

**EXPERIMENTATION D'UNE
VERSION PRELIMINAIRE DE LA
RECOMMANDATION
« CONDUITE DE
L'EVALUATION INTERNE EN
EHPAD » DE L'ANESM**

29 septembre 2011

Sommaire

ÉLÉMENTS CLES DE L'EXPERIMENTATION	4
INTRODUCTION.....	6
1. METHODOLOGIE	9
1.1. Déroulement	9
1.2. Axes choisis par les EHPAD	12
1.3. Avancement dans l'évaluation	13
2. L'ORGANISATION DE L'EVALUATION AU SEIN DES EHPAD ..	15
2.1. Répartition des rôles	16
2.2. Présentation aux équipes	17
2.3. Implication des équipes	18
2.4. Implication des partenaires	19
2.5. Recueil de l'avis des résidents.....	19
2.6. Gestion du temps.....	20
2.7. Usage des systèmes d'information	23
2.8. Soutien aux EHPAD.....	24
2.9. Remarques conclusives.....	25
3. POINTS POSITIFS DE LA RECOMMANDATION INITIALE.....	26
4. CHANGEMENTS SUGGERES	29
4.1. Présentation de la démarche	29
4.2. Structure du document.....	31
4.3. Rôle et utilisation des indicateurs de suivi	34
4.4. Formules et énoncés des indicateurs de suivi	36
4.5. Formalisation des résultats	40
4.6. Choix des termes employés.....	41
4.7. Éléments de méthode	42
4.8. Degré de satisfaction des changements opérés.....	43

5. IMPACTS PERÇUS PAR LES EHPAD ET LES AUTORITES	
LOCALES	46
5.1. Impact de l'évaluation perçu par les EHPAD	46
5.2. Impact de la recommandation perçu par les autorités locales.....	46
ANNEXES	49

Éléments clés de l'expérimentation

Ce rapport présente les résultats de l'expérimentation réalisée auprès de 25 EHPAD de Dordogne qui ont testé la faisabilité de la recommandation de l'ANESM portant sur « la conduite de l'évaluation interne dans les EHPAD ». Cette expérimentation a duré d'avril à septembre 2011. ALCIMED, société de conseil et d'aide à la décision, a accompagné l'ANESM à réaliser la première expérimentation d'une de leurs recommandations avant sa parution.

Lors de l'expérimentation, les EHPAD ont réalisé l'évaluation interne sur 3 axes en moyenne sur les 5 proposés et ont renseigné 7,5 indicateurs sur 15. Pour leur choix d'axes à évaluer et d'indicateurs à renseigner, 95 % des EHPAD ont terminé la phase dédiée à l'appropriation de la démarche et à l'organisation de l'évaluation avec les équipes concernées. 68 % ont terminé la récupération des informations quantitatives et qualitatives et ont réalisé le questionnement collectif. Seuls 16 % des EHPAD ont élaboré un plan d'amélioration.

Si l'esprit de la démarche, centrée sur les résidents et reposant sur l'implication des équipes, séduit, les retours directs avec les EHPAD, lors de 4 journées de travail notamment, ont mis en évidence le manque d'opérationnalité du document de travail fourni (i.e. dans sa version initiale). Or, au regard de la manière dont les établissements ont réalisé l'évaluation, ce manque pourrait compromettre la bonne conduite de l'évaluation interne et donc sa qualité.

Des changements significatifs sur le document ont donc été proposés. Ces changements ont unanimement reçu un avis très favorable de la part des EHPAD. Au global, alors que le document de travail a reçu une moyenne de 5 sur 10 par les établissements ayant participé à l'expérimentation, la note moyenne de la version modifiée est quant à elle de 8,1 sur 10.

➤ Structure du document

Le document modifié s'organise principalement autour de parties pour chaque axe à évaluer et pour chacun des thèmes qui le composent.

- **Présentation de la démarche**
Désormais plus courte, elle insiste sur le caractère participatif, collectif et objectif de la démarche. Les démarches existantes représentent un « point de départ ».
- **Présentation/introduction des indicateurs**
Les parties par axe sont construites autour d'un questionnaire collectif pour lequel les indicateurs, renommés « indicateurs de suivi », permettent le suivi des actions de changement mises en place. De plus, la mention des limites de chaque indicateur permet une meilleure appropriation de ces derniers.
- **Formalisation des résultats**
Les éléments à introduire dans le compte-rendu de l'évaluation sont listés. Une présentation de rapport d'évaluation interne est proposée en annexes.
- **Choix des termes employés**
Le langage a été épuré pour être plus facilement compréhensible par tous, tout en gardant l'ambition d'introduire du vocabulaire propre à l'évaluation.

Finalement, l'expérimentation a mis en exergue la volonté des EHPAD de conserver une certaine autonomie sur l'organisation de l'évaluation tout en étant mieux guidés sur sa réalisation concrète. Elle a par ailleurs montré que, bien accompagnée, cette démarche peut s'avérer être un réel facteur de mobilisation des équipes.

Introduction

L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a mis au point une recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « Conduite de l'évaluation interne dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ». Cette évaluation interne à destination des EHPAD est centrée sur les résidents et a pour objectif d'améliorer la qualité des prestations qui leur sont offertes.

Le document de travail expérimenté se structure autour de l'évaluation de 5 axes (ou domaines) pour lesquels des indicateurs sont renseignés afin de réaliser le suivi de l'amélioration de la qualité. Les 5 axes et les 15 indicateurs étaient les suivants¹ :

- **Axe 1 : Prise en compte des besoins et attentes / personnalisation**
 - ISQ 1 : *Implication du résident dans l'élaboration du projet personnalisé*
 - ISQ 2 : *Satisfaction aux activités d'animations collectives et individuelles proposées*
 - ISQ 3 : *Maintien des liens sociaux*

- **Axe 2 : Soutien de l'autonomie / vie quotidienne**
 - ISQ 4 : *Mobilité et déplacement*
 - ISQ 5 : *Toilette*

- **Axe 3 : Prévention des risques / santé / institutionnalisation**
 - ISQ 6 : *Traçabilité de l'évaluation de la douleur*
 - ISQ 7 : *Taux de résidents ayant chuté*
 - ISQ 8 : *Taux d'escarres développées dans l'EHPAD*
 - ISQ 9 : *Dépistage de la dénutrition*
 - ISQ 10 : *Dépistage des troubles de l'humeur et du comportement*
 - ISQ 11 : *Prescriptions neuroleptiques / maladies d'Alzheimer*

¹ L'ordre et l'intitulé sont ici ceux de la recommandation initiale.

- ISQ 12 : *Taux d'hospitalisation*

- **Axe 4 : Exercice des droits individuels et collectifs**
 - ISQ 13 : *Taux de contention physique passive*
 - ISQ 14 : *Taux de traitements des demandes du CVS*

- **Axe 5 : Accompagnement de fin de vie**
 - ISQ 15 : *Taux de décès ayant eu lieu dans l'EHPAD*

L'ANESM a émis le souhait de tester ce document de travail auprès de 30 EHPAD, tous localisés dans le département de la Dordogne. L'échelle départementale se justifie par la possibilité d'associer les autorités locales dans l'expérimentation (conseil général et délégation territoriale de l'ARS) tout en circonscrivant les biais dus à l'environnement et aux ressources territoriales. Par ailleurs, un travail sur la création d'un référentiel à destination des EHPAD ayant été initié auparavant en Dordogne, ce département bénéficiait déjà d'une dynamique collective sur le sujet et l'expérimentation pouvait ainsi faire suite à cet effort.

Première recommandation de l'ANESM à être testée sur le terrain, cette expérimentation a également permis d'évaluer l'apport d'une telle démarche dans l'amélioration continue des recommandations de l'ANESM. ALCIMED, société de conseil et d'aide à la décision, a été en charge de la coordination, du suivi et de l'animation de l'expérimentation. Lors des réunions de travail avec les EHPAD, l'ANESM a joué un rôle d'observateur. En effet, présentes lors de ces réunions, les personnes en charge de l'élaboration de la recommandation n'intervenaient pas, et ce afin de ne pas influencer les discussions. La délégation territoriale (DT) de Dordogne de l'agence régionale de santé (ARS) Aquitaine ainsi que le conseil général de Dordogne étaient également impliqués. Leurs représentants étaient présents aux réunions en position d'observateurs.

L'expérimentation avait les objectifs suivants :

- Vérifier la faisabilité de la méthode proposée dans le projet de recommandation afin d'améliorer (si nécessaire) le document final
- Identifier les conditions (matérielles et humaines) de « mise en œuvre » du questionnaire évaluatif

-
- Identifier les conditions (matérielles et humaines) permettant l'appropriation et l'utilisation des indicateurs
 - Identifier l'articulation et la cohérence avec les autres informations demandées aux établissements

Tout au long de l'expérimentation, ALCIMED et l'ANESM ont travaillé en étroite collaboration pour analyser les retours des EHPAD sur la mise en œuvre de la recommandation. Ces retours ont entraîné des changements significatifs sur la version provisoire de la recommandation.

Le présent document rend compte de ces retours, aussi bien positifs que négatifs, et présente les changements suggérés pour améliorer la recommandation. Avant cela, l'avancement de l'expérimentation et l'organisation au sein des EHPAD sont présentés car ils permettent de mieux comprendre en quoi ces changements sont particulièrement utiles. Pour conclure, ce document expose la perception de l'impact de l'évaluation interne comme proposée par l'ANESM, que ce soit du point de vue des EHPAD ou de leurs autorités de tutelle.

1. Méthodologie

- ◆ Lors de l'expérimentation de 6 mois, les EHPAD ont réalisé l'évaluation interne sur 3 axes en moyenne sur les 5 proposés et ont renseigné 7,5 indicateurs sur 15.
- ◆ Pour leur choix d'axes à évaluer et d'indicateurs à renseigner :
 - 95 % des EHPAD ont terminé la phase dédiée à l'appropriation de la démarche et à l'organisation de l'évaluation avec les équipes concernées.
 - 68 % ont terminé la récupération des informations quantitatives et qualitatives et ont réalisé le questionnaire collectif.
 - 16 % des EHPAD ont élaboré un plan d'amélioration.
- ◆ Cette étude étant de nature qualitative, les positions présentées ici reflètent les conclusions issues des échanges lors des groupes de travail.

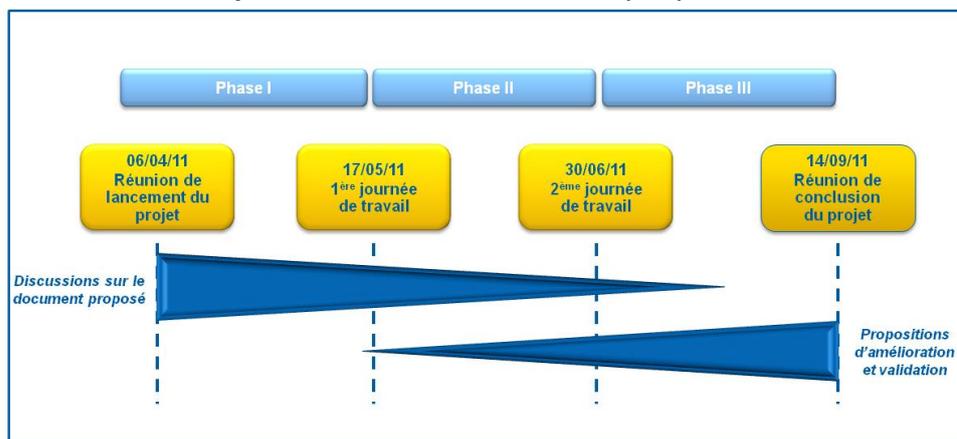
1.1. DÉROULEMENT

L'expérimentation a impliqué 30 EHPAD de Dordogne sur la soixantaine d'établissements établis dans le département. 5 EHPAD se sont retirés du projet, en raison notamment de changements de direction ou par manque de temps et de disponibilité. Les conclusions issues de l'expérimentation reposent donc sur 25 établissements. Ces établissements sont variés, que ce soit par leur statut (5 catégories distinctes : EHPAD rattachés à un établissement hospitalier, EHPAD publics autonomes, EHPAD privés associatifs et EHPAD privés à but lucratif) ou par leur taille (de 40 à plus de 200 résidents). La liste et les caractéristiques des EHPAD ayant participé à l'expérimentation est donnée en annexes.

Quatre journées de travail avec les EHPAD ont été organisées d'avril à septembre 2011. Alors que les premières réunions consistaient à présenter la démarche et à discuter du document de travail, les réunions suivantes ont surtout permis de recueillir leurs suggestions d'amélioration et de les interroger par la suite sur les changements apportés au document entre

deux réunions (graphique ci-dessous). Lors des réunions de travail, les EHPAD étaient représentés quasi-exclusivement par leurs directeurs, responsables qualité ou cadres de santé.

Objectifs des réunions de travail par phase



Entre chaque journée de travail, il était demandé aux EHPAD de réaliser les actions suivantes :

Phase I : « Mise en route »

- Communiquer sur l'expérimentation en interne
- Organiser le déroulement du projet et répartir les rôles au sein de l'EHPAD
- Adapter les outils pour récupérer et traiter l'information
- Identifier les difficultés particulières par rapport à la situation spécifique en interne
- Réaliser une lecture critique de la recommandation de l'ANESM

Phase II : Déroulement

- Mettre en place le questionnement collectif
- Récupérer les informations permettant de répondre aux questions établies
- Mener l'analyse collective de l'information sur les axes d'évaluation
- Identifier les difficultés spécifiques de ces étapes
- Si une évaluation interne a déjà été faite : mettre en perspective l'évaluation de l'ANESM avec Angélique ou un autre outil utilisé

- Proposer des améliorations à apporter à la recommandation de l'ANESM
- Émettre des avis sur les propositions faites lors de la réunion précédente

Phase III : Bilan

Les objectifs initiaux étaient les suivants :

- Communiquer sur les résultats en interne
- Finaliser l'analyse de la recommandation de l'ANESM notamment sur les aspects du plan d'action
- Émettre des avis sur les propositions de modification faites lors des réunions précédentes

En pratique, les EHPAD ont surtout cherché à terminer la phase II entre la troisième et la quatrième réunion, peu d'EHPAD ayant terminé la phase III.

ALCIMED est restée en contact avec l'ensemble des EHPAD tout au long de l'expérimentation, que ce soit par courriel ou par téléphone.

Le suivi dans l'avancement de l'évaluation et le recueil des avis des EHPAD ont été réalisés au moyen de plusieurs méthodes tout au long de l'expérimentation : séances plénières avec l'ensemble des représentants des EHPAD, groupes de travail avec un nombre de participants restreint, questionnaires remplis avant chaque réunion, questionnaires remplis lors des journées de travail, échanges par téléphone, etc. Un exemple de questionnaire est en annexes.

Il est très important de noter que cette étude étant principalement de nature qualitative, les positions présentées ici constituent le reflet des conclusions issues des échanges lors des groupes de travail. Si certaines conclusions s'appuient bien sur des questionnaires, toutes n'ont pas donné lieu à un recueil de données chiffrées pour évaluer le degré d'adhésion des participants à ces conclusions. Les appréciations données dans le document sur ce degré d'adhésion correspondent, sauf données disponibles, à l'avis général des EHPAD comme perçu par les organisateurs des groupes de travail. Enfin, tous les EHPAD n'ayant pas répondu à tous les questionnaires et à toutes les questions, les données

indiquées ici ne reflètent que les établissements qui ont fourni des réponses.

1.2. AXES CHOISIS PAR LES EHPAD

En raison des contraintes de temps, il a été décidé que les EHPAD pouvaient ne pas réaliser l'évaluation sur les 5 axes d'évaluation de la recommandation. En moyenne, les EHPAD ont réalisé l'évaluation sur 3 axes. Le tableau ci-dessous présente le nombre d'EHPAD ayant choisi d'évaluer 1, 2, 3, 4 ou 5 axes. Ainsi, 2 EHPAD n'ont évalué qu'un seul axe tandis que 7 EHPAD ont évalué les cinq axes. Un établissement avait très peu avancé lors de l'expérimentation et n'avait pas choisi d'axe. Il n'est pas inclus dans les données qui suivent.

Nombre d'axes évalués par les EHPAD (N = 18)

Nombre d'axes évalués	1	2	3	4	5
Nombre d'EHPAD	2	4	3	2	7

Sur la base des premiers retours, l'ANESM a proposé au cours de l'expérimentation la reformulation de deux parties par axe, celles des axes 4 et 5. L'objectif était ensuite de tester auprès des EHPAD ces changements avant de les généraliser à l'ensemble des axes. Les modifications ayant été appréciées, 12 EHPAD sur 18 ont porté l'évaluation sur les axes 4 et 5. Comme le graphique sur la répartition des axes d'évaluation choisis par les EHPAD le montre ci-dessous, les axes 4 et 5 ont été évalués par plus d'EHPAD que les autres axes.

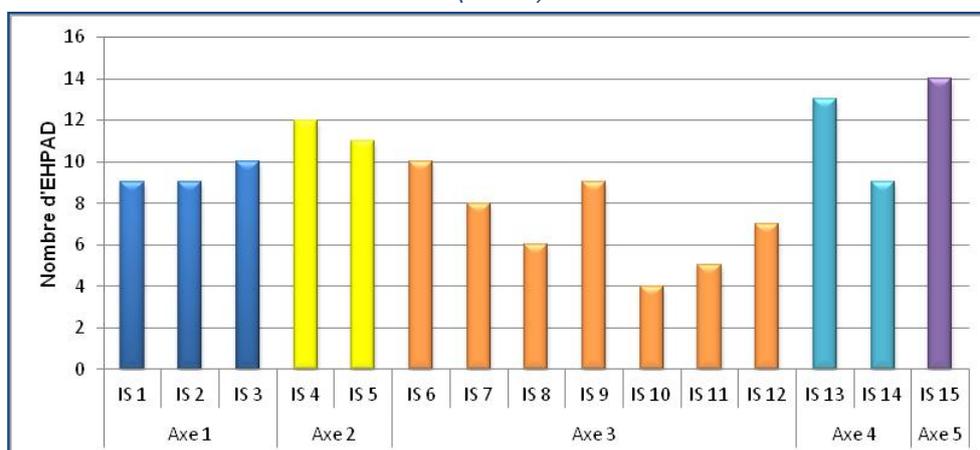
Pour chaque axe, tous les indicateurs de suivi (IS) associés n'ont pas été renseignés. En moyenne, les EHPAD ont renseigné 7,5 indicateurs de suivi répartis comme dans le graphique ci-dessous. Parmi les 18 EHPAD répondant, 3 ont renseigné tous les indicateurs. Un EHPAD n'en a renseigné qu'un.

Nombre d'indicateurs renseignés par les EHPAD (N = 18)

Nombre d'indicateurs	1	2 à 5	6 à 10	11 à 14	15
Nombre d'EHPAD	1	5	6	3	3

On observe également que les indicateurs les plus controversés (cf. partie 4.4.) ne sont pas ceux qui ont été le moins évalués (exemples : IS 8, IS 11, etc.). A contrario, les indicateurs les plus souvent évalués ne sont pas toujours les mieux acceptés (exemples : IS 3, IS 15, etc.) Lors des groupes de travail, les EHPAD ont précisé que c'est surtout l'existence de données ou de travaux déjà réalisés sur un axe précis ou la volonté de l'EHPAD d'améliorer une thématique précise, qui ont influencé ce choix.

Répartition des axes d'évaluation et des indicateurs choisis par les EHPAD (N=18)



1.3. AVANCEMENT DANS L'ÉVALUATION

Si l'on résume l'évaluation interne en 12 étapes comme dans le graphique ci-dessous, la quasi-totalité des EHPAD ont réalisé les 4 premières étapes, à savoir l'appropriation de la démarche, la communication aux équipes, l'organisation de l'évaluation interne et la récupération des outils et informations existants (phase I). Ces étapes ont naturellement été réalisées pour les axes qu'ils avaient choisi d'évaluer.

Par ailleurs, 68 % des EHPAD ont réussi à compléter 8 étapes au cours de l'expérimentation. En d'autres termes, 68 % des établissements ont organisé le processus d'évaluation et ont recueilli l'information nécessaire à l'évaluation (phase II) mais n'ont pas encore formalisé l'analyse, notamment via un plan d'amélioration (phase III). Seuls 16 % des établissements y sont parvenus et uniquement partiellement puisqu'aucun n'a communiqué sur ses résultats et son plan d'amélioration.

Pourcentage d'EHPAD ayant réalisé les phases I, II et III (N=19)



Il est nécessaire de préciser que toutes les étapes n'ont parfois pas été entièrement réalisées. Par exemple, si la démarche d'évaluation a bien été communiquée aux personnels de l'établissement, la communication aux résidents a pu ne pas être effectuée.

De plus, les étapes n'ont pas toutes été réalisées dans l'ordre indiqué, un EHPAD sur deux ayant en moyenne répondu dans le questionnaire qu'il n'avait pas suivi les étapes dans cet ordre. 2 EHPAD ont par ailleurs indiqué que les étapes de la phase II (récupération des informations, questionnement collectif et mise en forme du recueil de données) ont été réalisées en même temps.

2. L'organisation de l'évaluation au sein des EHPAD

- ◆ L'évaluation interne a été articulée de manière différente selon les EHPAD, impliquant généralement un comité de pilotage (mené par la direction), des groupes de travail par thématique (plus ou moins importants selon la taille de l'EHPAD), et une personne référente désignée pour piloter l'évaluation interne (idéalement un qualitatif).
- ◆ Alors que les équipes ont été impliquées de manière large et pluridisciplinaire, aussi bien pour la collecte des informations qualitatives que quantitatives, les partenaires extérieurs ne l'ont pas été faute de liens étroits/réguliers.
- ◆ Quant aux résidents, les impliquer a souvent constitué un défi pour les EHPAD car leurs troubles psychologiques ou le manque d'outils adéquats ont pu constituer des barrières.
- ◆ La taille des établissements a eu un impact fort sur l'organisation interne car elle conditionne le temps disponible du personnel, qui a souvent été rapporté comme un facteur limitant.
- ◆ De même, le système d'information a joué un rôle clé puisqu'il a pu faciliter ou entraver la récupération de données chiffrées.
- ◆ En revanche, les différences liées au statut des établissements ne semblent pas significatives.
- ◆ Tout ou partie du document de travail a été présenté aux équipes, d'où la nécessité d'avoir un document adapté à ces utilisateurs.

2.1. RÉPARTITION DES RÔLES

Dans de nombreux cas, deux groupes sont mis en place pour réaliser l'évaluation :

- le comité de pilotage est chargé du suivi de l'évaluation et de l'élaboration du plan d'amélioration – souvent, les problématiques de l'évaluation interne viennent se greffer à l'ordre du jour de comités de pilotage déjà existants. Ce comité de pilotage est la plupart du temps composé des membres suivants : directeur, médecin coordonateur, cadre de santé. Le comité de pilotage peut également inclure, selon les EHPAD, un infirmier, un coordinateur de la vie sociale, un responsable qualité.
- les groupes de travail réalisent le questionnement collectif et ses membres participent au recueil d'informations. Ils sont constitués de l'ensemble des métiers participant à la vie de l'EHPAD : aides-soignants, infirmiers, cadres de santé, médecins coordonateurs, psychologues, auxiliaires de vie, animateurs, techniciens, cuisiniers, etc.

A noter que cette séparation formelle entre le comité de pilotage et les groupes de travail n'existe pas toujours. Dans de nombreux établissements, notamment ceux de petite taille, le comité de pilotage se confond avec le groupe de travail chargé du questionnement collectif et du recueil d'informations. Par conséquent, les personnes du comité de pilotage sont les mêmes que celles constituant le groupe de travail.

La présence d'au moins un qualitatif influence la répartition des rôles en raison du temps dédié à l'évaluation. Il réalise le suivi opérationnel de l'évaluation et centralise le recueil des informations quantitatives. Il peut également proposer des améliorations en vue des résultats de l'évaluation. En plus de son temps dédié à l'évaluation, le qualitatif apporte également des méthodes et une culture de l'évaluation. Selon les EHPAD, un qualitatif devrait être présent au moins à mi-temps dans chaque établissement. Ceux n'en ayant pas encore espèrent pouvoir se partager un qualitatif entre plusieurs EHPAD prochainement.

Même sans l'implication d'un qualicien, il est nécessaire qu'en plus du comité de pilotage et des groupes de travail, il y ait une personne coordinatrice de l'évaluation. Cette personne référente est en charge d'organiser le travail, de centraliser les résultats et de répondre aux questions du personnel. Lorsque plusieurs groupes de travail existent (un pour chaque axe par exemple), l'identification d'un responsable pour chaque groupe est apparue nécessaire.

2.2. PRÉSENTATION AUX ÉQUIPES

Les groupes de travail ont permis d'identifier les pratiques pour la présentation aux équipes. Lors de l'expérimentation, le directeur était généralement la personne qui a reçu le document de travail et l'a distribué à un cercle restreint, cadres de santé et qualiciens en particulier. Lorsqu'un comité de pilotage existait déjà pour d'autres démarches – d'évaluation ou autres – ce sont ses membres qui ont reçu la recommandation en entier. Lorsqu'un comité de pilotage n'existait pas, le directeur a créé ce groupe et leur a transmis le document de travail. La plupart du temps, les équipes n'ont pas reçu le document en entier par peur de décourager les équipes du fait de sa taille et de sa complexité.

Le comité de pilotage a été chargé de présenter la démarche d'évaluation aux équipes qui se réunissaient dans des groupes de travail : démarche, obligations réglementaires, indicateurs à renseigner, etc. Lors de l'expérimentation, le comité de pilotage a souvent reproduit les parties de synthèse pour les distribuer aux équipes. Mais ces synthèses ne pouvant rendre compte de l'ensemble de la démarche, plusieurs EHPAD ont créé leur propre document de travail – en complément ou substitut aux parties de synthèse – pour la présentation aux équipes.

Il est donc apparu que l'existence dans la recommandation de parties claires et concises, pouvant être reproduites et distribuées à l'ensemble des équipes, permettait aux établissements de gagner du temps dans la réalisation de cette évaluation. Les EHPAD ont clairement indiqué que les nouvelles parties pour chacun des 15 thèmes répondaient à cette attente. Les synthèses pour les 5 axes également.

2.3. IMPLICATION DES ÉQUIPES

Lors de l'expérimentation, les équipes étaient principalement impliquées pour le recueil d'information et le questionnement collectif. **Tous les EHPAD ont souligné le caractère pluri-professionnel de l'évaluation, ce qui implique la représentation et participation de l'ensemble des professions dans les groupes de travail.** Par exemple, un EHPAD soulignait que les cuisiniers pouvaient apporter des éléments sur la nutrition des résidents tandis qu'un autre avait impliqué les techniciens pour recueillir des informations sur le confort matériel des résidents.

En revanche, l'apport des différents métiers n'était pas pertinent pour tous les axes. Selon les EHPAD, il est particulièrement nécessaire que la personne en charge du groupe soit compétente dans le domaine des objectifs visés.

L'implication des équipes s'est principalement traduite par leur participation aux groupes de travail. Cette implication se faisait généralement de manière volontaire. Cependant, il arrivait parfois que la participation soit obligatoire, auquel cas les personnes étaient désignées par la direction. Selon les représentants des établissements, le volontariat est bénéfique pour la motivation des équipes puisqu'il permet à chacun de choisir un thème qui les attire. La désignation des participants permet de regrouper le personnel selon leurs compétences et connaissances mais aussi de faciliter la gestion des plannings.

L'implication des équipes se traduisait également par le recueil d'informations quantitatives. Néanmoins, tous ne jouaient pas ici un rôle de même importance. Lorsque l'EHPAD ne disposait pas d'un système informatique adéquat, le médecin coordonateur était particulièrement impliqué dans le recueil des données de nature médicale – sa disponibilité conditionnait la vitesse d'avancement de l'évaluation – tandis que les animateurs étaient sollicités pour l'avis des résidents (par exemple, sur la satisfaction aux activités).

2.4. IMPLICATION DES PARTENAIRES

Lors de l'expérimentation, aucun EHPAD n'a sollicité ses partenaires (hôpitaux, équipes mobiles, médecins libéraux, etc.). Les établissements ont évoqué une difficile coordination en termes d'organisation. L'inhabitude du personnel des EHPAD à réfléchir en commun avec leurs partenaires sur de telles problématiques a été également identifiée comme une cause déterminante. Il est donc à ce stade difficile de savoir s'ils les solliciteront pour les évaluations internes futures.

2.5. RECUEIL DE L'AVIS DES RÉSIDENTS

La recommandation étant centrée sur les activités pour les résidents, le recueil de leur avis est nécessaire à la bonne conduite de l'évaluation. A la suite de l'expérimentation, 7 EHPAD ont répondu « oui » à la question « Avez-vous recueilli les avis des résidents et/ou de leurs proches ? » tandis que 8 EHPAD ont répondu « non ». Parmi les EHPAD ayant répondu « oui », certains ont réalisé ce recueil directement auprès des résidents grâce à l'un des moyens suivants² :

- Questionnaires de satisfaction réalisés spécifiquement pour l'évaluation ou élaborés précédemment. Les animateurs et animatrices jouent ici un rôle clé puisque les questionnaires ne peuvent souvent pas être remplis directement par les résidents.
- Participation directe des résidents aux groupes de travail.
- Mise en place d'un groupe de discussion, spécifiquement en vue de l'évaluation interne.
- Utilisation d'articles rédigés par les résidents pour le journal interne à l'établissement, et dans lesquels des sujets relatifs à ceux de l'évaluation sont traités.

Cependant, le recueil de l'avis des résidents directement auprès d'eux n'a pas été réalisé par tous les EHPAD. La présence de nombreux résidents ayant des troubles de l'expression et de la compréhension est l'une des

² Information issue des groupes de travail.

principales raisons avancées. Plusieurs établissements se sont alors reposés sur l'implication des représentants du CVS par exemple. D'autres ont préféré impliquer les familles dans la démarche d'évaluation plutôt que les résidents eux-mêmes.

Enfin, des EHPAD n'ont pas encore réalisé ce recueil d'avis, faute de temps mais aussi parce que recueillir l'avis des résidents n'est pas chose aisée. Ainsi, un EHPAD accueillant principalement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer indiquait l'impossibilité de mesurer le degré de satisfaction des résidents sur les animations collectives et individuelles de l'EHPAD, faute de mémorisation.

2.6. GESTION DU TEMPS

Le temps à disposition des EHPAD pour la réalisation de l'évaluation a constitué le principal frein lors de l'expérimentation. Le délai d'implémentation de la recommandation était particulièrement court, avec la saison estivale de surcroît. Lors des groupes de travail, il est ressorti que la problématique du temps disponible a particulièrement impacté les établissements de petite taille et les EHPAD associatifs.

Cela explique notamment que seulement 16 % des EHPAD aient partiellement terminé la phase III de l'évaluation tandis que 68 % avaient achevé la phase II. Selon les EHPAD, les facteurs suivants ont particulièrement influencé cette problématique du temps pouvant être dédié à l'évaluation interne :

- Absence de qualicien (souvent dans les petites structures)
- Équipes mobilisées sur d'autres démarches d'évaluation en cours. La multiplication des référentiels d'évaluation et des plans d'actions (référentiel Angélique, certification AFNOR, certification de la HAS, etc.) entraîne une saturation du temps disponible pour ce type de démarches.
- Absence d'outil informatique pour le recueil, l'analyse et le suivi des indicateurs
- Difficulté d'impliquer les résidents et les familles dans de courts délais.

La réalisation des 5 axes en même temps est préférable. Ce principe se confronte néanmoins à la réalité où, dans les structures non rattachées à un hôpital par exemple, les coordonateurs de l'évaluation ne peuvent souvent pas suivre les 5 axes en même temps (réunions organisées en parallèle, surcharge de travail, etc.). C'est la raison pour laquelle il a été suggéré aux EHPAD participant à l'expérimentation de ne couvrir l'évaluation de seulement quelques axes (au minimum deux) s'ils le souhaitent.

Lors des groupes de travail, il est ressorti que si les 5 axes sont évalués la même année, les EHPAD recommandent de dédier deux mois pour chaque axe et de les couvrir les uns après les autres en l'absence de service dédié à l'évaluation. L'ensemble de l'évaluation pourrait ainsi être réalisé sur une durée de 10 mois selon eux. Si un axe est traité chaque année, le temps estimé de l'évaluation est de 2 à 3 mois pour chaque axe. Les EHPAD participant à l'expérimentation ont néanmoins indiqué que plusieurs travaux pouvant entrer en conflit au niveau du calendrier, l'estimation de ces temps pour l'évaluation interne restait donc hypothétique à l'absence de démarches urgentes à réaliser dans le même temps.

Pour chacune des 12 étapes comme présenté dans la partie 1.3, le temps nécessaire aux établissements a été réparti comme suit :

Répartition en nombre d'heures et de personnes mobilisées pour chaque étape de l'évaluation

	Nombre de personnes	Nombre d'heures
Phase I		
Appropriation de la démarche par la direction	2 à 4	2h - 3h
Communication aux personnels et résidents	7 à 30	1h - 2h
Organisation du déroulement et répartition des rôles	1 à 12	1h - 3h
Récupération de l'existant (infos et outils)	1 à 3	4h -10h
Phase II		
Récupération des informations quantitatives	1 à 5	1h -10h
Récupération des informations qualitatives	1 à 5	4h - 20h
Questionnement collectif	5 à 20	4h - 20h
Mise en forme du recueil de données	1 à 4	4h - 20h
Phase III		
Analyse de l'information	2 à 6	7h - 10h
Formalisation de l'analyse	1 à 4	6h - 10h

Il apparait ainsi clairement que la phase 2 est la plus chronophage. Le questionnement collectif, parce qu'il implique un plus grand nombre de personnes, comptabilise un nombre élevé d'heures. La récupération des informations qualitatives et quantitatives, bien qu'elle nécessite la participation d'un nombre de personnes plus restreint, représente néanmoins une grande partie du temps dédié à l'évaluation.

Deux EHPAD sont allés au bout de la recommandation (toutes les étapes sont complétées et tous les axes ont été évalués). Les caractéristiques de ces établissements et le temps passé lors de l'expérimentation sont ici présentés :

- EHPAD 1 (Établissement public autonome – entre 50 et 100 résidents) : Pour la phase I, 3 personnes ont été mobilisées entre 3 et 10 heures chacune. Pour la phase II, 8 personnes ont été impliquées entre 30 et 50 heures chacune. 6 personnes ont réalisé la phase III pendant 10 à 25 heures chacune. Cet établissement a recueilli l'avis des résidents grâce à des questionnaires de

satisfaction déjà réalisés et à la mise en place de questionnaires spécifiques dans le contexte de l'expérimentation. Il possède un logiciel de soins mais l'EHPAD indique que la recherche des données reste un temps très important pour chaque axe.

- EHPAD 2 (Établissement privé – entre 50 et 100 résidents) : Pour la phase I, entre 3 et 7 personnes ont été mobilisées entre 12 et 45 heures chacune. Lors de la phase II, jusqu'à 20 personnes ont été impliquées pendant 3 heures au minimum (questionnement collectif) et jusqu'à plus de 25 heures pour 2 personnes. 5 personnes ont réalisé la phase III pendant 10 à 28 heures chacune. Cet établissement a recueilli l'avis des résidents lors d'une réunion où la démarche d'évaluation a été présentée.

2.7. USAGE DES SYSTÈMES D'INFORMATION

Les différences de temps observées entre les EHPAD s'expliquent en partie par la qualité de leur système informatique, notamment parce que, comme les EHPAD l'ont indiqué lors des groupes de travail, l'outil informatique est primordial pour le recueil des informations quantitatives.

Pendant l'expérimentation, les établissements ont indiqué que lorsque les questions du document correspondent à la logique des éléments renseignés dans les systèmes informatiques de l'établissement, leur recueil s'en trouve facilité. Ceci est vrai, selon eux, à condition que les équipes soient bien formées à l'usage des systèmes informatiques et donc à l'extraction des données, ce qui n'est pas toujours le cas. Pour les établissements n'ayant pas de tels systèmes informatiques, la recherche de données requiert un temps très important.

Il a été observé que si les données administratives étaient bien renseignées, les données médicales l'étaient souvent moins, rendant ainsi l'implication du médecin coordonateur encore plus déterminante pour le succès de l'évaluation. Un établissement a même préféré ne pas utiliser les données dans le logiciel de soins en raison du manque de fiabilité de la saisie par le personnel de l'établissement.

Dans tous les cas, le système informatique, lorsqu'il existait, a servi à l'extraction des données ensuite travaillées sur Excel. Le document Excel fourni par l'ANESM pour l'expérimentation a d'ailleurs servi d'outil à certains pour construire leurs tableaux de suivi. Dans le futur, certains établissements envisagent de compléter progressivement les saisies des indicateurs directement sur Excel, l'interface entre le logiciel et Excel n'étant pas commode. D'autres EHPAD ne savent pas s'ils utiliseront ce document Excel, principalement pour 3 raisons : ils n'ont pas eu le temps de l'utiliser ; ils veulent d'abord savoir si leur prestataire informatique pourrait faciliter la saisie des indicateurs à l'aide du système d'information déjà utilisé par l'établissement, auquel cas le document Excel ne serait pas utilisé ; ils n'ont pas encore identifié de personnes qui pourraient alimenter ce document dans le long terme.

Des interrogations existent quant à la meilleure façon de faire vivre l'outil dans le long terme. Faute de mise à jour, l'outil d'évaluation ne pourrait être pérenne. Les établissements ayant participé à l'expérimentation affirment néanmoins que la qualité est évaluée de manière continue, en raison notamment du cadre réglementaire, et que l'outil devrait continuer à vivre. Cependant, l'identification d'une personne responsable de la saisie et du suivi des données n'est pas encore systématiquement déterminée, surtout pour les établissements sans personnel chargé exclusivement de la qualité.

2.8. SOUTIEN AUX EHPAD

Tout au long de l'expérimentation, l'équipe coordinatrice ALCIMED était à la disposition des EHPAD pour répondre à leurs interrogations. Ces questions portaient principalement sur la recommandation et avaient majoritairement pour objet la vérification de la bonne compréhension du document. En moyenne, on dénombrait 5 appels par semaine dans la phase de déploiement de l'expérimentation (entre avril et juin) et moins par la suite (probablement en raison de la période estivale). Tous les EHPAD n'ont pas sollicité l'équipe ALCIMED alors que certains EHPAD l'ont contacté à plusieurs reprises.

Comme les EHPAD l'ont indiqué lors des groupes de travail, ils possèdent déjà une certaine expérience de l'évaluation. Ceci explique pourquoi l'introduction de la version modifiée présentée aux EHPAD dans le cadre de cette expérimentation est plus courte et ne rappelle pas dans le détail des textes qui leur sont déjà connus.

2.9. REMARQUES CONCLUSIVES

L'expérimentation auprès des EHPAD de Dordogne a mis en évidence la contrainte de temps très forte pour la bonne réalisation de l'évaluation interne. Afin de pallier ce problème, les points clés de succès suivants pour l'organisation ont été identifiés :

- Déterminer une personne référente dans l'établissement qui organise l'évaluation et répond aux questions de l'équipe
- Diviser les sujets par petits groupes avec des professionnels impliqués dans le sujet
- Distribuer des guides « prêt à l'emploi » aux équipes
- S'assurer de l'implication du médecin coordonnateur dans l'évaluation
- Développer un système informatique systématique permettant de trouver facilement les informations nécessaires à l'évaluation

Il est également ressorti de l'expérimentation que la recommandation pouvait soutenir l'évaluation non seulement à travers son contenu, mais aussi grâce à son format et à sa clarté. La nécessité de rendre la recommandation plus didactique, d'expliquer étape par étape ce qu'il est nécessaire de réaliser, et ce pour chaque thème abordé, est très clairement apparue. Les suggestions de modifications apportées au document vont principalement dans ce sens.

3. Points positifs de la recommandation initiale

- ◆ Le fait que le document encourage l'implication des résidents et des équipes a été particulièrement apprécié.
- ◆ Tous les éléments synthétiques et les listes de questions ont été utiles.
- ◆ Les EHPAD tiennent à leur autonomie dans la conduite de l'évaluation.
- ◆ La recommandation est considérée comme un outil utile pour préparer l'évaluation externe et anticiper l'utilisation d'indicateurs.

Bien que le document de travail ait pu effrayer en raison de sa taille, de sa complexité et des tâches à réaliser en peu de temps dans le contexte de l'expérimentation, les EHPAD ont souligné plusieurs points positifs liés à ce document de travail. Ces derniers points ont été gardés voire améliorés dans la version modifiée telle que proposée aux EHPAD lors de la dernière réunion de travail.

- **Le fait que le document encourage l'implication des résidents et des équipes a été particulièrement apprécié.**

Les EHPAD participant à l'expérimentation ont aimé le fait que l'évaluation place les résidents au cœur de la démarche d'évaluation. Tous ont souligné l'importance d'une telle démarche, et ce pour plusieurs raisons :

- offrir l'occasion aux équipes de se réinterroger sur la finalité de leurs pratiques professionnelles
- conserver le lien terrain pour la direction

L'implication des équipes tout au long de l'évaluation, et en particulier lors du questionnement collectif, a été appréciée. L'évaluation ne se restreint pas seulement à la direction mais engage une mobilisation des équipes, qui en se questionnant, peuvent remettre en cause leurs pratiques

professionnelles. Acteurs de l'évaluation, les équipes peuvent ainsi bien mieux comprendre les nécessités consignées dans le plan d'amélioration.

Enfin, les EHPAD ont aimé que les 5 axes aient été clairement définis. Les problématiques abordées leur semblent pertinentes et couvrent la quasi-totalité de celles rencontrées en pratique. Une personne a bien avancé l'idée d'ajouter un axe sur l'ouverture vers l'extérieur (coopération sanitaire, stagiaires, etc.) mais la plupart des autres EHPAD ont rétorqué que ces problématiques transparaissaient dans les 5 autres axes.

➤ **Les éléments synthétiques et les questions ont été utiles.**

Les EHPAD ont trouvé les tableaux de synthèse des axes d'évaluation intéressants et utiles (pages 14 à 18). Ces derniers permettent de communiquer aux équipes les travaux à réaliser sans toutefois leur fournir l'ensemble du document ou devoir eux-mêmes retravailler la présentation de l'évaluation interne.

La liste de questions à se poser dans chacune des 15 parties présentant les indicateurs de suivi de la qualité (pages 29 à 43) a également été particulièrement appréciée. Selon les EHPAD, ces questions permettent avant tout de lancer les discussions lors du questionnement collectif. Une fois la recommandation bien appropriée par les équipes, les discussions lors des groupes de travail amènent en effet des questionnements supplémentaires. Dans cette perspective, les EHPAD soulignent l'importance que le document précise que les questions servent de support mais qu'elles ne sauraient être exhaustives. Par exemple, la possibilité de pouvoir ajouter des questions ou d'autres indicateurs en plus de ceux proposés a été considérée comme appréciable.

Au vu de ces remarques, l'ANESM s'est attachée à améliorer les tableaux de synthèse et les listes de questions proposées.

➤ **Les EHPAD tiennent à leur autonomie dans la conduite de l'évaluation.**

Les marges de manœuvre laissées aux EHPAD dans l'organisation interne de l'évaluation a été perçue comme positive : création d'un comité de pilotage spécifique ou intégration de l'évaluation interne dans un comité de pilotage existant ; mise en place d'un groupe de travail traitant des 5 axes ou création de groupes de travail pour chacun des 5 axes ; implication régulière ou implication ponctuelle de certains membres du personnel ; etc.

➤ **Les EHPAD ont apprécié les schémas illustrant l'articulation de l'évaluation interne avec les autres démarches.**

La relation dans le temps entre l'évaluation interne et les autres obligations, qui apparaissait dans les schémas sur 15 ans, 5 ans et 1 an (pages 24 à 26) a été tout particulièrement appréciée, bien qu'elle soit considérée comme très théorique. Ces schémas ont aidé à la compréhension de l'articulation de l'évaluation interne avec le renouvellement des conventions tripartites, les projets d'établissements, ou encore les rapports d'activité de l'établissement. Les EHPAD ont fait remarquer la nécessité que cette articulation soit encore plus claire.

➤ **La recommandation est considérée comme un outil utile pour préparer l'évaluation externe et anticiper l'utilisation d'indicateurs.**

Les EHPAD ont également souligné le bénéfice de la recommandation pour se préparer à l'évaluation externe. De plus, bien que les indicateurs proposés aient donné lieu à de nombreux débats, le fait que des indicateurs soient utilisés dans le suivi de l'évaluation a été reçu favorablement.

4. Changements suggérés

- ◆ Les EHPAD ont regretté que le document de travail ne soit pas plus opérationnel.
- ◆ Si les EHPAD se satisfont de l'autonomie qui leur est donnée dans l'organisation de l'évaluation, ils attendent néanmoins de la recommandation qu'elle précise et dicte le bon déroulement de l'évaluation.
- ◆ Dans cette optique, les changements opérés sur la recommandation ont principalement été d'ordre pratique.
- ◆ L'expérimentation a également permis de mettre en évidence des éléments qui restaient flous pour les EHPAD (but de l'étude, rôle et utilisation des indicateurs, termes employés, etc.) et qui nécessitaient des clarifications.
- ◆ Au global, alors que le document de travail a reçu une note moyenne de 5 sur 10 par les EHPAD, la note attribuée à la version modifiée est de 8,1.

4.1. PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE

➤ **Suggestions des EHPAD:**

Il est crucial que la démarche de l'évaluation soit comprise par tous, condition indispensable à la motivation des équipes.

Le panel des EHPAD a ainsi suggéré de mieux expliciter le rôle et le but de l'évaluation dans la présentation de la recommandation. Voici les commentaires les plus fréquents :

- Préciser les personnes à qui la recommandation s'adresse.
- Présenter clairement l'évaluation comme un outil interne.
- Expliquer la manière dont l'évaluation interne s'incorpore à la vie de l'établissement.
- Faire ressortir l'aspect qualitatif de la démarche.

- Insister sur les bénéfices de la démarche pour les résidents et les équipes, et non sur les seules obligations administratives et réglementaires.
- Présenter la démarche comme une formalisation de bonnes pratiques déjà pratiquées par les EHPAD.

➤ **Suggestions des EHPAD :**

L'utilisation ultérieure des résultats pouvant soulever des craintes, il est suggéré que la présentation de la démarche y réponde.

- Préciser que l'évaluation ne servira pas à comparer les établissements entre eux mais que son objectif premier est de constituer un outil interne pour progresser dans le temps.
- Mettre en avant l'évolution de la qualité au sein des EHPAD plutôt que les résultats à un moment donné.
- Expliquer que les indicateurs ne constituent pas le cœur de l'évaluation mais sont considérés comme des outils permettant le suivi de l'amélioration de la qualité.
- Expliquer l'articulation entre l'évaluation interne et l'évaluation externe.

❖ **Modifications apportées :**

Afin de répondre à ces attentes, l'ANESM a proposé une version modifiée de la partie introductive. Celle-ci possède les caractéristiques suivantes :

- Elle insiste sur la nature de la démarche : participative, collective et objective
- Elle est plus courte

➤ **Suggestions des EHPAD :**

L'évaluation interne venant s'ajouter à d'autres démarches existantes, une superposition de la démarche sans capitalisation de l'existant est fortement appréhendée, notamment en raison des contraintes de temps et de moyens.

- Montrer plus clairement l'articulation entre la recommandation et les démarches existantes : projet d'établissement, évaluation externe, Angélique, référentiel 24, autres recommandations telle celle portant sur la « bienveillance », etc.
- Évoquer le fait que les établissements peuvent intégrer les démarches pour l'évaluation interne dans d'autres groupes de travail ou démarches mis en place au sein des EHPAD.

❖ **Modifications apportées :**

La partie ayant trait aux démarches existantes a ainsi été modifiée :

- Elle est désormais en deuxième partie afin d'insister sur le fait que ces démarches servent de point de départ à l'évaluation interne
- Une page sur la complémentarité de l'évaluation interne avec les différentes démarches qualité a été ajoutée

Les EHPAD ayant participé à l'expérimentation ont attribué une note moyenne de 4,8 sur 10 à la présentation de la démarche figurant dans le document de travail (min. : 1 ; max. : 10). Celle de la version modifiée a obtenu une note moyenne de 8,1 (min. : 6 ; max. : 10).

4.2. STRUCTURE DU DOCUMENT

➤ **Suggestions des EHPAD :**

Il est essentiel que la structure du document facilite la lecture, afin notamment de réduire le temps nécessaire à l'appropriation du document par les équipes.

- Réorganiser le document afin de rassembler l'information et ainsi éviter les renvois trop fréquents à d'autres parties du document.
- Éviter les redondances entre les tableaux de synthèses et les parties sur les indicateurs.
- Accoler les informations concernant un même axe pour les faire apparaître clairement car certains EHPAD ne souhaitent ou ne peuvent pas conduire l'évaluation des 5 axes simultanément.

- Prendre en compte le fait que, si l'ensemble du document est lu par les responsables de l'évaluation, seule une partie du document est généralement communiquée aux équipes impliquées dans l'évaluation (les textes initiaux sur les indicateurs et les questions n'étaient pas adaptés à une présentation au personnel, ce qui a obligé nombre de personnes en charge du projet, à reformuler les indicateurs et les questions).

➤ **Suggestions des EHPAD :**

Il est important que la structure du document rende la recommandation la plus opérationnelle possible, afin notamment de réduire le temps nécessaire à la réalisation de l'évaluation.

- Synthétiser les différentes parties du document, notamment au début du document par un résumé de la démarche en 1 à 2 pages.
- Expliquer clairement ce qu'il est nécessaire de réaliser, étape par étape.
- Utiliser un squelette similaire pour chacun des axes.

❖ **Modifications apportées :**

Pour répondre à ces deux types de besoins (facilité d'appropriation et opérationnalité du document) et au vu des pratiques observées lors de l'expérimentation, la recommandation a été réorganisée autour de parties par axe.

Pour chaque axe, les parties sont organisées de la façon suivante :

- Introduction de l'axe : définition de l'axe, thèmes à renseigner, liens avec d'autres démarches dans l'établissement
- Tableaux par thème indiquant pour chacun des thèmes de l'axe :
 - le cadre évaluatif (objectifs et obligations réglementaires / exemples d'actions à mettre en place et recommandations de bonnes pratiques)
 - le recueil d'informations (dispositions mises en place, pratiques observées, effets constatés)

- l'analyse des constats (identification des écarts et explications de ces écarts)
- le suivi (indicateur et explication des limites de cet indicateur)
- Synthèse de l'axe : tableau récapitulatif et le recueil d'informations ainsi que les écarts existant entre les deux

❖ **Modifications apportées :**

Les nouvelles parties par axe ont été très favorablement reçues par les EHPAD participants.

- Lors de la réunion du 30 juin, les EHPAD ont fait part de leur satisfaction vis-à-vis des deux exemples de parties par axe (axes 4 et 5) proposés par l'ANESM.
 - Sur les 28 EHPAD, 70 % ont émis un avis favorable et 30 % ont émis des réserves. Aucun n'a émis d'avis défavorable.
 - Les réserves portaient principalement sur la disparition des synthèses des parties par axe pour cause de redondance.
- Lors de la réunion du 14 septembre, les EHPAD se sont prononcés sur des parties retravaillées pour tous les axes (parties sous forme de tableau, séparation claire entre les différentes parties, réintroduction d'une synthèse à la fin de chaque axe).
 - L'ensemble des 33 personnes présentes ont émis un avis favorable sur ces nouvelles parties.

❖ **Modifications apportées :**

Pour tenir compte des avis recueillis sur la structure du document, le plan de la recommandation a été revu.

La version modifiée présentée aux EHPAD comporte 5 parties au lieu de 8 initialement :

- Introduction
- S'appuyer sur les démarches existantes

- Évaluer 5 axes centrés sur les résidents
- Élaborer et suivre le plan d'amélioration
- Annexes

Les EHPAD ayant participé à l'expérimentation ont attribué une note moyenne de 4,3 sur 10 à la structure du document de travail (min. : 2 ; max. : 7). La structure de la version modifiée a obtenu une note moyenne de 8,1 (min. : 6 ; max. : 9).

4.3. RÔLE ET UTILISATION DES INDICATEURS DE SUIVI

Le document de travail prêtait à confusion en accordant une place physique trop importante (nombre de page) aux indicateurs.

➤ **Suggestions des EHPAD :**

Afin d'éviter toute mauvaise compréhension, le panel a suggéré de bien préciser le rôle des indicateurs et d'adapter le format de la recommandation en fonction.

- Expliquer que les indicateurs ne sont pas le cœur de l'évaluation mais constituent un outil pour suivre l'évolution de l'amélioration de la qualité au sein des EHPAD (et non pour comparer les EHPAD entre eux).
- Changer la dénomination des « indicateurs de suivi de la qualité (ISQ) » qui porte à confusion et qui, selon la majorité des EHPAD, ne reflète pas leur utilisation dans l'évaluation interne telle que recommandée.
- Mettre moins en avant les indicateurs au niveau du format : ne pas les faire apparaître comme l'aboutissement de la démarche mais les intégrer à la démarche même.
- Expliquer, plusieurs fois si nécessaire :
 - Les questionnements et les indicateurs ne sont que des propositions.

- Chaque établissement a la liberté de réaliser l'évaluation en fonction de ses propres moyens et de ses particularités.
- Etre plus clair sur le nombre d'indicateurs à renseigner et sur le caractère obligatoire des indicateurs
- Proposer un « panier » de propositions parmi lequel les structures peuvent choisir³.
- Proposer une méthodologie pour créer de tels indicateurs.
- Énoncer clairement les limites de l'indicateur pour ne pas inciter à son rejet total.

❖ **Modifications apportées :**

Au regard de ces suggestions, l'ANESM a proposé d'organiser les chapitres par axe en déclinant pour chacun les thèmes à évaluer et en introduisant un indicateur de suivi par thème.

- L'intitulé des thèmes à évaluer est désormais déconnecté de l'intitulé des indicateurs, point particulièrement félicité par les EHPAD.
- Les thèmes apparaissent comme plus englobant, tandis que les indicateurs sont présentés comme des éléments de ces thèmes, mesurables mais restrictifs.
- Il est désormais clairement spécifié que les indicateurs servent au suivi.
- Les limites de chaque indicateur sont spécifiées. Lors de la dernière réunion de travail, les EHPAD ont approuvé à l'unanimité la mention des limites de chaque indicateur. Cette explication permet en effet de lever des critiques à l'encontre de l'utilisation de ces indicateurs.

❖ **Modifications apportées :**

L'ANESM a également intégré une partie intitulée « pourquoi et comment utiliser des indicateurs de suivi ».

³ Cette option en particulier n'a pas été retenue afin de ne pas risquer une multiplication d'indicateurs de référence.

- Présentation générale de l'utilité et de l'usage des indicateurs.
- Invitation des EHPAD à créer leurs propres indicateurs.
- Présentation des caractéristiques clés d'un indicateur.

❖ **Modifications apportées :**

Dans un souci de clarté, les « indicateurs de suivi de la qualité » ont été renommés en « indicateurs de suivi ».

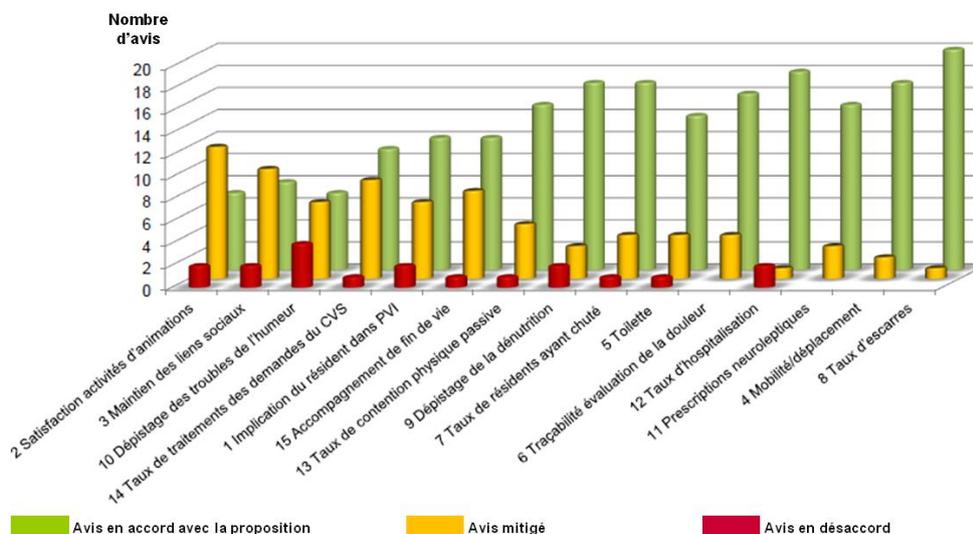
- Parmi « indicateurs de suivi », « indicateurs de pilotage de la qualité », « indicateurs du suivi de l'évolution » et « indicateurs », « indicateurs de suivi » est la proposition qui a reçu le plus d'avis favorables (70 %) et aucun vote véto.

Pour la présentation des indicateurs, les EHPAD ont attribué une note moyenne de 4,6 sur 10 au document de travail (min. : 2 ; max. : 8). Cette présentation a obtenu une note moyenne de 8 dans la version modifiée (min. : 6 ; max. : 10).

4.4. FORMULES ET ÉNONCÉS DES INDICATEURS DE SUIVI

Les formulations et les énoncés des indicateurs ont reçu des accueils très différents. Tandis que certains indicateurs étaient particulièrement controversés, d'autres ont été plutôt bien acceptés. Le graphique ci-dessous récapitule le degré d'adhésion aux 15 indicateurs proposés dans le document de travail. Il classe les indicateurs du plus au moins « problématique », c'est-à-dire les indicateurs ayant reçu le plus d'avis en désaccord et d'avis mitigé à ceux qui en ont reçu le moins.

Indicateurs triés du plus au moins « problématique »



Lors des groupes de travail et au travers des réponses données aux questionnaires, il est apparu que de nombreuses critiques portaient sur l'intitulé des indicateurs. Le fait que les intitulés des différents thèmes ne correspondent plus à ceux des indicateurs uniquement, mais recourent des concepts plus larges, permettent d'éviter certaines critiques.

Les critiques apportées aux 6 indicateurs les plus controversés sont ici apportées. On observe que les 3 indicateurs utilisés pour l'évaluation de la prise en compte personnalisée des besoins et des attentes (indicateurs 1, 2 et 3) sont parmi les plus critiqués. Ceci s'explique par la nécessité de reposer l'évaluation sur l'avis des résidents eux-mêmes.

➤ **Indicateur numéro 1 : Implication du résident dans l'élaboration du projet personnalisé**

- Il est parfois impossible de prendre en compte les souhaits des résidents, notamment dans les établissements où l'ensemble des résidents ont des troubles de l'expression et de la compréhension.
- Si le résident n'est pas capable d'exprimer son avis, il est nécessaire de préciser qu'il peut s'agir de l'avis de la famille ou

de la personne de confiance. La formule de l'indicateur intègre désormais l'avis du représentant légal.

- Il est nécessaire de laisser du temps aux EHPAD pour réaliser le recueil des avis des nouveaux résidents. Les résidents nouvellement présents ne devraient pas être pris en compte dans le calcul de l'indicateur, ce que suggère désormais la version modifiée.

➤ **Indicateur numéro 2 : Satisfaction aux activités d'animation**

- Les EHPAD soulignent la difficulté à la mise en œuvre d'une telle enquête de satisfaction, surtout lorsque les résidents ont des troubles de l'expression et de la compréhension. Les limites de l'indicateur explicitées dans la version modifiée font état de ce problème.
- Les EHPAD invitent également à différencier les activités collectives des activités individuelles. La version modifiée précise que l'indicateur repose sur les activités collectives.

➤ **Indicateur numéro 3 : Maintien des liens sociaux**

- L'indicateur indiquait la visite et les contacts de « proches » sans définir ce terme, ce qui portait à confusion.
- Limiter les liens sociaux aux visites et contacts des « proches » semblait trop restrictif.
- Le nouvel indicateur précise que les visites et contacts à prendre en compte sont ceux de la famille, des amis, mais aussi des bénévoles.

➤ **Indicateur numéro 10 : Dépistage des troubles de l'humeur**

- La principale critique porte sur l'échelle de mesure utilisée pour les troubles de l'humeur. L'échelle NPI-ES préconisée est difficile à mettre en place.
- Dans les limites de l'indicateur de la version modifiée, il est précisé que l'indicateur porte sur la traçabilité de l'évaluation des

troubles avec une échelle validée, et non sur la qualité de la prise en charge.

➤ **Indicateur numéro 14 : Taux de traitement des demandes du CVS**

- Cet indicateur a principalement été critiqué sur le fait que les échanges avec le CVS ne se traduisent pas toujours en demandes et en réponses formalisées.
- Par ailleurs, certains EHPAD soulignent que l'indicateur évalue le nombre de réponses apportées au CVS sans rendre compte de leur complexité.

➤ **Indicateur numéro 15 : Taux de décès dans l'EHPAD**

- Cet indicateur a été très controversé car il donnait l'impression de juger la qualité d'un EHPAD sur le nombre de personnes qui y décédaient, ce qui ne peut refléter la qualité d'un établissement.
- L'indicateur a été changé et prend désormais en compte le recueil des souhaits en matière de fin de vie.⁴
- Les EHPAD trouvent ce nouvel indicateur plus adéquat que le précédent mais considèrent qu'il est trop limitatif de l'accompagnement de fin de vie. Cette limite apparaît à la suite de la formule de l'indicateur dans la version modifiée.

Lors de la dernière réunion de travail, il est clairement apparu que la mention des limites pour chaque indicateur permettait de lever de nombreuses critiques à leur encontre.

Pour la pertinence des indicateurs, les EHPAD ont attribué une note moyenne de 5,3 sur 10 au document de travail (min. : 3 ; max. : 8). Dans la version modifiée, la pertinence des indicateurs a obtenu une note moyenne de 7,6 (min. : 5 ; max. : 10).

⁴ Le degré de satisfaction vis-à-vis de l'indicateur 15 présenté dans le graphique plus haut porte sur le recueil des souhaits en matière de fin de vie.

4.5. FORMALISATION DES RÉSULTATS

➤ Suggestions des EHPAD :

La formalisation des résultats, préalable à l'élaboration d'un plan d'action, s'avérerait plus simple à réaliser si la recommandation proposait un modèle et/ou une méthodologie à cette formalisation.

- Distinguer clairement la démarche de questionnement, le recueil de l'information et l'analyse des résultats.
- Expliquer comment exploiter les informations issues des questionnements collectifs et comment les formaliser.
- Proposer une trame de compte-rendu, par exemple sous la forme d'un tableau :
 - une colonne pour les questions
 - une colonne pour les réponses (points forts/points faibles)
 - une colonne pour les commentaires et autres observations
 - une colonne pour les actions à mettre en place
- Indiquer quelles traces garder des questionnements et des réflexions menées lors de l'évaluation afin de ne pas recommencer à zéro lors de la prochaine évaluation.
- Indiquer les éléments clés de la synthèse de l'évaluation.

❖ Modifications apportées :

Pour répondre à ces attentes, la version modifiée de la recommandation comporte une partie intitulée « Pourquoi et comment formaliser l'analyse de chaque axe ».

- L'importance de la formalisation est expliquée.
- La nécessité de suivre les informations quantitatives est affirmée.
- La structure de compte-rendu est proposée.
- En annexes est proposée une présentation du rapport d'évaluation interne.

Lors de la dernière réunion de travail, tous les EHPAD ont trouvé cette proposition de formalisation des résultats satisfaisante (100 % de votes)

favorables). Alors que les EHPAD ont attribué une note moyenne de 5,1 sur 10 à la formalisation des résultats proposé par le document de travail (min. : 2 ; max. : 8), celle proposée dans la version modifiée obtient une note moyenne de 7,8 dans la version modifiée (min. : 6 ; max. : 10).

4.6. CHOIX DES TERMES EMPLOYÉS

➤ Suggestions des EHPAD :

En raison de l'hétérogénéité des personnes utilisatrices de la recommandation, il est nécessaire de trouver un compromis entre la nécessité d'inculquer une culture de l'évaluation et la nécessité de compréhension par tous.

- Le vocabulaire utilisé semblait adéquat pour les directeurs d'EHPAD, alors que les qualitiens ne trouvaient pas toujours le vocabulaire adapté et les aides soignantes qualifiaient les termes de trop bureaucratiques.
- Or, partie du document est directement utilisée par les groupes de travail, d'où l'importance d'un vocabulaire compris par tous.
- Il est donc apparu nécessaire de trouver un compromis entre un vocabulaire utilisé strictement pour l'évaluation et des termes plus courants pouvant être compris par tous.

❖ Modifications apportées :

La réunion de travail du 30 juin a spécifiquement adressée cette question pour tester différents termes.

- Le terme de « cadre évaluatif » pour caractériser les objectifs et les actions en vue de ces objectifs a été validé par une très grande majorité d'EHPAD (95 % des votants) et n'a reçu aucun avis défavorable. En revanche, le taux d'absentéisme était élevé (32 %), certains EHPAD ayant expliqué qu'ils trouvaient le terme « pompeux » et insuffisamment compréhensible par les équipes.
- Le terme « axe d'évaluation » pour chacun des 5 domaines évalués a été validé à l'unanimité.

- Suite à une discussion sur les « objectifs généraux » et « les effets attendus » ou encore les « objectifs opérationnels et les actions », il est apparu que la combinaison « objectifs » et « actions », respectivement, satisfaisait le plus grand nombre (100 % de votes favorables).

L'ambition d'introduire du vocabulaire propre à l'évaluation a cependant été gardée, même de façon limitée, grâce aux définitions données de façon répétée dans les parties par axe.

Sur le choix des termes employés, les EHPAD ont attribué une note moyenne de 5 sur 10 au document de travail (min. : 1 ; max. : 8). La version modifiée a obtenu une note moyenne de 8,3 (min. : 6 ; max. : 10).

4.7. ÉLÉMENTS DE MÉTHODE

Alors qu'ils n'étaient pas inclus dans le document de travail, des éléments de méthode ont été rajoutés à la version modifiée.

- Comment définir un planning d'évaluation ?
- Pourquoi et comment mettre en place un comité de pilotage de l'évaluation ?
- Comment mobiliser l'ensemble des acteurs ?
- Quels sont le rôle et les compétences de tous les acteurs de la démarche de l'évaluation ?
- Comment caractériser le profil des personnes accompagnées ?
- Comment présenter le rapport d'évaluation interne ?

Ces éléments de méthode ont reçu un accueil favorable de la part des EHPAD ayant participé à l'expérimentation. En revanche, la disponibilité de ces éléments de méthode sur le site Internet de l'ANESM sans les inclure à la recommandation sur support papier reste débattue. Lors de la dernière journée de travail, un panel affirmait que beaucoup d'EHPAD n'iraient pas sur le site Internet alors qu'ils auraient utilisé ces parties autrement. En revanche, un autre panel considérait que certaines méthodologies étant suffisamment connues, il ne paraissait pas nécessaire que celles-ci soient incluses à la recommandation finale. Ils indiquaient néanmoins que leur

existence et leur localisation soient clairement indiquées dans la recommandation.

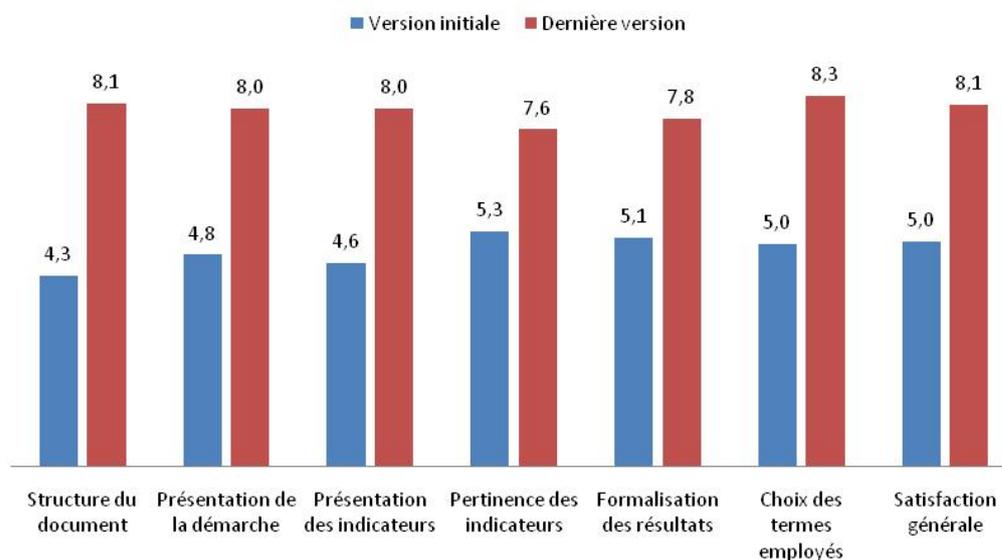
4.8. DEGRÉ DE SATISFACTION DES CHANGEMENTS OPERES

Suite à la présentation aux EHPAD de la version modifiée de la recommandation, il a été demandé aux EHPAD de noter de 1 (note la plus basse) à 10 (note la plus élevée) les éléments de la recommandation initiale qui ont subi le plus de changements :

- Structure du document
- Présentation de la démarche
- Présentation / introduction des indicateurs
- Pertinence des indicateurs
- Formalisation des résultats
- Choix des termes employés

Une même notation a été réalisée sur la version modifiée qui leur a été présentée. Enfin, une note globale sur leur degré de satisfaction vis-à-vis des deux documents a été renseignée. Le graphique ci-dessous présente les résultats.

Moyenne des notes (sur 10) de satisfaction entre la version initiale et la dernière version



Il apparaît très clairement que la version modifiée est plus satisfaisante que le document de travail initial, et ce pour tous les éléments ayant subi le plus de modifications. La structure du document est l'élément qui recueillait la note la plus basse dans le document de travail. Après les changements, il obtient l'une des moyennes les plus élevées, preuve de la satisfaction des EHPAD vis-à-vis des changements opérés ainsi que de la valeur ajoutée de cette expérimentation. Les améliorations liées à la façon d'introduire et de présenter des indicateurs sont également très appréciées, tout comme le choix des termes employés ou la présentation de la démarche d'évaluation. La satisfaction générale sur l'ensemble du document s'est trouvée très nettement améliorée par les changements opérés : la moyenne passe ainsi de 5 / 10 à plus de 8 / 10.

Preuve que les EHPAD ont des avis similaires sur les améliorations apportées, les moyennes sont très proches des médianes. Par exemple, la médiane de la satisfaction générale est de 5 / 10 pour le document de travail et de 8,1 / 10 sur la version modifiée. On observe également que pour un même EHPAD, aucune note donnée sur la version modifiée n'est inférieure à celle du document de travail. Enfin, le tableau ci-dessous présente les minima et maxima entre le document de travail et la version

modifiée. Il apparaît que si le plus bas degré de satisfaction était très bas pour le document de travail, celui-ci est nettement plus élevé pour la version modifiée.

Minima et maxima entre le document de travail et la version modifiée

	Document de travail		Version modifiée	
	Min	Max	Min	Max
Structure du document	2	7	6	9
Présentation de la démarche	1	10	6	10
Présentation des indicateurs	2	8	6	10
Pertinence des indicateurs	3	8	5	10
Formalisation des résultats	2	8	6	10
Choix des termes employés	1	8	6	10
Satisfaction générale	2	8	6	9

5. Impacts perçus par les EHPAD et les autorités locales

- ◆ Les EHPAD ont indiqué que l'expérimentation a institué une dynamique interne positive.
- ◆ Pour les autorités locales, la recommandation est un outil complémentaire aux référentiels déjà existants.

5.1. IMPACT DE L'ÉVALUATION PERÇU PAR LES EHPAD

L'impact de l'évaluation sur les résidents et leur famille reste évidemment limité puisque seuls 16 % des EHPAD ont achevé l'évaluation. Les plans d'action n'ont pas encore été communiqués et n'ont donc pas été mis en place.

En revanche, les EHPAD soulignent la dynamique interne que l'évaluation a instituée. Les équipes ayant pris part à l'évaluation sortent satisfaites de cette démarche. Elles ont pu prendre conscience qu'elles réalisaient déjà de nombreuses choses. Elles ont également identifié qui pouvait être amélioré dans leur établissement, même si cette prise de conscience peut être effrayante en raison des nombreux chantiers à mener.

Leur motivation pour implémenter le plan d'action semble également plus grande que si ce plan avait été constitué sans eux.

5.2. IMPACT DE LA RECOMMANDATION PERÇU PAR LES AUTORITÉS LOCALES

Les autorités locales de tarification et d'autorisation ont été associées à l'expérimentation de plusieurs façons :

- la DT-ARS Dordogne a sollicité les établissements volontaires pour l'expérimentation, a aidé à la constitution d'un panel représentatif des différentes typologies d'EHPAD et a participé activement à l'organisation pratique des réunions en mettant une salle à disposition et en facilitant la transmission des informations.
- la DT- ARS Dordogne et le conseil général ont été présents en position d'observateurs aux quatre réunions et sont membres du comité de pilotage de suivi des travaux relatifs à la version préliminaire de la recommandation « Conduite de l'évaluation interne en EHPAD »
- ALCIMED a eu des entretiens avec les représentants de ces deux structures au décours de l'expérimentation afin de recueillir leurs avis sur la place de la recommandation dans leurs échanges avec les EHPAD.

Pour la DT-ARS Dordogne, la recommandation servira à compléter le référentiel 24 au regard des thèmes à évaluer (par exemple, accompagnement de fin de vie), des informations à recueillir et analyser (effets pour les résidents et indicateurs).

Un comité de suivi régional sera mis en place. Il sera composé des établissements de Dordogne ayant participé à l'élaboration du référentiel 24 mais également d'usagers.

La DT- ARS Dordogne souhaite ensuite que ce référentiel soit utilisé lors des futures autoévaluations des EHPAD.

Pour le Conseil Général, la recommandation est un « guide méthodologique » qui ne remplace pas le référentiel Angélique, outil d'évaluation préconisé jusqu'à maintenant par les directives ministérielles. Elle peut cependant impacter l'autoévaluation des EHPAD car la démarche est plus structurée et apporte des éléments supplémentaires. L'évaluation interne comme recommandée par l'ANESM pourrait ainsi servir à parfaire le plan d'amélioration des EHPAD, à apporter des informations complémentaires aux évaluateurs externes et à prouver le dynamisme des EHPAD qui auraient réalisé cette évaluation.

L'utilisation du référentiel 24 et de l'outil Angélique, probablement revue en fonction de la recommandation, nécessite des discussions

complémentaires entre les autorités locales afin d'adapter la méthodologie pour les conventions tripartites avec les EHPAD.

En conclusion, l'expérimentation de la recommandation « conduite de l'évaluation interne en EHPAD » réalisée par l'ANESM a été bénéfique. Grâce à l'amélioration du document, elle va permettre de dynamiser la motivation des EHPAD de l'ensemble des départements lors de la parution de la recommandation.

Annexes

CARACTERISTIQUES DES 25 EHPAD AYANT PARTICIPE A L'EXPERIMENTATION

NOM ETABLISSEMENT	COMMUNE	Statut	Capacités en HP
EHPAD "La Madeleine"	BERGERAC	Privé Associatif	237
EHPAD "La Maison de Goûts"	GOUTS ROSSIGNOL	Privé Associatif	100
EHPAD "Tibériade" - Fondation John Bost	LA FORCE	Privé Associatif	84
EHPAD	SAINT LEON SUR L'ISLE	Privé Associatif	53
EHPAD "Le Verger des Balans"	ANNESSE ET BEAULIEU	Privé Lucratif	52
EHPAD "La Feuilleraie"	RAZAC	Privé Lucratif	44
EHPAD "Résidence les 4 Saisons"	TERRASSON (Mieux- vivre)	Privé Lucratif	105
EHPAD "Le Moulin de l'Isle"	TRELISSAC (Mé dica France)	Privé Lucratif	67
EHPAD " La Bastide"	BEAUMONT	Public Autonome	83
EHPAD	BOURDEILLES	Public Autonome	96
EHPAD	BRANTOME	Public Autonome	116
EHPAD	CADOUIN	Public Autonome	88
EHPAD "Saint Rome"	CARSAC AILLAC	Public Autonome	106
EHPAD "La Rivière Espérance"	LALINDE	Public Autonome	81
EHPAD "Résidence de la Belle"	MAREUIL SUR BELLE	Public Autonome	100
EHPAD "Résidence Le Périgord"	MONPAZIER	Public Autonome	84
EHPAD "Foix de Candalle"	MONTPON MENESTEROL	Public Autonome	126
EHPAD DE NEUVIC	NEUVIC	Public Autonome	65
EHPAD "Marcel Cantelaube"	SALIGNAC	Public Autonome	80
EHPAD "Le Plantier"	SARLAT (CCAS)	Public Autonome	65
EHPAD "Le Colombier"	THIVIERS	Public Autonome	98
EHPAD du Centre Hospitalier	BERGERAC	Public Hospitalier	105
EHPAD - Hôpital local	BELVES	Public Hospitalier	55
EHPAD - Hôpital local	EXCIDEUIL	Public Hospitalier	150
EHPAD - Hôpital local	NONTRON	Public Hospitalier	172
EHPAD - Hôpital local	SAINT ASTIER	Public Hospitalier	160

EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE

(envoyé aux EHPAD en amont de la réunion du 14 septembre 2011)

Question 1



Quels axes avez-vous traités lors de l'évaluation ?

Au sein de ces axes, quels indicateurs avez-vous renseigné ?

- ...
- ...
- ...

Question 2

Pour chacun des 15 thèmes sur lesquels vous avez travaillé, à quel numéro d'étape vous êtes vous arrêté ?



- ...
- ...
- ...

Question 3



Avez-vous sauté des étapes ? Si oui, lesquelles ? (préciser pour chaque axe)

- ...
- ...
- ...

Question 4



Avez-vous réalisé les étapes selon l'ordre indiqué ?

Si non, pourquoi ?

- ...
- ...
- ...

Question 5

Combien de temps ont requis les diverses étapes (par axe) ?

Phase I	Nb heures x personnes	Phase II	Nb heures x personnes	Phase III	Nb heures x personnes
Appropriation de la démarche par la direction	<i>Exemple :</i> 3h x 10 personnes	Récupération des informations quantitatives		Analyse de l'information	
Communication aux personnels et aux résidents		Questionnement collectif		Formalisation de l'analyse	
Organisation du déroulement et répartition des rôles		Récupération des informations qualitatives		Elaboration du plan d'amélioration	
Récupération de l'existant (infos et outils)		Mise en forme du recueil de données		Communication des résultats	

Question 6

Lors de l'évaluation, quels ont été les éléments facilitateurs ? Les éléments limitant ? (distinction entre les éléments liés au document et ceux extérieurs à la démarche)

	Éléments liés au document	Éléments extérieurs à la démarche
Éléments facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • • •
Éléments limitant	<ul style="list-style-type: none"> • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • • •

Question 7

Comment trouvez-vous les questions apparaissant dans les nouvelles fiches par axe ? (Les nouvelles fiches par axe sont jointes)

❖ Pertinence des questions

- ...
- ...
- ...

❖ Processus non questionnés / questions manquantes

- ...
- ...
- ...

❖ Autres

- ...
- ...
- ...

Question 8

Si vous avez un système informatique, avez-vous pu extraire rapidement les données ? Pourquoi ?

- ...
- ...
- ...

Question 9

Avez-vous recueilli les avis des résidents et/ou de leurs proches ?

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ?

- ...
- ...
- ...