueillie ? À la modification du profil pathologique (pathologies à risque de dénutrition) des résidents ? – à d'autres facteurs explicatifs... ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	Cette analyse permet l'identification : – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

Une fois par an.

Enquête sur la totalité des résidents présents le jour de l'enquête si le nombre est égal ou inférieur à 100.

Ou sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort) si le nombre total de résidents est supérieur à 100.

Taux de résidents pesés une fois par mois

Numérateur: Nombre de résidents ayant entre un à trois poids notés dans le dossier lors du dernier trimestre

_____ x100

Dénominateur: Nombre total de résidents inclus dans l'enquête

Limites de cet indicateur :

Le suivi du poids est l'élément à la base du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition mais cet indicateur ne renseigne pas sur ce qui est fait de cette information.

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres... ;
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 5. La prévention et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont confiées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Améliorer le diagnostic et la prise en charge des résidents déprimés.
- Améliorer le diagnostic et la prise en charge médicamenteuse et non-médicamenteuse des résidents ayant des troubles du comportement.

Références :

- Plan Alzheimer 2008-2012, mesures 15, 16 ;
- Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées, 2008-2012 ;
- Programme national d'actions contre le suicide, 2011-2014.

Exemples d'actions à mettre en place

- Dépister les troubles de l'humeur et du comportement dans le cadre de l'évaluation gériatrique à l'entrée puis annuelle pour tous les résidents.
- Évaluer régulièrement en équipe pluridisciplinaire les troubles de l'humeur et les troubles du comportement des résidents dépistés avec les échelles recommandées.
- Établir un partenariat avec des personnes ou structures ressources (équipe mobile gériatrique, secteur psychiatrique).
- Former les professionnels aux prises en charge non-médicamenteuses des troubles du comportement des résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.
- Réévaluer, en collaboration avec les prescripteurs, les prescriptions de neuroleptiques et des autres psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques/hypnotiques) pour les résidents ayant ou non une maladie d'Alzheimer.
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Les bonnes pratiques de soins en Ehpad*. DGS/DGAS/SFGG, octobre 2007 ;
- *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. HAS, mai 2009 ;
- *Programme pilote Psycho SA (psychotropes et sujet âgé)*. HAS, 2007-2010 ;
- *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*. Anesm, février 2009 ;
- *PROGRAMME AMI - ALZHEIMER Alerte et Maîtrise de l'atrogénie des Neuroleptiques dans la Maladie d'Alzheimer*. HAS, octobre 2010 ;
- *Outil dépression, outil maladie d'Alzheimer et maladies apparentées*. Programme Mobiquat.

2. Le recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment sont diffusées les recommandations existantes (HAS, BP DGAS, Mobiquat, Anesm) ?
- Comment est assurée la diffusion des protocoles élaborés précisant les conduites à tenir avec un résident ayant des troubles de l'humeur ? Des troubles du comportement ?
- Comment et quand se fait le dépistage et l'évaluation des troubles (consultation spécialisée, entretiens, échelles validées, autres, etc.) ?
- Existe-t-il des dispositifs tels qu'une unité d'hébergement renforcée (UHR), pôle d'activité et de soin adapté (PASA), unité Alzheimer, centre interne de jour, autres, dans l'établissement ?
- Comment est organisé le partage des observations afin d'assurer la pluridisciplinarité de l'évaluation ?
- Comment recueille-t-on l'avis des proches ?
- Quelle coordination avec les acteurs libéraux (IDE, Kiné...), avec le médecin traitant ?
- Comment est organisé le suivi des prescriptions de médicaments psychotropes ?
- .../...

Les actions observées

- Combien de professionnels sont formés à l'utilisation de l'échelle d'évaluation et de dépistage des troubles du comportement NPI- ES (cf. plan Alzheimer et HAS) ?
- Combien de professionnels connaissent et utilisent les différents protocoles mis en place ?
- Combien de résidents ayant des troubles de l'humeur et/ou du comportement sont suivis par un spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue...) ?
- Quel temps disponible de psychologue ? Psychomotricien ? Ergothérapeute ?
- Combien de prescriptions de neuroleptiques ont-elles été confirmées (argumentées dans le dossier) par rapport au nombre total de prescriptions de neuroleptiques (indicateur de maîtrise du programme AMI-Alzheimer de la HAS) ?
- .../...

Les effets constatés pour les résidents

- Quel est le nombre de résidents ayant des troubles de l'humeur et/ou du comportement bénéficiant d'une prise en charge non-médicamenteuse (associée ou non à une prise en charge médicamenteuse) ?
- Quel est le nombre de résidents ayant des troubles de l'humeur et/ou du comportement bénéficiant d'une prise en charge médicamenteuse ?
- Quel est le nombre de résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée ET une prescription de neuroleptique (indicateur d'alerte du programme AMI - Alzheimer de la HAS) ?
- Quel est l'avis des proches sur la prise en charge de leur parent déprimé ou ayant des troubles du comportement ?
- Quel est l'avis des professionnels ?
- .../...

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?

- L'identification des écarts :
 - entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, la proportion de résidents ayant des troubles non-évalués ;*
 - entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, la coordination avec le secteur psychiatrique ne fonctionne pas ;*

	– entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : <i>par exemple, l'utilisation peu fréquente de l'échelle recommandée NPI-ES ;</i> – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : <i>par exemple, le nombre d'évaluations systématiques dans l'évaluation gériatrique initiale.</i> ➤ La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés : – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux modalités d'organisation et de transmission avec le médecin traitant ? – aux moyens humains et matériels mobilisables ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accueillie ? À la modification du profil pathologique (pathologies susceptibles d'entraîner des douleurs) des résidents ? – à d'autres facteurs explicatifs... ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	Cette analyse permet l'identification : – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.
4. Le suivi Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : <i>Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?</i> Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : <i>Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?</i>	
Indicateur de suivi Une fois par an. <i>Enquête sur la totalité des résidents présents le jour de l'enquête si le nombre est égal ou inférieur à 100.</i> <i>Ou sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort) si le nombre total de résidents est supérieur à 100.</i>	Taux d'évaluations troubles de l'humeur et du comportement <i>Numérateur:</i> Nombre de résidents pour lesquels, il existe au moins un résultat de mesure des troubles de l'humeur/comportement avec une échelle dans le dossier du résident ne présentant pas de trouble de ce type ou au moins deux résultats de mesure des troubles de l'humeur/comportement avec une échelle dans le dossier du résident présentant ce type de trouble _____ x100 <i>Dénominateur:</i> Nombre total de résidents inclus dans l'enquête Limites de cet indicateur : Cet indicateur porte plus sur la traçabilité de l'évaluation des troubles avec une échelle validée et non sur la qualité de la prise en charge. Néanmoins, l'évaluation avec une échelle validée est la première étape d'une prise en charge adaptée.
Suivi du plan d'amélioration	➤ État d'avancement des améliorations décidées ; ➤ Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres... ; ➤ Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ; ➤ Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 6. L'analyse et la maîtrise du risque infectieux

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont confiées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Identifier et analyser le risque infectieux.
- Gérer le risque infectieux.
- Informer tous les acteurs concernés de la démarche de prévention du risque.

Références :

- Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (IAS) ;
- Circulaire DGS/DGCS du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 ;
- Document d'analyse du risque infectieux associé aux soins (DARI) DGCS 2011.

Exemples d'actions à mettre en place

- S'assurer de la connaissance par les professionnels des règles d'hygiène standard dont l'hygiène des mains.
- Mettre en place un relevé systématique des infections.
- Inciter les résidents et les professionnels à la mise à jour des vaccinations nécessaires.
- Établir un partenariat avec une structure ressource en cas de nécessité de gestion de crise devant une épidémie.
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Manuel d'évaluation : risque infectieux dans les Ehpad*, GREPHE, janvier 2011 ;
- Programme Mobiquel : *outil Risques Infectieux*.

2. Le recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment l'établissement s'organise-t-il pour remplir annuellement le document d'analyse du risque infectieux (DARI) ?
- Comment sont diffusées les bonnes pratiques sur l'hygiène des mains pour les professionnels, les résidents et leurs visiteurs, les bénévoles ?
- Comment sont élaborées, validées les différentes procédures relatives à l'hygiène dans l'établissement ?
- Comment est organisé le partenariat avec une personne/structure ressource (équipe opérationnelle d'hygiène, autres...) ?
- Comment sont organisées les vaccinations des professionnels et des résidents ?
- .../...

Les actions observées

- Combien de professionnels connaissent et utilisent les protocoles élaborés concernant l'hygiène et la prévention du risque infectieux ?
- Quel est le pourcentage de professionnels (salariés et libéraux) à jour de leur vaccination contre la grippe, lors du dernier hiver ?
- Quel est le pourcentage de résidents à jour de leur vaccination contre la grippe, le pneumocoque, lors du dernier hiver ?
- Quelle consommation de solutions hydro-alcooliques, de gants à usage unique ?
- Quels sont les chapitres du DARI dont les objectifs sont atteints à 100 %, partiellement ? Pas du tout ?
- .../...

Les effets constatés pour les résidents

- Quelle est l'évolution du nombre des différents types d'infections présentées par les résidents ?
- .../...

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?

- L'identification des écarts :
 - entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, évolution du nombre de résidents présentant une infection cutanée (mycose) ;*
 - entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, la proportion de professionnels à jour de leur vaccination antigrippale ;*
 - entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, l'absence de protocole concernant l'hygiène des mains consultable facilement par tous les professionnels ;*
 - entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, l'évolution de la proportion de résidents présentant une grippe au cours du dernier hiver.*
- La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :
 - à une définition incomplète des actions à mettre en place ?
 - aux modalités d'organisation et de transmission avec le médecin traitant ?
 - aux moyens humains et matériels mobilisables ?
 - à la formation des professionnels ?
 - à l'évolution de la population accueillie ? À la modification du profil pathologique (pathologies susceptibles d'entraîner des douleurs) des résidents ?
 - à d'autres facteurs explicatifs... ?

Sur quoi débouche cette analyse ?

Cette analyse permet l'identification :

- des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ;
- des points sur lesquels un changement doit être conduit.

La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

Une fois par an.

Cet indicateur est calculé automatiquement lors de l'utilisation informatique du manuel du GREPHH.

Résultat de l'autoévaluation réalisée avec la manuel du GREPHH

Pourcentage d'objectifs réalisés.

Limites de cet indicateur :

Il s'agit d'un indicateur de processus global ; le manuel d'autoévaluation du GREPHH comporte plusieurs indicateurs de résultats sur la prévalence des infections et les taux de vaccination des résidents qui font partie du recueil d'informations.

<http://www.grephh.fr>

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres... ;
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 7. La continuité des soins

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont confiées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Organiser la continuité des soins au sein de l'établissement.
- Développer un partenariat avec les établissements de santé de proximité, en particulier la filière gériatrique hospitalière.

Références :

- Décret du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un Ehpad* ;
- Décret n° 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L313-12 du Code de l'Action sociale et des familles* ;
- Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L313-12 du Code de l'Action sociale et des familles* ;
- Circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

* Articles D312-156 à D312-159-1 du CASF

Exemples d'actions à mettre en place

- Élaborer une procédure de préparation au transfert à l'hôpital et de l'hôpital.
- Connaître les différents niveaux de la filière gériatrique.
- Définir les limites de prise en charge médicale de la structure.
- Mettre en place une commission de coordination avec les intervenants libéraux.
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- Les bonnes pratiques de soins en Ehpad. DGS/DGAS/SFSGG, octobre 2007.

2. Le recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment est organisée la continuité des soins ? Comment est organisée la collaboration avec les médecins traitants ?
- Comment est organisée la poursuite de l'accompagnement pour les résidents hospitalisés ?
- Comment sont préparés avec l'hôpital les retours après hospitalisations ?
- Comment est organisé le recours à la filière gériatrique ?
- Comment est organisée la réflexion éthique collective sur le « juste soin », l'anticipation de la décision, le consentement, les soins palliatifs, etc. ?
- Comment est organisée la distribution, l'entretien des matériels adaptés à la prise en charge des maladies « aiguës » tels que aérosols, oxygène, pompe d'alimentation entérale ?
- .../...

Les actions observées	➤ Quels sont les moyens réellement disponibles permettant d'assurer la continuité des soins ? Quelles sont les périodes où cette continuité est difficilement ou non assurée ? ➤ Quels sont les liens effectifs avec les différentes structures de la filière gériatrique ? ➤ Combien de professionnels connaissent et utilisent les protocoles élaborés sur les conduites à tenir en cas d'urgence, en cas d'hospitalisation, de retour d'hospitalisation... ? ➤ .../...
Les effets constatés pour les résidents	➤ Combien de résidents ont dû être hospitalisés dans l'année écoulée ? En médecine ? En chirurgie ? En psychiatrie ? ➤ Combien d'hospitalisations en urgence ? Combien d'hospitalisations programmées ? ➤ Parmi eux, quelle est la proportion de résidents hospitalisés en moyenne moins de 7 jours ? Quelle est la proportion de résidents hospitalisés plus de trois fois dans l'année ? Pour quelles indications ? ➤ .../...
3. L'analyse des constats <i>L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.</i>	
Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ L'identification des écarts : – entre les objectifs et les effets constatés : <i>par exemple le taux élevé de résidents hospitalisés le week-end ou pendant les vacances d'été ;</i> – entre les actions prévues et les pratiques observées : <i>par exemple, la coordination avec les intervenants libéraux ;</i> – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : <i>par exemple, les procédures de transfert d'informations utiles lors de l'hospitalisation ;</i> – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : <i>par exemple, le taux d'hospitalisations en urgence.</i> ➤ La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés : – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux modalités d'organisation et de transmission avec le médecin traitant ? – aux moyens humains et matériels mobilisables ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accueillie ? À la modification du profil pathologique (pathologies susceptibles d'entraîner des douleurs) des résidents ? – à d'autres facteurs explicatifs... ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	Cette analyse permet l'identification : – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

Une fois par an.

Taux d'hospitalisations en urgence

Numérateur: Nombre de résidents ayant été hospitalisés en urgence une ou plusieurs fois au cours des 12 derniers mois

_____ x100

Dénominateur: Nombre total de résidents ayant été hospitalisés dans l'année

Limites de cet indicateur :

Il est à analyser au regard des caractéristiques de la population accueillie, de l'implantation de l'Ehpad et de ses moyens. Néanmoins, il permet de s'interroger sur l'organisation de la continuité de soins et sur le partenariat avec les équipes mobiles, les consultations et les services hospitaliers.

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres... ;
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Synthèse de l'axe sur la prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

Sept thèmes à évaluer :

- le dépistage et la prise en charge de la douleur ;
- la prévention et la prise en charge des chutes ;
- la prévention et la prise en charge des escarres ;
- la prévention et la prise en charge de la dénutrition ;
- le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement ;
- l'analyse et la maîtrise du risque infectieux ;
- la continuité des soins.

Cadre évaluatif (la théorie)

Les objectifs (les effets attendus pour les résidents) sont :

- Dépister systématiquement la douleur.
- Soulager la douleur.
- Prévenir les chutes et leurs conséquences.
- Prendre en charge les conséquences des chutes.
- Prévenir l'apparition d'escarres au cours du séjour.
- Prendre en charge les résidents porteurs d'escarres.
- Prévenir la dénutrition des résidents.
- Dépister et prendre en charge les résidents dénutris.
- Améliorer le diagnostic et la prise en charge des résidents déprimés.
- Améliorer le diagnostic et la prise en charge médicamenteuse et non-médicamenteuse des résidents ayant des troubles du comportement.
- Identifier, analyser et gérer le risque infectieux.
- Informer tous les acteurs concernés de la démarche de prévention du risque infectieux.
- Organiser la continuité des soins au sein de l'établissement.
- Développer un partenariat avec les établissements de santé de proximité.

Les modes d'organisation et les actions prévues pour atteindre les objectifs sont définis par l'établissement à partir, entre autres, des recommandations.

Analyse des écarts

Recueil d'information (l'existant)

Synthèse du questionnaire pour connaître les dispositions mises en place :

- Comment l'établissement s'organise-t-il pour prévenir, dépister et prendre en charge la douleur ? Les risques de chute ? Les escarres ? La dénutrition ? Les troubles de l'humeur et du comportement ? Le risque d'infections associées aux soins ?
- Comment l'établissement s'organise-t-il pour assurer la continuité des soins ? Développer un partenariat avec les établissements de santé de proximité ?
- Quelles sont les procédures, les moyens humains, matériels et financiers prévus pour ces dispositions ?
- .../...

Synthèse du questionnaire pour observer les pratiques :

- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour prévenir, dépister et prendre en charge la douleur ? Les risques de chute ? Les escarres ? La dénutrition ? La dépression ? La juste médication des résidents ayant des troubles du comportement ? Les risques infectieux ?
- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour agencer la continuité des soins ? Développer un partenariat avec les établissements de santé de proximité ?
- Combien de fois ces pratiques ont-elles été mises en place ?
- .../...

Synthèse du questionnaire pour constater les effets pour les usagers :

- Quel est le nombre de résidents douloureux non ou mal soulagés au jour de l'évaluation ? Quel est le nombre de résidents satisfaits de la qualité des repas ?
- Combien de résidents faisant des chutes répétées (plus de deux dans l'année) ont eu une consultation spécialisée ?
- Quel est le nombre de nouveaux cas d'escarres apparus dans l'année et dans l'Ehpad ?
- Combien de résidents ont une dépression ? Des troubles du comportement ?
- .../...

Indicateurs de suivi

- Taux évaluation douleur.
- Taux de résidents pesés une fois par mois.
- Taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués.
- Taux de résidents ayant chuté.
- Taux éval troubles humeur/comportement.
- Taux d'hospitalisation en urgence.
- Taux d'escarres acquises dans Ehpad.

Suivi du plan d'amélioration

Axe 3

Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance

Le plus souvent, l'entrée en Ehpad est liée à une perte de l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne. Celle-ci est due à des raisons multiples qui ne tiennent pas seulement à un état de santé fragilisé mais aussi aux ressources mobilisables, à l'existence et la taille du réseau familial et social, à la perte d'initiatives et aux limites des solutions mises en œuvre à domicile.

La compensation par l'Ehpad des incapacités de la personne peut lui permettre de récupérer en partie ou totalement des capacités pour les actes de la vie quotidienne ou d'éviter au moins une aggravation de la situation de dépendance due à d'autres raisons qu'une aggravation de ses pathologies.

Deux thèmes à évaluer :

- le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides ;
- le maintien des capacités à la toilette et l'accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale.

Les processus autour des autres actes de la vie quotidienne peuvent bien sûr être également évalués.

Le thème du déplacement a été privilégié car il est très étroitement lié aux autres actes de la vie quotidienne (continence, toilette, habillage, repas) et l'évaluation de processus permet automatiquement l'évaluation d'une grande partie des autres (transfert, continence).

Le thème de la toilette (et de l'habillage) permet de se questionner également sur le thème du respect de l'intimité.

Enfin, le maintien des capacités à s'alimenter est évalué dans le cadre de l'évaluation de la prévention du risque de dénutrition.

Liens avec d'autres démarches dans l'établissement :

- **Liens avec Angélique** : Q54, 56, 57, 60, 61, 62 (maintien de l'autonomie).
- **Liens avec questionnaire bientraitance** : Q2 (évaluation risques et fragilité), Q3 (adaptation environnement physique pour soutenir l'autonomie), Q4 (réévaluation du projet), Q12 (formation des professionnels), A (GMP ; effectifs budgétés / présents / turn-over), Q20 (avis CVS sur le maintien de l'autonomie).

Thème 1. Le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont confiées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avons-nous prévu de faire pour atteindre ces objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne.
- Favoriser l'autonomie dans les déplacements.
- Accompagner la situation de dépendance liée à la perte définitive des capacités dans les actes de la vie quotidienne.

Références :

- Loi 2002-2 Art L311-3 du CASF.
« 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins » ;
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L313-12 du CASF.
« La qualité sera appréciée au regard : [...] des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes ».

Exemples d'actions à mettre en place

- Évaluer systématiquement à l'entrée les capacités pour les actes de la vie quotidienne avec un outil adapté.
- Mettre en place un plan de soins et d'aides personnalisées.
- Réévaluer avec le même outil ces capacités au moins tous les 6 mois.
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- Les bonnes pratiques de soins en Ehpad. DGS/DGAS/SFSGG, octobre 2007 ;
- La Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Anesm, juillet 2008 ;
- De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad. Volet 1. Anesm, février 2011 ;
- Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en Ehpad. Volet 2. Anesm, septembre 2011.

2. Le recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment ces objectifs sont-ils déclinés dans le projet d'établissement ? Présentés aux nouveaux professionnels ? Aux résidents et à leurs proches ?
- Comment est faite l'évaluation gériatrique ? Quel outil ? Par qui ? Quand ? Comment ?
- Comment l'évaluation faite avant l'entrée est-elle transmise aux équipes d'accompagnement ?
- Comment est faite la réévaluation ? Sa fréquence ? Sur quelles modalités ?
- Quelle est l'organisation pour mettre à disposition des matériels d'aide au déplacement (cannes, déambulateur, fauteuils) ? Adaptés ? Comment est pris en compte l'avis d'un ergothérapeute ?
- Quel temps de kinésithérapie ? Existe-t-il des groupes de gymnastique ? D'activités physiques adaptées ? Un apprentissage au déplacement en fauteuil roulant si besoin ?

	➤ Quelle accessibilité des locaux ? Quelle signalétique ? ➤ Quelle formation/sensibilisation du personnel sur ce thème ? ➤ Quelle disponibilité du personnel pour accompagner les déplacements si besoin ? ➤ Quelle évaluation des risques liés à la perte de la capacité de déplacement (chutes, incontinence, isolement, dépression, etc.) ? ➤ .../...
Les actions observées	➤ Quel est le nombre de résidents dont l'évaluation des capacités pour les actes de la vie quotidienne est suivie d'un plan d'aide personnalisé (si besoin) ? ➤ Quel est le nombre de résidents ayant une réévaluation systématique au moins deux fois par an ? ➤ Quel est le nombre de résidents participant aux activités de gymnastique, activités physiques adaptées, rééducation ? Combien de fois par semaine ? ➤ .../...
Les effets constatés pour les résidents	➤ Quel est le nombre de résidents dont les capacités de déplacement se sont améliorées ou sont restées stables depuis leur entrée dans l'établissement depuis les 12 derniers mois ? ➤ Quel est le nombre de résidents cotés en C pour l'item « déplacement à l'intérieur » sur la grille AGGIR passant plus de 22 h par jour dans leur logement ? ➤ .../...
3. L'analyse des constats <i>L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.</i>	
Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ L'identification des écarts : – entre les objectifs et les effets constatés : <i>par exemple, 10 % des résidents entrés il y a 12 mois sont passés de B à C sur l'item déplacement interne sans explication rapportée à des maladies (fractures, AVC, etc.) ;</i> – entre les actions prévues et les pratiques observées : <i>par exemple, le plan d'aide établissant un accompagnement à pied à la salle à manger n'est pas respecté et la personne est accompagnée en fauteuil ;</i> – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : <i>par exemple, la réévaluation des capacités dans les actes de la vie quotidienne n'est pas régulière ;</i> – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : <i>par exemple, le temps passé par les personnes totalement invalides hors de leur logement.</i> ➤ La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés : – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ? – aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accueillie ? À la sévérité des troubles moteurs et cognitifs ? Au manque d'initiative ou d'envie pour sortir de leur logement ? – à d'autres facteurs explicatifs... ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	Cette analyse permet l'identification : – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

À calculer uniquement pour les résidents entrés depuis 18 mois et présents depuis au moins 6 mois.

Si le nombre des entrants est supérieur à 100, enquête sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort).

Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations

Numérateur: Nombre de résidents dont l'item déplacement à l'intérieur s'est aggravé entre deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée _____ x100

Dénominateur: Nombre de résidents inclus dans l'enquête ayant eu deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée et sans critère d'exclusion

Critères d'exclusion

- Nombre de résidents cotés incapables de se déplacer (cotés C sur l'item déplacement interne à la première évaluation AGGIR) ;
- Nombre de résidents en fin de vie (phase terminale) au moment de l'enquête ;
- Nombre de résidents ayant eu une seule évaluation depuis leur arrivée.

Limites de cet indicateur :

Il est basé sur la grille AGGIR car celle-ci est le seul outil d'évaluation individuelle commun à tous les Ehpad ; il peut cependant être modifié en fonction de l'outil utilisé (RAI, SMAF, etc.). Pour un Ehpad donné n'ayant pas modifié ses critères d'admission, l'augmentation du taux peut avoir une valeur d'alerte.

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres... ;
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 2. La toilette

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont confiées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avons-nous prévu de faire pour atteindre ces objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Favoriser l'autonomie pour la toilette.
- Apporter des soins corporels de qualité.
- Respecter l'intimité/la pudeur des personnes.

Références :

- Loi 2002-2 Art L311-3 du CASF ;
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L313-12 du CASF.

Exemples d'actions à mettre en place

- Adapter les cabinets de toilette pour faciliter l'autonomie à la toilette.
- Personnaliser l'aide à apporter en fonction des habitudes, des besoins et des capacités de chaque résident.
- Faire en binôme les toilettes « difficiles » des résidents invalides/douloureux/anxieux.
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 1. Anesm, février 2011 ;
- *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 2. Anesm, septembre 2011 ;
- *La Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.* Anesm, 2008 ;
- *Bientraitance personnes âgées dépendantes en établissement sanitaire, médico-social et à domicile.* Programme MOBQUAL.

2. Le recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisé ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment est faite l'évaluation gériatrique ? Quel outil ? Par qui ? Quand ? Comment ?
- Comment l'évaluation faite avant l'entrée est-elle transmise aux équipes d'accompagnement ?
- Comment est faite la réévaluation ? Sa fréquence ? Sur quelles modalités ?
- Comment sont adaptés les cabinets de toilette/salles de bains (barre d'appui, fauteuil pour douche, hauteur lavabo, etc.) ?
- Comment est assurée la formation des professionnels sur la relation d'aide ?
- Quel est le ratio aide-soignant - auxiliaire de vie/résident ?
- Devant une diminution des capacités pour faire sa toilette, comment se fait l'évaluation ?
- Comment est évaluée l'adhésion de la personne à la nécessité de la toilette ? Comment gère-t-on le refus de l'aide nécessaire et ses conséquences pour la personne (négligence, odeur, rejet, mise à l'écart...) ?
- .../...

Les actions observées	➤ À quelle heure sont faites les premières toilettes ? Les dernières toilettes ? Comment le choix de l'heure prend en compte les demandes des résidents ? ➤ Comment est planifiée l'aide à apporter des professionnels au niveau de chaque unité de vie, chaque jour ? Le week-end et jours fériés ? ➤ Comment est assurée la traçabilité de l'aide apportée ? Comment les autres professionnels peuvent y avoir accès ? Le référent familial ? ➤ .../...
Les effets constatés pour les résidents	➤ Quelle est la proportion de résidents ayant besoin d'une aide totale, partielle, ou d'aucune aide ? ➤ Quel est le nombre de résidents opposants à la toilette ? ➤ Quel est le nombre de résidents exprimant leur insatisfaction sur l'aide apportée ? ➤ .../...
3. L'analyse des constats <i>L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.</i>	
Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ L'identification des écarts : – entre les objectifs et les effets constatés : <i>par exemple, les portes des chambres restent souvent ouvertes pendant la toilette ;</i> – entre les actions prévues et les pratiques observées : <i>par exemple, les toilettes « difficiles » ne sont pas toujours faites en binôme ;</i> – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : <i>par exemple, pour les personnes n'ayant besoin que d'une aide partielle, c'est une aide totale qui leur est apportée ;</i> – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : <i>par exemple, le nombre de résidents opposants à la toilette.</i> ➤ La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés : – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ? – aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? – aux moyens matériels mobilisables (douche adaptée, lève-malade, etc.) ? – à la formation des professionnels à la relation d'aide, la gestion des troubles du comportement ? – à l'évolution de la population accueillie ? Au niveau de dépendance ? Aux habitudes de vie antérieures ? – à d'autres facteurs explicatifs... ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	Cette analyse permet l'identification : – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

À calculer uniquement pour les résidents entrés depuis 18 mois et présents depuis au moins 6 mois.

Si le nombre des entrants est supérieur à 100, enquête sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort).

Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations

Numérateur: Nombre de résidents dont l'item toilette du haut s'est aggravé entre deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée

_____ x100

Dénominateur: Nombre de résidents inclus dans l'enquête ayant eu deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée et sans critère d'exclusion

Critères d'exclusion

- Nombre de résidents cotés incapables de faire leur toilette du haut seul (cotés C sur l'item toilette haut à la première évaluation AGGIR) ;
- Nombre de résidents en fin de vie (phase terminale) ;
- Nombre de résidents ayant eu une seule évaluation depuis leur arrivée.

Limites de cet indicateur :

Il est basé sur la grille AGGIR car celle-ci est le seul outil d'évaluation individuelle commun à tous les Ehpad ; il peut cependant être modifié en fonction de l'outil utilisé (RAI, SMAF, etc.). Pour un Ehpad donné n'ayant pas modifié ses critères d'admission, l'augmentation du taux a une valeur d'alerte.

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres... ;
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Synthèse de l'axe sur le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance

Deux thèmes à évaluer :

- le maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides ;
- le maintien des capacités à la toilette et l'accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale.

Cadre évaluatif (la théorie)

Les objectifs (les effets attendus pour les résidents) sont :

- Maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne.
- Favoriser l'autonomie dans les déplacements.
- Accompagner la situation de dépendance liée à la perte définitive des capacités dans les actes de la vie quotidienne.
- Favoriser l'autonomie pour la toilette.
- Apporter des soins corporels de qualité.
- Respecter l'intimité/la pudeur des personnes.

Les modes d'organisation et les actions prévues pour atteindre les objectifs sont définis par l'établissement à partir, entre autres, des recommandations.



Recueil d'information (l'existant)

Synthèse du questionnement pour connaître les dispositions mises en place :

- Comment l'établissement s'organise-t-il pour stimuler, maintenir les capacités nécessaires à la réalisation des actes de la vie quotidienne ?
- Comment l'établissement s'organise-t-il pour accompagner la situation de dépendance ?
- Quelles sont les procédures, les moyens humains, matériels et financiers prévus pour ces dispositions ?
- .../...

Synthèse du questionnement pour observer les pratiques :

- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour stimuler et maintenir les capacités nécessaires à la réalisation des actes de la vie quotidienne ?
- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour favoriser l'autonomie dans les déplacements ? Dans la toilette ? Pour tous ? 365 j par an ?
- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour accompagner la situation de dépendance des personnes ayant besoin d'une aide totale pour les actes de la vie quotidienne ? Pour tous les actes ? 365 j par an ?
- .../...

Synthèse du questionnement pour les effets constatés pour les usagers :

- Quel est le nombre de résidents dont les capacités de déplacement se sont améliorées ou sont restées stables depuis leur entrée dans l'établissement, depuis les 12 derniers mois ?
- Quel est le nombre de résidents cotés en C à déplacement interne sur la grille AGGIR passant plus de 22 h par jour dans leur logement ?
- Quelle est la proportion de résidents ayant besoin d'une aide totale, partielle, ou d'aucune aide ?
- Quel est le nombre de résidents opposants à la toilette ?
- Quel est le nombre de résidents exprimant leur insatisfaction sur l'aide apportée ?
- .../...

Indicateurs de suivi

- Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations.
- Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations.

Suivi du plan d'amélioration

Axe 4

La personnalisation de l'accompagnement

« Principe inscrit dans la loi 2002-2, la liberté de choix de l'utilisateur concernant les modalités de sa vie et de son parcours appelle des initiatives concrètes de la part des professionnels. Reconnaître la personne dans ce qu'elle veut être et lui donner tous les moyens d'y parvenir suppose en effet de mettre en place des modalités précises de recueil et de prise en compte de ses préférences et de ses difficultés »²².

Chaque accompagnement est individuel. Il est personnalisé s'il est basé sur les besoins de la personne mais aussi sur ses attentes, ses souhaits, ses désirs. La personnalisation induit également la possibilité pour la personne de donner son avis sur les réponses proposées par les professionnels en termes de pertinence et de qualité, et ce tout au long de son parcours.

La personnalisation de l'accompagnement se retrouve dans deux volets du projet d'établissement : le projet de soins et le projet de vie sociale (parfois appelé projet de vie et incluant le projet d'animation).

Trois thèmes à évaluer :

- **le projet personnalisé**
(le projet d'accueil et d'accompagnement) ;
- **la personnalisation des activités sociales**
individuelles et collectives ;
- **la possibilité du maintien des liens sociaux.**

²² Anesm. *La Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis : Anesm, 2008

Thème 1. Le projet personnalisé (le projet d'accueil et d'accompagnement)

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont confiées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre ces objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Prendre en compte les besoins et les attentes de chaque résident.
- Garantir le droit à la participation directe du résident ou avec l'aide de son représentant légal à la conception, la mise en œuvre et le suivi du projet d'accompagnement qui le concerne.

Référence :

- Loi 2002-2 Art L311-3 du CASF.

Exemples d'actions à mettre en place

- Évaluer les besoins individuels de chaque résident.
- Recueillir les attentes de chaque résident.
- Élaborer en équipe pluridisciplinaire chaque projet individuel en fonction des besoins évalués et des attentes recueillies.
- Recueillir l'avis de la personne (et/ou son représentant légal) sur les actions proposées du projet personnalisé et sur leur mise en œuvre.
- Évaluer annuellement en équipe pluridisciplinaire chaque projet personnalisé avec le résident (et/ou son représentant légal).
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé.* Anesm, décembre 2008 ;
- *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 1. Anesm, février 2011 ;
- *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 2. Anesm, septembre 2011.

Pour rappel l'élaboration d'un projet personnalisé est une obligation : il est issu d'une évaluation gériatrique et fait suite à une période d'observation pluridisciplinaire. Il doit prendre en compte les attentes de la personne qui peut en permanence exprimer son avis sur le projet. Il n'est pas un document formel mais bien un outil permettant de garder trace, d'adapter l'accompagnement et de prendre en compte toutes les dimensions du projet de vie (soin, vie quotidienne, vie sociale, relations, etc.).

2. Projet personnalisé : Recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment ces objectifs sont-ils déclinés dans le projet d'établissement ? Présentés aux nouveaux professionnels ? Aux résidents et à leurs proches ?
- Quelles sont les possibilités de personnalisation des logements des résidents ?
- Quand, comment, par qui sont évalués les besoins ? Quelles procédures existe-t-il ? Comment sont intégrées des grilles d'évaluation complémentaires de la grille AGGIR obligatoire ? Comment sont évalués les différents types de besoins (cadre de vie, rythme de vie, aide aux actes de la vie quotidienne, soins, vie sociale, spirituelle, affective...) ?
- Quand, comment sont recueillies les attentes des résidents ? Dans tous les volets de l'accompagnement ?
- Quelles modalités particulières pour les personnes non ou mal communicantes ?

	➤ Quelles modalités d'implication des proches ? Des représentants légaux ? ➤ Comment est organisée la coordination de projet ? L'implication de toutes les parties prenantes de l'accompagnement dans l'élaboration du projet ? Dans son suivi ? Dans sa révision ? Quels professionnels n'y sont pas associés ? ➤ .../...
Les actions observées	➤ Quelle est la périodicité effective des réunions d'équipe sur les projets des résidents ? ➤ Combien de projets personnalisés portent sur tous les volets de l'accompagnement (vie quotidienne, soins, vie sociale, spirituelle, affective, autres, etc.) ? ➤ Combien de projets ont été réévalués au cours des 12 mois précédents ? ➤ Quel est le nombre de projets personnalisés existants au jour de l'évaluation ? ➤ .../...
Les effets constatés pour les résidents	➤ Quelle est la proportion de chambres aménagées par les résidents et leurs proches ? ➤ Quel est le nombre de résidents ayant effectivement donné leur avis sur le projet élaboré ? ➤ Quel est le nombre de résidents pour lesquels l'avis du représentant légal a été sollicité ? Sur 10 projets personnalisés tirés au sort : ➤ Quelles ont été les évaluations qui ont été faites des besoins et des attentes ? Combien de ces évaluations ont été réalisées ? ➤ Quelles réponses proposées ? Sur quels champs de l'accompagnement ? ➤ Quel est l'avis des résidents sur la pertinence des réponses apportées ? Des proches ? ➤ A-t-on adapté les réponses au cours de l'année ? Pourquoi ? ➤ .../...
3. L'analyse des constats <i>L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.</i>	
Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ L'identification des écarts : – entre les objectifs et les effets constatés : <i>par exemple, 100 % des résidents ont un projet individuel mais seulement 20 % ont donné leur avis sur le projet élaboré ;</i> – entre les actions prévues et les pratiques observées : <i>par exemple, les réunions de projet prévues une fois par mois n'ont pas lieu régulièrement ;</i> – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : <i>par exemple, la participation du résident, en fonction de ses capacités, même s'il a des troubles cognitifs ;</i> – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : <i>par exemple, le taux de projets personnalisés réévalués annuellement.</i> ➤ La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés : – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ? – aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accueillie ? À la sévérité des troubles de la communication et de l'expression ? – à d'autres facteurs explicatifs... ?

Sur quoi débouche cette analyse ?

Cette analyse permet l'identification :

- des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ;
- des points sur lesquels un changement doit être conduit.

La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

Une fois par an.

À calculer uniquement pour les résidents entrés depuis 18 mois et présents depuis au moins 6 mois

Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement

Numérateur: Nombre de résidents entrés au cours des 12 derniers mois et présents depuis au moins 6 mois pour lesquels on retrouve une trace écrite de l'avis du résident donné d'une façon ou d'une autre par lui-même ou son représentant légal sur son projet d'accompagnement

x100

Dénominateur: Nombre de résidents entrés depuis 18 mois et présents depuis au moins 6 mois

Limites de cet indicateur :

Il ne s'agit que d'un élément du projet personnalisé portant sur la participation de la personne au projet qui la concerne ; d'autres éléments pourraient être suivis tels que la globalité de l'évaluation des besoins et des attentes ou la réévaluation régulière du projet.

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres... ;
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 2. La personnalisation des activités individuelles et collectives

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont confiées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avons-nous prévu de faire pour atteindre ces objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Offrir aux résidents la possibilité de choisir des activités correspondant à leurs attentes dans le cadre de la vie quotidienne et sociale.
- S'assurer régulièrement de la satisfaction des résidents sur les activités proposées.

Référence :

- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L313-12 du CASF.

Exemples d'actions à mettre en place

- Recueillir les souhaits des personnes à l'accueil et au moins une fois par an.
- Partager en équipe les demandes des résidents transmises tout au long de leur séjour.
- Favoriser l'expression des souhaits des résidents ayant des difficultés de communication.
- Coordonner les actions nécessaires à la mise en place d'activités.
- Établir des partenariats avec les structures sociales, culturelles, de loisirs de la cité.
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé.* Anesm, décembre 2008 ;
- *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement.* Anesm, décembre 2008 ;
- *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 1. Anesm, février 2011 ;
- *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 2. Anesm, septembre 2011 ;
- *La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 3. Anesm, 2012.

2. Le recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment ces objectifs sont-ils déclinés dans le projet d'établissement ? Présentés aux nouveaux professionnels ? Aux résidents et à leurs proches ? Comment le projet d'animation est-il présenté dans le projet d'établissement ?
- Comment, quand, par qui sont recueillies les souhaits d'activités individuelles et collectives ?
- Pour les résidents ayant des difficultés d'expression, quelles sont les modalités de ce recueil ?
- Lorsqu'un résident exprime un souhait, comment et par qui est mis en œuvre le projet pour répondre à cette demande ? Par qui est-il coordonné ? Comment sa pertinence est-elle évaluée ?
- Comment les activités collectives existantes sont-elles présentées aux résidents ? Quand ? Quels sont les modes de sollicitation pour les inciter à y participer ? Comment leur pertinence pour les résidents est-elle évaluée ?
- Quels sont les moyens de l'établissement pour répondre aux demandes ? Quel est le ratio animateur de la vie sociale/résident ? Quels sont les moyens pour faciliter les sorties individuelles, en groupe, avec les proches ? Quelle accessibilité de l'Ehpad (trottoirs, passages protégés, transports en commun...) ?

	➤ Quel partenariat avec les ressources locales (activités culturelles, sportives, commerces, lieux de culte...) ? ➤ Comment sont facilitées les sorties individuelles pour continuer des activités antérieures à l'entrée dans l'Ehpad (engagement dans clubs, association, par exemple...) ? ➤ .../...
Les actions observées	➤ Quelles sont les activités individuelles facilitées par l'établissement ? ➤ Quelles sont les activités collectives proposées ? ➤ Quelles sont les activités demandées auxquelles l'établissement n'a pas les moyens de répondre ? ➤ Quelles sont les activités possibles le week-end et jours fériés ? ➤ Quelle est l'implication (élaboration, mise en œuvre et suivi) dans ces activités des professionnels de l'accompagnement quotidien (auxiliaires de vie, aide-soignant...) ? Soignants (IDE, rééducateurs, psychologue, médecin...) ? Administratifs ? ➤ Quelle est la fréquence des réunions pluridisciplinaires auxquelles participent les professionnels de l'animation ? Des réunions d'encadrement ? ➤ .../...
Les effets constatés pour les résidents	➤ Quel est le taux de participation/activités ? ➤ Quelle est la proportion de résidents n'ayant aucune activité individuelle facilitée par l'établissement et ne participant à aucune activité collective ? Est-ce un choix de ces résidents ? ➤ .../...

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ L'identification des écarts : – entre les objectifs et les effets constatés : <i>par exemple, les demandes individuelles ne sont pas satisfaites ;</i> – entre les actions prévues et les pratiques observées : <i>par exemple, les personnes les plus dépendantes participent peu ou pas aux activités collectives mises en place ;</i> – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : <i>par exemple, la présentation des activités existantes au moment de l'accueil par les professionnels ;</i> – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : <i>par exemple, le nombre d'activités collectives (autres que le repas) possibles chaque jour ou le taux de participation à ces activités.</i> ➤ La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés : – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ? – aux moyens matériels mobilisables (locaux, matériel, véhicule) ? – à la formation des professionnels à l'animation de la vie sociale ? – à l'évolution de la population accueillie ? Au niveau de dépendance ? Au niveau socioculturel en matière de loisirs ? – à d'autres facteurs explicatifs... ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	Cette analyse permet l'identification : – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

Enquête une fois par an sur l'ensemble des résidents présents.

L'établissement choisit des modalités stables de recueil de cette information et adapte ses méthodes et outils.

Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées

Numérateur: Nombre de résidents satisfaits des activités collectives proposées

_____ x100

Dénominateur: Nombre de résidents dont on a recueilli l'avis

Limites de cet indicateur :

Il mesure la qualité perçue par les résidents, qui est un des éléments de l'évaluation de la qualité, même si tous les résidents ne peuvent être interrogés. Les modalités de recueil de l'avis des résidents sont propres à chaque établissement et différentes selon la sévérité des troubles d'expression et de communication des résidents. Il ne s'agit pas de la qualité perçue par les proches.

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres... ;
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 3. La possibilité du maintien des liens sociaux

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont confiées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre ces objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée avec son environnement social.

Référence :

- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L313-12 du CASF.

Exemples d'actions à mettre en place

- Faciliter les liens des résidents avec leurs proches (familles, amis).
- Organiser l'accompagnement des personnes isolées par des bénévoles.
- Faciliter la possibilité de maintenir les liens sociaux des résidents, antérieurs à leur entrée dans l'établissement.
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Les bonnes pratiques de soins en Ehpad.* DGS/DGAS/SFSGG, octobre 2007 ;
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé.* Anesm, décembre 2008 ;
- *La Bienveillance* : définition et repères pour la mise en œuvre. Anesm, juillet 2008 ;
- *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 1. Anesm, février 2011 ;
- *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 2. Anesm, septembre 2011 ;
- *La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 3. Anesm, 2012.

2. Le recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment ces objectifs sont-ils déclinés dans le projet d'établissement ? Présentés aux nouveaux professionnels ? Aux résidents et à leurs proches ?
- Comment est organisée l'information sur le référent familial ? La personne de confiance ?
- Quand, comment, par qui sont accueillis les proches lors de l'entrée dans l'établissement de leur parent ? Comment est transmise l'information concernant ces derniers ?
- Comment sont recueillies les attentes des proches ? Leur avis sur le projet personnalisé de leur parent ? Leur avis sur les activités proposées à leur parent ?
- Comment sont aménagés les logements, les lieux collectifs pour que le résident puisse accueillir ses proches ? Communiquer avec eux (téléphone, internet, courrier, etc.) ?
- Comment est organisée l'action des bénévoles ? Comment leur action est-elle coordonnée avec les professionnels dans le cadre du projet personnalisé et de l'accompagnement ?
- Comment sont facilitées les sorties avec les proches ?
- .../...

Les actions observées

- Quelles sont les activités des résidents partagées avec leurs proches ?
- Quelle est la proportion de proches ayant eu un entretien formalisé avec un ou des professionnels en dehors de l'entretien d'admission ?
- Quel est le nombre de résidents ayant des proches avec lesquels les professionnels n'ont pas de contact ?

	➤ Quel est le nombre de bénévoles intervenants dans la structure ? Quels rôles auprès des résidents (visite individuelle, activités d'animation, accompagnement fin de vie, etc.) ? ➤ .../...
Les effets constatés pour les résidents	➤ Quel est le nombre de résidents ayant des « visites/contacts téléphoniques/courriers/sorties » de proches régulières (de une à quatre visites par mois) ? ➤ Quel est le nombre de résidents accompagnés par des bénévoles ? ➤ Quel est le nombre de résidents n'ayant ni visite de proche ni de bénévole (que ce soit par choix de leur part ou non) ? ➤ Quel est le nombre de résidents ayant encore des proches mais sans lien avec eux ? ➤ .../...
3. L'analyse des constats <i>L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.</i>	
Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ L'identification des écarts : – entre les objectifs et les effets constatés : <i>par exemple, seulement la moitié des résidents ayant des proches ont des contacts (visites, courrier, téléphone) avec ces derniers ;</i> – entre les actions prévues et les pratiques observées : <i>par exemple, les bénévoles intervenants n'ont que peu de contacts avec les professionnels ;</i> – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : <i>par exemple, le recueil de l'avis des proches sur l'accompagnement de leur parent ;</i> – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : <i>par exemple, le pourcentage de résidents ayant des visites régulières de leurs proches.</i> ➤ La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés : – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – à la situation géographique de la structure par rapport à l'origine des résidents ? – à l'accessibilité de la structure ? – aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? À la formation des professionnels ? À la qualité de l'accueil des proches par les professionnels ? – à l'évolution de la population accueillie ? Aux troubles de l'humeur ? À l'isolement social ? – à d'autres facteurs explicatifs... ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	Cette analyse permet l'identification : – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation: *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

Enquête une fois par an sur l'ensemble des résidents présents.

Taux de résidents isolés

Numérateur: Nombre de résidents n'ayant ni visite, ni contact avec famille, ami ou bénévole

_____ x100

Dénominateur: Nombre total de résidents

Limites de cet indicateur :

Il s'agit d'un indicateur « en creux » permettant de s'interroger sur les raisons pour lesquels les résidents isolés restent isolés. Le degré d'isolement peut être une appréciation portée par les professionnels en contact direct avec les résidents sur la base de leurs observations.

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres... ;
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Synthèse de l'axe sur la personnalisation de l'accompagnement

Trois thèmes à évaluer :

- le projet personnalisé ;
- la personnalisation des activités sociales individuelles et collectives ;
- le maintien des liens sociaux.

Cadre évaluatif (la théorie)

Les objectifs (les effets attendus pour les résidents) sont :

- Prendre en compte les besoins et les attentes de chaque résident.
- Garantir le droit à la participation directe du résident ou avec l'aide de son représentant légal à la conception, la mise en œuvre et le suivi du projet d'accompagnement qui le concerne.
- Offrir aux résidents la possibilité de choisir des activités correspondant à leurs attentes dans le cadre de la vie quotidienne et sociale.
- S'assurer régulièrement de la satisfaction des résidents sur les activités proposées.
- Maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs du résident avec son environnement social.

Les modes d'organisation et les actions prévues pour atteindre les objectifs sont définis par l'établissement à partir, entre autres, des recommandations.



Analyse des écarts

Recueil d'information (l'existant)

Synthèse du questionnaire pour connaître les dispositions mises en place :

- Comment le service s'organise pour prendre en compte les besoins et les attentes du résident ? Les faire participer à leur projet ?
- Comment le service s'organise pour s'assurer de la satisfaction du résident sur les activités proposées ? De ses modalités de choix de l'activité ?
- Comment le service s'organise pour maintenir les liens sociaux du résident ?
- Quelles sont les procédures, les moyens humains, matériels et financiers prévus pour ces dispositions ?
- .../...

Synthèse du questionnaire pour observer les pratiques :

- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour prendre en compte les besoins et les attentes des résidents ? Le faire participer à son projet ?
- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour maintenir les liens sociaux du résident ?
- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour s'assurer de la satisfaction du résident sur les activités proposées ? De ses modalités de choix de l'activité ? Par qui ? À quelle fréquence ?
- .../...

Synthèse du questionnaire pour constater les effets pour les usagers :

- Sur 10 projets personnalisés analysés quelles évaluations sont faites des besoins et des attentes ? Quelles réponses proposées ? Sur quels champs de l'accompagnement ? Quel est l'avis des résidents sur la pertinence des réponses apportées ? Des proches ? A-t-on adapté les réponses au cours de l'année ? Pourquoi ?
- Quel est le taux de participation/activités ? Combien de résidents ne participent à aucune activité ?
- Quel est le nombre de résidents ayant des « visites/contacts téléphoniques/courriers/sorties » de proches régulières (de une à quatre visites par mois) ?
- Quel est le nombre de résidents accompagnés par des bénévoles ? Le nombre de résidents n'ayant ni visite de proche ni de bénévole (que ce soit par choix de leur part ou non) ?
- Quel est le nombre de résidents pour lesquels l'avis du représentant légal a été sollicité ?
- .../...

Indicateurs de suivi

- Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement.
- Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées.
- Taux de résidents isolés.

Suivi du plan d'amélioration

Axe 5

Accompagnement de la fin de vie

Pour une majorité des personnes accompagnées, l'Ehpad est le dernier lieu de vie. Même s'il est difficile pour les professionnels de circonscrire précisément la fin de vie, ils accompagnent les résidents jusqu'à la mort, quels que soient les modalités ou le lieu du décès.

Définition des soins palliatifs et de l'accompagnement (Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs) :

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte les souffrances psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Selon le Conseil économique et social :

Enfin, dans les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie, l'objectif n'est pas de préparer la mort mais d'accompagner la vie jusqu'au bout. Lorsque la mort survient, tout n'est pas encore terminé pour l'équipe soignante qui est souvent confrontée au chagrin et au désarroi des proches endeuillés. La préparation au deuil fait partie de l'accompagnement et doit se poursuivre par un soutien et une aide adaptée aux proches endeuillés qui le souhaitent.

Deux thèmes à évaluer :

- l'accompagnement de la fin de vie des résidents ;
- l'accompagnement de leurs entourages (proches et professionnels) à ce moment-là.

Liens avec d'autres démarches de l'établissement :

- **Liens avec Angélique** : Q97, Q98 (fin de vie, décès), Q111 (soutien du personnel).
- **Liens avec questionnaire bientraitance** : Q12 (formation des professionnels), Q15 (inscription de l'Ehpad dans le réseau sanitaire et médico-social de la filière gériatrique), Q17 (continuité de la fonction soins), Q18 (accompagnement fin de vie), Q20 (avis CVS sur expression volonté des résidents et respect des personnes).

Thème 1. L'accompagnement de la personne

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Respecter la volonté de la personne.
- Soulager les douleurs physiques et autres symptômes.
- Prendre en compte les souffrances psychologique, sociale et spirituelle.

Références :

- Articles L311-8 et L313-12 du CASF (Loi (n° 2005-370) du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie) ;
- Article D311-38 du CASF (Décret n° 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs) ;
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L313-12 du CASF ;
- INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Exemples d'actions à mettre en place

- Rechercher systématiquement l'existence de « directives anticipées ».
- Recueillir, lors de l'élaboration du projet personnalisé, les souhaits des résidents en matière de rites religieux ou culturels au moment du décès.
- Recueillir l'avis des proches pour les personnes non-communicantes.
- Organiser le passage de l'information à tous les professionnels y compris l'équipe de nuit.
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Les bonnes pratiques de soins en Ehpad*. DGS/DGAS/SFGG, octobre 2007 ;
- *La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Anesm, juillet 2008 ;
- *Le questionnement éthique dans les ESSMS*. Anesm, octobre 2010 ;
- Programme Mobiquat - *Outil soins palliatifs* ;
- *Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs*. ANAES, décembre 2002 ;
- *Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, conférence de consensus*. ANAES/SFAP, décembre 2006.

2. L'accompagnement de la personne : Recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment ces objectifs sont-ils déclinés dans le projet d'établissement ? Présentés aux nouveaux professionnels ? Aux résidents et à leurs proches ?
- Comment, quand, par qui est effectué le recueil des souhaits de la personne ? Comment fait-on ce recueil pour les personnes non ou mal communicantes ?
- Comment sont recherchées les directives anticipées ? Les personnes de confiance ? Comment ces dispositions légales sont-elles expliquées aux résidents et ou à leur famille ?
- Comment est mise en place la procédure collégiale d'aide à la décision médicale pour les résidents « non conscients » en situation d'arrêt ou de limitation de traitement ?
- Comment, par qui sont évalués les signes de confort et d'inconfort, physiques et psychiques en fin de vie ? avec quelles procédures ?

	➤ Comment est organisée la continuité de l'accompagnement et des soins ? Comment peut-on faire appel à des personnes/structures ressources en cas de symptôme incontrôlé ? De pathologie particulière ? Comment se fait la coordination avec l'hôpital pour les personnes hospitalisées en fin de vie ? ➤ Comment, par qui, quand est organisé l'accompagnement psychologique des résidents ? ➤ Comment peut-on recourir à l'aide de bénévoles formés ? ➤ Comment s'assure-t-on de la formation initiale et continue des professionnels aux soins palliatifs et à la fin de vie ? à l'éthique ? A la loi Léonetti du 22 avril 2005 ? Aux recommandations existantes ? ➤ .../...
Les actions observées	➤ Quel est le nombre de résidents décédés dans l'Ehpad ? Décédés à l'hôpital ? ➤ Quelle est la proportion de dossiers de résidents dans lesquels on retrouve un recueil des souhaits ? ➤ Quelle est la fréquence des passages, la disponibilité, les modalités d'intervention des équipes mobiles ou autres structures ressources avec lesquelles une convention a été passée ? ➤ Quel est le nombre et le type de formations effectuées sur le thème de la fin de vie depuis 5 ans, combien de professionnels formés au jour de l'évaluation ? Quel est l'avis des professionnels formés sur la formation dispensée ? Etc. ➤ .../...
Les effets constatés pour les résidents	➤ Sur la totalité des décès survenus dans les 12 derniers mois : – Quel est l'avis des professionnels sur la qualité de l'accompagnement effectué pour les résidents décédés dans les 12 mois précédant l'évaluation ? ➤ Pour cet axe, il est proposé de prendre les dossiers des 10 derniers décès survenus dans l'établissement et de rechercher dans ces dossiers les éléments permettant de constater les effets des pratiques observées. L'intérêt de prendre les 10 derniers décès est lié au fait que l'évaluation portera certes sur les éléments tracés par écrit dans le dossier mais aussi sur la mémoire collective du groupe des professionnels concernés. Du fait du petit nombre de dossiers, l'analyse peut être refaite une fois par an permettant ainsi de suivre les effets des actions d'amélioration de la qualité mises en place. Sur les 10 dossiers étudiés, exemple de questions à se poser : – Les souhaits en matière de fin de vie sont-ils retrouvés écrits dans les dossiers des résidents ? Sur quels éléments portent-ils ? Quand et par qui ont-ils été recueillis ? – Les souhaits exprimés ont-ils pu être respectés ? Si non, pour quelles raisons ? – Parmi les symptômes d'inconfort en fin de vie (douleur, dyspnée, constipation...), quels sont ceux qui étaient soulagés et ceux qui ne l'étaient pas dans les jours ou heures précédant le décès ? – Les résidents qui présentaient une grande souffrance psychique ont-ils bénéficié de l'accompagnement d'un psychologue ? D'un autre professionnel ? – .../...

Thème 2. Le soutien des proches et des professionnels

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les résidents ?

OBJECTIFS

- Accompagner les proches (familles, amis) au cours de la fin de vie de leur parent.
- Soutenir les professionnels dans ce rôle d'accompagnement.

Références :

- Articles L311-8 et L313-12 du CASF (Loi (n° 2005-370) du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie) ;
- Article D311-38 du CASF (Décret n° 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs) ;
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L313-12 du CASF.

Exemples d'actions à mettre en place

- Identifier le référent familial et les autres proches impliqués dans l'accompagnement de leur parent.
- Repérer la souffrance morale pour proposer un accompagnement par un psychologue.
- Organiser matériellement la présence des proches dans le logement du résident y compris la nuit.
- Passer une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs (SP), une hospitalisation à domicile (HAD).
- .../...

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Les bonnes pratiques de soins en Ehpad*. DGS/DGAS/SFGG, octobre 2007 ;
- *La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Anesm, juillet 2008 ;
- *Le questionnaire éthique dans les ESSMS*. Anesm, octobre 2010 ;
- *Outil soins palliatifs*. Programme Mobiquel ;
- *Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs*. ANAES, décembre 2002 ;
- *Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, conférence de consensus*. ANAES/SFAP, décembre 2006.

2. Le recueil d'information

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des résidents d'avoir mesuré les effets attendus ? Comment apprécions-nous les effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures,
moyens humains,
moyens matériels,
moyens financiers)

- Comment est organisée l'information des proches sur l'état de leur parent ? Comment recueille-t-on leur avis sur le confort physique et psychique de leur parent ?
- Comment la souffrance des proches est-elle repérée ? Quels sont les moyens spécifiques mis en place pour les aider (entretiens avec des professionnels de l'établissement, mise en lien avec des associations de soutien, orientation vers des consultations médicales, etc.) ?
- Outre la formation dispensée (cf. point 5a.2.), quelles modalités de soutien pour les professionnels (analyse de pratiques, supervision, réunion d'équipe, possibilité d'entretien avec psychologue, etc.) ?
- .../...

Les actions observées

- Quelle est la proportion de résidents décédés durant les 12 derniers mois, entourés de leurs proches au moment de la fin de leur vie ?
- Quelle est la proportion de proches accompagnés par les professionnels dans cette même période ? Par quels professionnels ?
- En cas d'instance de parole et de réflexion pour les professionnels, quel est le nombre de réunions ayant eu lieu les 12 mois précédents, le nombre de professionnels y ayant participé ? Quel est l'avis des professionnels sur la qualité du soutien apporté ?
- .../...

Les effets constatés pour les résidents

- Sur la totalité des décès survenus dans les 12 derniers mois :
 - Quel est l'avis des proches dont les parents sont décédés dans l'année sur le soutien qui leur a été apporté ?
- Sur les 10 dossiers analysés :
 - Les résidents ayant un entourage familial ont-ils pu être entourés de leurs familles et/ou de bénévoles ? Les résidents isolés ont-ils bénéficié d'un accompagnement de bénévoles ?
 - .../...

3. L'analyse des constats (thème 1 + thème 2)

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?

- L'identification des écarts :
 - entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, permettre à la personne de décéder dans l'Ehpad si tel était son désir et le nombre de personnes décédées dans l'Ehpad conformément à leur désir ;*
 - entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, accompagner psychologiquement les proches et le temps qui leur est accordé par les professionnels ;*
 - entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, la formation des professionnels à l'accompagnement de fin de vie et aux soins palliatifs ;*
 - entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, le pourcentage de recueil de souhaits dans le dossier.*
- La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :
 - à une définition incomplète d'objectifs opérationnels ?
 - aux moyens mobilisés (qualification des professionnels, nombre de professionnels présents, matériel adapté, etc.) ?
 - à la qualité du partenariat avec les personnes et structures ressources, les intervenants extérieurs libéraux (médecins traitants, infirmières), etc. ?
 - aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ?
 - à la formation des professionnels sur le sujet de l'accompagnement de fin de vie et des soins palliatifs ?
 - à l'évolution de la population accueillie (sévérité des troubles cognitifs, pathologies particulières, etc.) ?
 - à d'autres facteurs explicatifs... ?

Sur quoi débouche cette analyse ?

Cette analyse permet l'identification :

- des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ;
- des points sur lesquels un changement doit être conduit.

La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences ?*

Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles adaptations nécessaires ?*

Indicateur de suivi

Une fois par an.

Enquête sur tous les entrants des 12 derniers mois.

Si le nombre des entrants est supérieur à 100, enquête sur 100 résidents tirés au sort (ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort).

Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie

Numérateur : Nombre de résidents entrés dans l'Ehpad au cours des 12 derniers mois et présents depuis trois mois ou plus pour lesquels on retrouve un recueil de leurs souhaits en matière de fin de vie dans leur dossier

_____ x100

Dénominateur : Nombre de résidents entrés dans l'Ehpad au cours des 12 derniers mois et présents depuis trois mois ou plus

Limites de cet indicateur :

Les données servant à la construction de cet indicateur sont vérifiables, quantifiables, faciles à retrouver. Cependant, il ne s'agit que d'un élément de l'accompagnement de fin de vie et à lui seul, il ne peut pas refléter la qualité de toute la démarche d'accompagnement et de soins palliatifs.

Suivi du plan d'amélioration

- État d'avancement des améliorations décidées ;
- Analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres... ;
- Selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- Analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Synthèse de l'axe sur l'accompagnement de fin de vie

Deux thèmes à évaluer :

- l'accompagnement de la fin de vie des résidents ;
- l'accompagnement de leur entourage (proche et professionnel) à ce moment-là.

Cadre évaluatif (la théorie)

Les objectifs (les effets attendus pour les résidents) sont :

- Respecter la volonté de la personne.
- Soulager les douleurs physiques et autres symptômes.
- Prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.
- Accompagner les proches (familles, amis) au cours de la fin de vie de leur parent.
- Soutenir les professionnels dans ce rôle d'accompagnement.

Les modes d'organisation et les actions prévues pour atteindre les objectifs sont définis par l'établissement à partir, entre autres, des recommandations.

Recueil d'information (l'existant)

Synthèse du questionnaire pour connaître les dispositions mises en place :

- Comment l'établissement s'organise-t-il pour respecter la volonté de la personne ? Soulager la douleur physique ? Les autres symptômes ? Prendre en compte la souffrance psychologique ? Accompagner la famille ou les amis du résident au cours de sa fin de vie ? Soutenir les professionnels dans l'accompagnement de fin de vie ?
- Quelles sont les procédures, les moyens humains, matériels et financiers prévus pour ces dispositions ?
- .../...

Synthèse du questionnaire pour observer les pratiques :

- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour respecter la volonté de la personne ? Soulager la douleur physique ? Les autres symptômes ? Prendre en compte la souffrance psychologique ? Accompagner la famille ou les amis du résident au cours de sa fin de vie ? Soutenir les professionnels dans l'accompagnement de fin de vie ?
- Combien de fois ces pratiques ont-elles été mises en place ?
- .../...

Synthèse du questionnaire pour constater les effets pour les usagers :

- Sur la totalité des décès survenus dans les 12 derniers mois quel est l'avis des proches dont les parents sont décédés dans l'année sur le soutien qui leur a été apporté ?
- Sur 10 dossiers analysés, quel accompagnement tant de la personne que de son entourage a pu être fait ? Comment les souhaits concernant la fin de vie ont-ils été recueillis ? Respectés ? Qu'est-ce qui n'a pas été fait ? Pourquoi ?
- .../...

Analyse
des écarts

Indicateurs de suivi

- Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie.

Suivi du plan d'amélioration

Annexes

Annexe 1. Références sur l'évaluation

Les textes²⁶ relatifs à l'évaluation (interne et externe)

Textes législatifs et réglementaires :

- l'article L312-1 du CASF : établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- l'article L312-8 du CASF : évaluation et systèmes d'information ;
- l'article L313-5 du CASF : renouvellement de l'autorisation et résultats de l'évaluation externe ;
- annexe 3-10 du CASF : contenu du cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes ;
- D312-198 à D312-205 du CASF : calendriers des évaluations et modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.

Circulaires administratives :

- la circulaire n° DGCS/SD5C2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- la circulaire n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social.

Recommandations :

- « Démarche qualité – Évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire – Guide méthodologique ». DGAS, mars 2004.
- « L'évaluation interne. Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux ». CNESMS, 2006.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur « La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'Action sociale et des familles ». Anesm, 2008.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'Action sociale et des familles ». Anesm, 2009.

Calendrier des évaluations pour les Ehpad

L'article²⁷ 124 de loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST »), codifié à l'article 312-8 du Code de l'Action sociale et des familles, et le décret d'application n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des ESSMS ont modifié le calendrier des évaluations initialement prévu par la loi du 2 janvier 2002.

Évaluation interne

L'évaluation interne repose sur une démarche continue retracée dans le rapport d'activité des Ehpad.

Principe : Les résultats de l'évaluation interne sont transmis tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ou lors de la révision de leur contrat pour les Ehpad qui ont conclu un contrat pluriannuel.

²⁶ Cette page est disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr/

²⁷ Cette page est également disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr/

Dérogation : Pour les établissements et services autorisés et ouverts avant le 21 juillet 2009, les résultats d'une évaluation interne au moins sont communiqués au plus tard trois ans avant la date du renouvellement de leur autorisation.

Évaluation externe

Principe : Il résulte désormais de l'article L312-8 du CASF modifié, que les établissements et services mentionnés à l'article L312-1 du CASF sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci.

Le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 codifié à l'article D312-205 du CASF prévoit que les Ehpad doivent procéder à deux évaluations externes entre la date d'autorisation et son renouvellement : la première, au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la seconde, au plus tard deux ans avant son renouvellement.

En cas de contrat pluriannuel, le calendrier peut être prévu dans le contrat, dans les limites réglementaires.

Dérogation : Afin de tenir compte de la fin de validité des autorisations généralement de 15 ans, et des obligations faites aux Ehpad depuis la loi du 2 janvier 2002, les mesures transitoires ont été prises pour définir ce qui serait exigé d'ici à 2017 (date de fin des autorisations des Ehpad autorisés au titre de la loi du 2 janvier 2002).

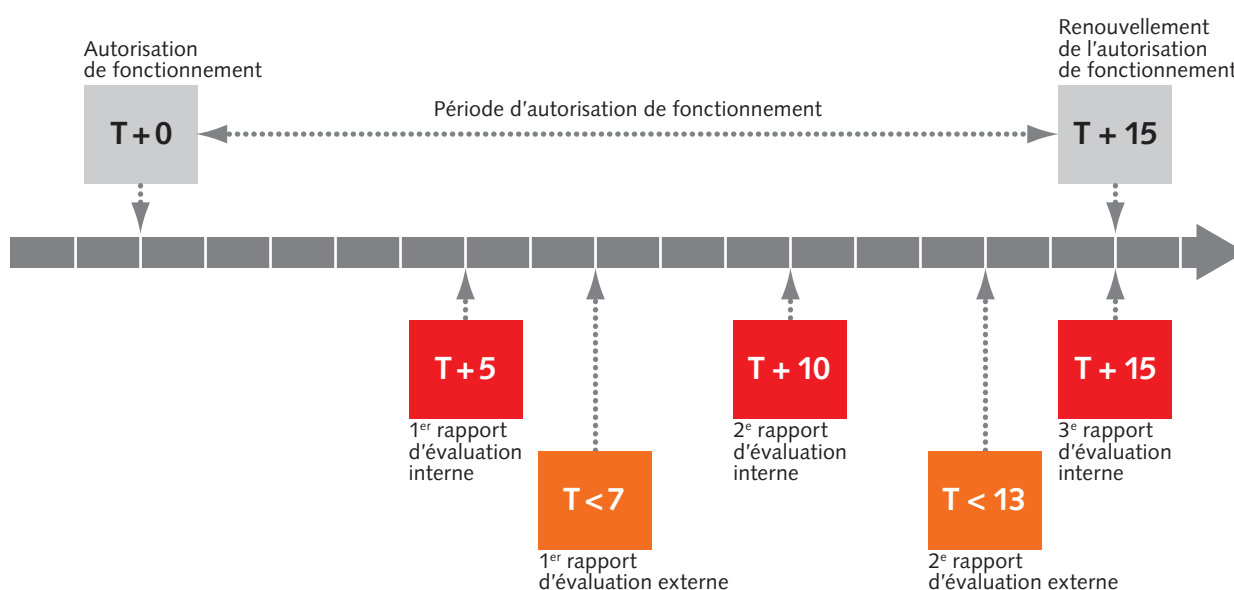
Par dérogation, les établissements et services mentionnés à l'article L312-1 du CASF autorisés et ouverts avant la promulgation de la loi du 21 juillet 2009 procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant le renouvellement de leur autorisation.

Les Ehpad doivent donc adresser les résultats de l'évaluation externe aux autorités de contrôle et de tarification avant le 03/01/2015.

N.B. : Concernant **les dispositions transitoires prévues** par la loi HPST du 21 juillet 2009, si l'arrêté d'autorisation d'un Ehpad est antérieur à la loi précitée et que l'ouverture effective a été effectuée après la publication de celle-ci cet Ehpad n'est pas régi par ces dispositions. Il faut dans ce cas se reporter aux principes fixés par la loi :

- communication des résultats de l'évaluation interne tous les 5 ans ;
- 2 évaluations externes entre la date d'autorisation et son renouvellement.

Calendrier général des évaluations des Ehpad (hors dérogation ou cas particuliers)



Annexe 2. Éléments de méthode

Sont regroupés dans ces annexes, certains éléments de méthode complémentaires de ceux décrits dans la recommandation « Conduite de l'évaluation interne dans les ESSMS » mais à laquelle les lecteurs se référeront s'ils veulent approfondir les points de méthode.

Fiche 1 : quand et par quoi commencer ?

Quand l'établissement doit-il commencer son évaluation interne ?	L'établissement s'engage dans son évaluation interne à tout moment dans le respect du cadre législatif. Il convient pour cela d'identifier la date butoir et de tenir compte du temps nécessaire à sa réalisation. Par rapport à l'évaluation externe, l'évaluation interne doit être : • ni trop éloignée, pour maintenir du sens entre les deux évaluations ; • ni trop rapprochée, pour laisser du temps à la mise en place d'actions correctives. L'écart de deux ans, en moyenne, entre les deux évaluations correspond au bon déroulement d'une démarche dynamique et continue.
Quels sont les éléments déclencheurs de la démarche ?	L'entrée dans la démarche peut s'appuyer sur plusieurs éléments : • l'identification d'un point faible ou d'un dysfonctionnement majeur ; • la volonté d'approfondir le questionnement sur l'accompagnement du séjour complet des résidents ; • la nécessité d'analyser et de mesurer un objectif que l'établissement a mis en œuvre dans le cadre de ses missions ; • une dynamique impulsée par le siège de l'organisme gestionnaire, une fédération d'établissement ou les autorités d'autorisation et de tarification.
Comment entrer dans la démarche ?	Pour faciliter l'entrée dans la démarche, l'établissement peut partir d'un « diagnostic rapide » ou d'un « pré-diagnostic ». Il s'agit d'un travail préliminaire qui peut être effectué à partir de quelques questions identifiées prioritaires, d'un court référentiel ou de l'analyse de quelques données quantitatives ou qualitatives déjà existantes et rapidement exploitables.
Gestionnaires de plusieurs structures : quelle démarche entreprendre ?	Un même gestionnaire de structures peut décider de lancer la démarche dans l'ensemble de ces structures. Malgré une démarche commune, un rapport d'évaluation interne spécifique à chaque structure autorisée devra être transmis aux autorités compétentes. Cela permet au gestionnaire d'harmoniser les pratiques, de disposer d'un diagnostic global et de mutualiser différents moyens (réunions, formation, etc.). Néanmoins, cette solution nécessite davantage de temps et d'investissement de la part des professionnels.
Spécificités	Le projet d'établissement s'articule à différents niveaux avec l'évaluation. Le projet d'établissement nourrit les questions évaluatives en identifiant les missions de l'établissement et les objectifs à atteindre, en caractérisant les publics, en explicitant la procédure d'évaluation, en élaborant des tableaux de bord, etc.²⁸ Toutefois, si le projet d'établissement n'est pas abouti ou n'a pas été actualisé, il est possible de conduire l'évaluation interne. Elle facilitera la reprise et l'aboutissement de ce projet ou sa révision.

²⁸ Anesm. *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service*. Saint-Denis : Anesm, 2010, p.17

Fiche 2 : comment définir un planning d'évaluation ?

Comme tout projet, l'évaluation se planifie en tenant compte du calendrier réglementaire, des objets à évaluer, des ressources mobilisables et des contraintes organisationnelles de l'établissement. La définition du planning est nécessaire dans la mesure où elle permet de concilier la démarche avec les impératifs de la vie de l'établissement et d'éviter que l'évaluation ne se fasse au détriment de l'accompagnement.

Choisir comment entrer dans la démarche d'évaluation	Au cours des 5 années durant lesquelles l'établissement doit réaliser son évaluation interne (sauf dispositions particulières), l'établissement doit avoir évalué l'ensemble de ses prestations, c'est-à-dire avoir traité l'ensemble des 5 axes²⁹. Selon le temps, les moyens disponibles d'une part, le degré d'avancement dans d'autres démarches d'amélioration de la qualité d'autre part, plusieurs possibilités s'offrent aux établissements : • compléter la démarche déjà faite au regard des éléments apportés dans la recommandation et non pris en compte dans le référentiel utilisé : autre thème, approfondissement du questionnement en particulier en termes d'effets pour les résidents des processus mis en place, indicateurs de suivi complémentaires ; • traiter l'ensemble des axes d'amélioration mais sans viser d'emblée l'exhaustivité du questionnement sur tous les thèmes ; l'approfondissement des thèmes se fait au fur et à mesure des différents cycles d'évaluation et au cours des moments consacrés au suivi.
Identifier la durée de la démarche d'évaluation	La durée de la démarche dépend des choix qui ont été effectués précédemment. Dans tous les cas, il convient de fixer un délai entre la phase de structuration de la démarche et celle de l'élaboration du plan d'actions. Lorsque les axes sont traités de manière concomitante sans s'appuyer sur une démarche préexistante, la démarche (à l'exception du suivi du plan d'actions) s'effectue généralement entre 6 et 9 mois. Le suivi annuel du plan d'action et des différents indicateurs est fait en continu par les pilotes désignés mais demande au comité de suivi une quinzaine de demi-journées de travail par an.
Prendre en compte les impératifs organisationnels	Les impératifs temporels du fonctionnement de l'établissement sont à identifier, autant que possible, dans le planning de l'évaluation : transmission du rapport d'activité, remontée des indicateurs, élaboration du budget, congés annuels, assemblées générales, réponse à un appel à projet, etc.
Prendre en compte les moyens nécessaires	La durée de la démarche dépend également des moyens et outils mobilisables en interne.

²⁹ La garantie des droits individuels et collectifs, la prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents, le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance, la personnalisation de l'accompagnement, l'accompagnement de la fin de vie qui permettront ensuite d'interroger le projet de service, l'organisation du service et l'ouverture du service sur son environnement.

Fiche 3 : pourquoi et comment mettre en place un comité de pilotage de l'évaluation ?

Le comité de pilotage de l'évaluation a un rôle stratégique. Il pense la démarche dans sa globalité (lancement, mise en œuvre, suivi, plan d'amélioration) et prend les décisions concernant la structuration de la démarche d'évaluation. Il assure la fonction de conduite de l'évaluation.

Quel lien avec les instances existantes ?	Le comité de pilotage de l'évaluation se différencie : • du Conseil d'administration de par ses participants et ses objectifs ; • du (des) groupe(s) de travail chargé(s) de la mise en œuvre ; • du conseil de la vie sociale (CVS). La composition du comité de pilotage de l'évaluation peut être comparable à celle du groupe ayant élaboré le projet d'établissement.
Quelle taille et qui participe ?	La taille du comité de pilotage varie en fonction de la taille de l'établissement et du volume d'activités. Le comité de pilotage intègre a minima les principaux décideurs et le référent évaluation, mais il est également possible d'y associer selon le contexte : • des professionnels de différents métiers ; • des représentants du personnel (délégué du personnel, etc.) ; • des partenaires ; • des résidents ou des représentants de résidents ; • des familles ou représentants légaux ; • des administrateurs ; • des bénévoles ; • .../...
Quel est le rôle du comité de pilotage de l'évaluation ?	Les rôles du comité de pilotage de l'évaluation varient en fonction des phases de l'évaluation. En amont de la démarche (phase 1) : • déterminer le planning de l'évaluation ; • définir le rôle des acteurs et déterminer les moyens et outils nécessaires au recueil d'informations ; • définir ou valider les objectifs prioritaires de l'établissement qui permettront de construire le cadre évaluatif. À mi-parcours (phases 2 et 3) : • suivre l'état d'avancement du recueil et de l'analyse des informations. En aval (phase 4) : • valider l'analyse des informations pour établir un diagnostic partagé ; • hiérarchiser les propositions d'amélioration afin qu'elles soient validées par la direction.
Spécificités	Dans les petites structures, la composition du comité de pilotage peut être identique à celle des groupes de travail. Il importe dans ce cas de bien différencier les fonctions : le comité de pilotage suit, organise la démarche d'évaluation et prend les décisions ; le groupe de travail élabore le cadre de référence, recueille, analyse les informations et fournit des pistes d'amélioration. Les gestionnaires de plusieurs structures : lorsqu'un gestionnaire de structures décide de mettre en place une démarche d'évaluation dans l'ensemble de ces structures, le gestionnaire peut mettre en place un comité de pilotage au niveau du « siège ». Dans ce cas, des groupes de travail sont mis en place au sein de chaque structure.

Fiche 4 : comment mobiliser l'ensemble des acteurs ?

L'évaluation est une démarche participative et collective qui occasionne des changements et des bouleversements dans l'organisation de l'établissement. Pour mobiliser et sensibiliser les équipes à celle-ci, les représentants de la direction doivent communiquer à chacune des étapes. S'ils ne peuvent ou ne souhaitent y participer, les professionnels sont a minima informés de l'avancement des travaux. Au-delà des professionnels, l'information et la participation des partenaires, des résidents et de leurs proches sont également recherchées. La multiplication des angles d'approche, le croisement des perspectives et des sources d'information participent à l'élaboration d'une analyse partagée et objective.

Informar l'ensemble des professionnels	Les représentants de la direction informent en amont les professionnels sur : • les enjeux et les objectifs de l'évaluation pour l'établissement ; • le déroulement de la démarche ; • les différentes modalités de participation des professionnels. Ils sont régulièrement avisés de l'avancement des travaux et sont également informés du plan d'amélioration d'actions à l'issue de la démarche.
Associer l'ensemble des professionnels à la démarche	Tout au long de la démarche, les représentants de la direction s'appuient sur les professionnels de l'encadrement intermédiaire pour mobiliser les salariés accompagnant les usagers. Les professionnels (cadres, soignants, personnels administratifs, agents d'intervention, etc.) ont la possibilité de contribuer à une réflexion sur leurs pratiques au regard des objectifs de l'Ehpad et des effets constatés sur les usagers. La diversité de leurs échanges et de leurs expériences favorisent le questionnement sur les activités de l'établissement. La participation des professionnels, y compris des libéraux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...) s'effectue au moyen de groupes de travail, d'entretiens en face à face, de questionnaires, etc.
Associer les partenaires	Les partenaires avec lesquels une convention a été signée sont associés à la démarche sur les sujets qui les concernent : • hôpital, équipes mobiles, services hospitaliers de gériatrie en particulier sur les axes 2, 3 et 5 ; • municipalité, associations culturelles et de loisirs, autres sur les axes 1 et 4.
Impliquer les résidents (ou leur représentant) et leurs proches³⁰	Il existe plusieurs niveaux de participation : la consultation, la concertation, la coproduction. Aux différentes étapes de la démarche d'évaluation et autant que possible, l'implication des résidents et des proches va au-delà de la seule consultation. Pour favoriser une participation active, il est utile : • d'en diversifier les formes (participation individuelle et collective) ; • d'organiser une réflexion collective au préalable sur le contenu et les modalités de participation ; • de s'appuyer sur les modes de consultation et de participation existants pour voir comment les utiliser pour l'évaluation, etc. Dans tous les cas, il importe de distinguer le point de vue des résidents de celui des proches.

³⁰ Pour plus de détails sur les principes et modalités de mise en œuvre de la participation des usagers au fonctionnement d'un établissement ou service, voir les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm : *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*, avril 2008, et *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie*, avril 2010.

Fiche 5 : comment identifier les moyens et outils facilitant la conduite de l'évaluation ?

Les outils et moyens présentés ci-dessous ne sont pas des conditions indispensables pour entreprendre la démarche d'évaluation, mais ils sont un moyen de la faciliter. Bien que nécessaire au pilotage de l'activité, il est possible, par exemple, de conduire une évaluation interne sans un projet d'établissement actualisé. Néanmoins, il est préférable que celui-ci existe et/ou soit réactualisé.

Exemples de modes d'organisation	• Il existe un poste de qualicien dans l'établissement. • Une démarche d'amélioration de la qualité a déjà été faite dans l'établissement. • L'équipe de direction est formée à la conduite de l'évaluation interne et externe. • Les professionnels sont formés/sensibilisés à l'évaluation. • La structure a mis en place un groupe de travail pour échanger sur les recommandations et aider les équipes à se les réapproprier. • Les professionnels échangent régulièrement entre eux sur leurs pratiques (réunions d'équipe, suivi régulier avec le professionnel d'encadrement, analyse de pratiques, etc.). • Les résidents, leurs proches, les partenaires sont invités à participer à des réunions organisées par l'Ehpad, à échanger avec les professionnels sur l'organisation. • Le système de recueil des données pour construire les indicateurs nécessaires à l'évaluation est programmé et le recueil de certaines données est systématisé (par informatique, dans un tableau, etc.). • .../...
Exemples de moyens matériels	• Une salle à disposition pour les réunions. • L'équipement d'outils informatiques. • Des supports de communication. • .../...
Exemples d'outils	• Un projet d'établissement actualisé. • Des tableaux de bord de suivi déjà identifiés dans le projet d'établissement. • Des projets personnalisés mis à jour et évalués. • Un règlement de fonctionnement. • Un ou des référentiels. • Un système d'information informatisé. • .../...

Fiche 6 : quels sont le rôle et les compétences de tous les acteurs de la démarche d'évaluation ?

Fonctions au sein de l'établissement	Compétences dans l'évaluation
Le directeur de l'établissement	Responsable de l'évaluation.
Le référent évaluation Cette fonction peut être assurée par : – le directeur lorsque l'établissement est de petite taille, – un qualicien, – un professionnel de l'établissement compétent, – un consultant lorsque la direction a choisi de confier l'évaluation interne à un organisme extérieur.	Son rôle : recueillir et diffuser l'information entre le comité de pilotage, les groupes de travail, l'ensemble des professionnels, les usagers, etc. Il est garant de la démarche, de la méthode et de la traçabilité de la démarche. Ses compétences : sens de l'intérêt général, vision de l'ensemble de l'établissement, et aptitudes à animer les groupes de travail, à planifier et à coordonner les actions.
Les cadres, le médecin coordonnateur et l'infirmière coordonnatrice	L'implication du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordonnatrice, des cadres est un appui indispensable qui va permettre de mobiliser l'ensemble des professionnels.
Les professionnels soignants, médicaux, paramédicaux, sociaux, administratifs, techniques Les professionnels libéraux intervenant dans l'Ehpad : médecins, infirmiers, kinésithérapeute, etc.	Ils sont associés dans la réflexion, dans le recueil et l'analyse des informations selon différents moyens (groupes de travail, entretiens individuels, notes écrites, questionnaire, etc.). Associer une secrétaire ou un professionnel disposant de compétences administratives et logistiques offre deux avantages : le regard extérieur par rapport aux intervenants du quotidien de l'accompagnement et le gain de temps par rapport aux questions techniques et d'organisation (prise en charge du compte rendu, organisation des réunions, etc.). L'implication de tous n'est pas nécessaire à toutes les étapes de la démarche afin de ne pas nuire au bon fonctionnement de l'établissement.
Les résidents et leurs proches	Ils sont impliqués à différentes étapes et les modalités de leur participation sont variées (consultation, concertation, coproduction). Il faut distinguer la participation des résidents, de celles des proches.
Les administrateurs et les bénévoles	Il importe de les associer à la démarche.
Les partenaires	Il s'agit des structures avec lesquelles l'Ehpad travaille (équipe mobile, centre hospitalier, mairie, services culturels, etc.). Ils sont associés dans le recueil d'information, voire dans l'analyse.

Fiche 7 : comment caractériser le profil des personnes accompagnées ?

Il s'agit d'identifier les caractéristiques principales de la population effectivement accompagnée et de préciser si ces caractéristiques ont évolué depuis l'autorisation de l'établissement et/ou depuis la précédente évaluation. L'analyse de ces caractéristiques est nécessairement collective.

Les caractéristiques principales de la population accompagnée sont de différentes natures. Elles reposent sur :

- des caractéristiques individuelles liées aux personnes ;
- des caractéristiques liées à leur environnement (matériel, social, familial, etc.) ;
- des caractéristiques liées à leur parcours au sein de l'établissement.

Favoriser une analyse collective	• S'assurer de la contribution de toutes les compétences professionnelles disponibles. • Croiser les observations des professionnels et les données issues de la consultation et/ou de l'observation des personnes accompagnées. • L'analyse des informations doit se faire dans le respect des règles de confidentialité liées à la circulation des informations³¹. • L'analyse collective permet également de réinterroger le contenu des projets personnalisés en mettant en évidence les informations dont les professionnels ont besoin.
Mobiliser les outils existants	• Les dossiers des personnes accompagnées. • Les projets personnalisés/projets individuels/projets d'accompagnement. • Les tableaux de bord de suivi.
Présenter les informations recueillies	Établir une synthèse des données récupérées précisant : • la date du recueil d'information ; • les caractéristiques communes dégagées de l'observation des situations individuelles ; • éventuellement les évolutions significatives.

³¹ ANESM, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, décembre 2008, p. 34.

Annexe 3. Élaboration de la recommandation

Une première version de cette recommandation a été élaborée par un groupe de travail, selon la méthode de consensus simple d'octobre 2009 à décembre 2010. Au cours de l'été 2010, un test de faisabilité et de compréhension de 30 indicateurs a permis d'en retenir 15 dans une première version.

Un appel à contribution sur le site de l'Anesm et l'expérimentation avec un panel de 25 Ehpad de la démarche d'évaluation interne telle que présentée dans le premier document ont été conduits d'avril à septembre 2011. Ces travaux ont permis de modifier le document pour en améliorer sa lisibilité et sa pertinence.

La version présentée est donc le résultat de l'ensemble de ces travaux.

Participants

Équipe projet de l'Anesm

Marie-Pierre HERVY, responsable de projet

Cyril DESJEUX, chef de projet

Michèle PONDAVEN, responsable de projet

Aline METAIS, responsable de projet

Analyse documentaire

Lucie DESARBRES, chef de projet

Nathalie DUTHEIL, responsable de projet « Études et Méthodes »

Patricia MARIE, documentaliste

Travaux de suivi

Carole AUBRY, chargée d'études service « Études et Méthodes »

Mahel BAZIN, chargé d'études service « Études et Méthodes »

Sophie MAUNIER, responsable de projet service « Études et Méthodes »

Yaba BOUESSE, chargée de communication

Marianne MORINI, Société ALCIMED, consultant pour l'expérimentation avec 25 Ehpad

Marielle JEWANDER, Société ALCIMED, consultant pour l'expérimentation avec 25 Ehpad

Sébastien EUGENE, Société ALCIMED, consultant pour l'expérimentation avec 25 Ehpad

Comité scientifique / test indicateurs:

Pr Jean-Claude HENRARD, professeur émérite de santé publique, Centre de gérontologie, Hôpital Sainte-Périne, Paris

Marie Dominique LUSSIER, médecin, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), Paris

Pr Jean Luc NOVELLA, responsable du service de médecine interne et gériatrie, HDJ Neurologie Gériatrie, Reims, Marne

Pr Yves ROLLAND, professeur de gériatrie, Gérontopôle de Toulouse, Haute-Garonne

Comité scientifique / appel à contribution et expérimentation

Sylvain CONNANGLE, membre du conseil scientifique de l'Anesm 2007-2010

Jean-Pierre HOTTIAUX, adjoint au DGA, Conseil Général Dordogne

Pr Claude JEANDEL, personnalité qualifiée, membre du conseil scientifique de l'Anesm 2007-2010

Joëlle LYORIT, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, délégation territoriale Dordogne, ARS AQUITAINE

Dr Gérard NITENBERG, conseiller médical projet COMPAQ – HPST, Villejuif, Val-de-Marne

Pierre SAVIGNAT, membre du conseil scientifique de l'Anesm 2007-2010

Jean Christian SOVRANO, Direction générale de la cohésion sociale (Dgcs), Paris

Karine TROUVAIN, directrice délégation territoriale Dordogne, ARS Aquitaine

Participants à l'expérimentation en Dordogne de la première version de la recommandation

Olivier AUBERGER, directeur, Ehpad Saint-Léon-sur-l'Isle, Saint-Léon-sur-l'Isle
Nadège BARTKOWIAK, directrice, Ehpad de Bourdeilles, Bourdeilles
Serge CHATEAU, directeur, Ehpad La feuilleraie, Razac sur l'Isle
Stéphanie COHORT, directrice, Ehpad de l'hôpital local d'Excideuil, Excideuil
Sophie DUCOURET, directeur, Ehpad La Maison de Goûts, Gout-Rossignol
Soizic FONS, Responsable Qualité, Ehpad de l'hôpital local de Saint-Astier, Saint-Astier
Jacques FOURCADE, responsable qualité, Ehpad Le Verger des Balans, Annesse-et-Beaulieu
Marc FREIBURGER, directeur, Ehpad La Bastide, Beaumont
Florence GADRAT FALLERT, directrice, Ehpad de Neuville, Neuville
Aude GALINOU LORMANT, directrice, Ehpad Tibériade- Fondation John Bost, La Force
Michel GOUNEAU, directeur, Ehpad du Centre hospitalier de Bergerac, Bergerac
Frédéric GREGOIRE, directeur, Ehpad Résidence de la Belle, Mareuil-sur-Belle
Mickaël GUALDE, directeur, Ehpad Résidence Les 4 Saisons, Terrasson la Villedieu
Marie-Thérèse GUEGUEN, directrice, Ehpad Résidence Le Moulin de l'Isle, Trélissac
François LELOUP, directeur, Ehpad L'Obligé, Le Bugue
Franck LESTRADE, directeur, Ehpad de l'hôpital local de Belles, Belles
Joël Le LEVIER, directeur, Ehpad Le Plantier, Sarlat la Caneda
Sylvie MALLET, directrice, Ehpad Rivière espérance, Lalinde
Laurent MONTEIL, directeur, Marie-Andrée NICOLAS, cadre supérieure de santé, Ehpad Foix de Candalle, Montpon Menesterol
Julien MOURET, directeur, Ehpad Le Colombier, Thiviers
Alain NEUVILLE, directeur, Ehpad Saint-Rome, Carsac Aillac
Vincent POUMEROL, directeur, Ehpad Les Jardins d'Iroise, Lamothe Montravail
Andrée SERVOLLE, assistante qualité, Ehpad La Madeleine, Bergerac
Astrid SOULAS, qualicienne, Ehpad de l'hôpital local de Nontron, Nontron
Marie-Aimée STEYAERT, cadre de santé, Ehpad Résidence Le Périgord, Monpazier

Groupe de travail

Marie-Thérèse ARGENSON, représentante des familles, Fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles (Fnapaef), Quimper, Finistère
Isabelle BARGÈS, directrice qualité de vie, Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa), Tassin, Rhône
Dr Jean-Bernard BOUVOT, Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (Ffamco), médecin coordonnateur, Ehpad Notre Dame des Mines, Molières-sur-Cèze, Gard
Serge CANAPE, chef du bureau Gouvernance du secteur social et médico-social, Dgcs, Paris
Fabienne DUBUISSON, conseillère technique, Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, Dgcs, Paris
Bernard DUPORTET, président Habeo, Villejuif, Val-de-Marne
Virginie HOAREAU, adjointe au responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale, Fédération hospitalière de France (FHF), Paris
Ghislaine JACQMIN, Fnaqpa, directrice Ehpad Sainte Catherine Labouré, Toulon, Var
Murielle JAMOT, directrice Centre hospitalier de Puteaux FHF, Puteaux, Hauts de Seine
Adeline LEBERCHE, directrice du secteur social et médico-social, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap), Paris
Denis LÉONE, inspecteur hors classe délégation territoriale de Paris, ARS Ile de France, Paris
Michèle LENOIR-SALFATI, chef du service certification des établissements de santé, Haute autorité de santé (HAS), Saint-Denis-la-Plaine, Seine-Saint-Denis
Dr Nathalie MAUBOURGUET, présidente Ffamco, Bordeaux, Gironde
Titina MENDY, conseillère technique médico-social, Syndicat national des maisons de retraite privées (Synerpa), Paris
Patrick MORENO, Fnadepa, directeur Maison de retraite protestante, Nantes, Loire-Atlantique
Catherine MOUACI, directeur Qualité de vie, Groupe DomusVI Dolcéa, Paris
Norbert NAVARRO, AD-PA, directeur ESMS - Résidence Gautier, Beauregard-l'Évêque, Puy-de-Dôme
Dr Bernard ODDOS, médecin coordonnateur Ffamco, Ehpad Le Repos Marin, Soulac-sur-Mer, Gironde
Charlotte PENTECOUTEAU, chargée de mission Qualité, efficacité, performance, bureau Gouvernance du secteur social et médico-social, Dgcs, Paris

Jean-Christian SOVRANO, adjoint au chef du bureau des services et des établissements, Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, Dgcs, Paris

Bénédicte ROCH DURAND, conseiller Santé-Social Personnes Agées, Fehap, Paris

Florian ROGER, Synerpa, directeur Ehpap Melavie, Montgeron, Essonne

Dr Geneviève RUAULT, déléguée générale SFGG, responsable du programme Mobiquat, Suresnes, Hauts-de-Seine

Françoise TOURSIERE, directeur, Fnadepa, Saint-Denis, Seine-Saint-Denis

Christian VALETTE, Fnadepa, directeur général des services du Syndicat intercommunal à vocation médico-sociale (Sivom), Trith-Saint-Léger et environs, Nord

Eric VANBRUGGHE, directeur Département Qualité, Groupe Korian, Paris

Alain VILLEZ, conseiller technique Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss), Paris

Groupe de lecture

Thierry de MONTGOLFIER, directeur, Résidence La Martinière, Saclay, Essonne

Dr Alain TACNET, Résidence Les Forges Royales, Guérigny, Nièvre

Genevieve BAUD APAMAD, Mulhouse, Haut-Rhin

Isabelle COSSEC, animatrice qualité, Fondation Massé Trévidy, Quimper, Finistère

Merci aux 115 Ehpap qui ont participé au test de faisabilité et compréhension des indicateurs proposés en juillet 2010

Merci aux 119 professionnels et usagers qui ont répondu à l'appel à contribution d'avril à juin 2011

Liste des établissements visités

Au cours de ces visites, un groupe de résidents (CVS, CVS élargi, groupe de résidents) et/ou un groupe de professionnels a été interviewé collectivement et/ou individuellement pour recueillir leur avis sur les domaines d'activité retenus et sur leur conception de la qualité dans un Ehpap.

- Ehpap « Maison de retraite protestante », Nantes, Loire Atlantique
- Ehpap « Résidence Sainte Catherine Laboure », Toulon, Var
- Ehpap « Maison de retraite Saint-Cyr », Rennes, Ille-et-Vilaine
- Ehpap « Résidence du Parc », Panazol, Haute-Vienne
- Ehpap « Résidence le Périgord », Capdrot- Monpazier, Dordogne

Coordination

Thérèse HORNEZ, chef du service Recommandations

Analyse juridique

La vérification et la conformité juridique de ce document a été effectuée par Me Olivier POINSOT, avocat à la Cour, chargé de cours à la faculté de droit de Toulouse, SCP GRANDJEAN-POINSOT-BETROM, Montpellier, Hérault

Coordination éditoriale

Dominique LALLEMAND, responsable de la Communication et des relations institutionnelles de l'Anesm

Yaba BOUESSE, chargée de communication, Anesm

Bibliographie et travaux d'appui

Sont disponibles sur le site de l'Anesm www.anesm.sante.gouv.fr/ :

- rapport d'analyse du test de faisabilité et de compréhension des indicateurs ;
- rapport d'analyse de l'appel à contribution ;
- rapport de l'expérimentation ;
- bibliographie ;
- les versions PDF ou les liens pour accéder aux textes législatifs et aux recommandations cités dans le document ;
- un Powerpoint de présentation de la démarche d'évaluation interne en Ehpap.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), dispositif institué par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'Agence est constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des organismes représentant les établissements sociaux et médico-sociaux, les professionnels et les usagers.

Ses missions

Les missions de l'Anesm sont directement issues des obligations faites aux ESSMS en matière d'évaluation.

La première a pour but de mettre en œuvre un système d'évaluation interne en continu des activités et de la qualité des prestations délivrées par les catégories d'ESSMS visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles, à partir des références, des procédures et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, produites par l'Anesm.

La deuxième consiste à habilitier des organismes extérieurs qui procèdent à l'évaluation externe à laquelle sont soumis les ESSMS.

L'État a confié aussi à l'Anesm des missions connexes parmi lesquelles la détermination des principes fondamentaux de l'évaluation.

Son fonctionnement

L'Anesm est dotée d'une instance de gestion - le Conseil d'administration - qui valide le programme de travail et le budget et de deux instances de travail :

- le Conseil scientifique, composé de 15 personnalités, apporte une expertise, formule des avis d'ordre méthodologique et technique et veille à la cohérence, à l'indépendance et à la qualité scientifique des travaux.
- le Comité d'orientation stratégique, composé de représentants de l'État, d'élus, d'usagers, de collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs..., est une instance d'échange et de concertation qui participe à l'élaboration du programme de travail de l'Agence et formule un avis sur le caractère opérationnel des projets de recommandations.

Les champs de compétences

L'Anesm est compétente dans le champ des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'inclusion sociale, de la protection de l'enfance, de la protection juridique des majeurs, de l'addictologie... Elle couvre les catégories de services et d'établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles.

Le dispositif d'évaluation

- Les recommandations validées par l'Agence alimentent l'évaluation interne des ESSMS. Les deux tiers d'entre eux étaient engagés dans cette démarche fin 2010.
- L'Agence a habilité, au 15 mars 2011, un peu plus de 700 organismes qui peuvent procéder à l'évaluation externe, à la demande des ESSMS. Les résultats de cette évaluation fondent exclusivement le renouvellement de l'autorisation délivrée par les autorités de contrôle et de tarification.

Les recommandations de l'Anesm

Vingt-trois recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr :

- « L'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale » ;
- « La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles » ;
- « La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre » ;
- « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » ;
- « Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses » ;
- « L'ouverture de l'établissement » ;
- « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » ;
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » ;
- « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » ;
- « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles » ;
- « Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile » ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » ;
- « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement » ;
- « L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement » ;
- « La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie » ;
- « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » ;
- « Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux » ;
- « Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement » ;
- « Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance » ;
- « L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad » ;
- « Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » ;
- « Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad » ;
- « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ».

Trois enquêtes nationales relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Deux rapports d'analyse nationale concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.

Conception graphique : Opixido
Impression : Corlet imprimeur, S.A. - 14110 Condé-sur-Noireau
Dépôt légal : Février 2012
N°imprimeur : 133680