

Université René Descartes-Paris V

Faculté de médecine Cochin-Port Royal

Analyse d'une évaluation interne

Mémoire pour le diplôme interuniversitaire
de médecin coordonnateur d'EHPAD

Par le docteur Adrien THOMAS

Année universitaire 2012-2013

Docteur Jean-Claude MALBEC

Table des matières

	Page
Introduction	2
	A) Présentation
1) Présentation de l'établissement.....	3
2) Présentation de l'évaluation interne.....	3
B) L'évaluation interne : méthode.....	3
1) Le référentiel et les thèmes.....	3
2) Le comité de pilotage.....	4
3) Le calendrier.....	4
4) Les thèmes et leurs chapitres.....	4
5) Les questions, leur notation et commentaires.....	5
6) La synthèse et les actions qui en découlent.....	5
7) Les participants.....	6
8) Conclusion sur la méthode.....	8
C) Le rôle du médecin coordonnateur.....	9
D) Le coût.....	9
1) Investissement en temps.....	9
2) Cout financier.....	11
3) Analyse du coût en temps et en salaire.....	12
E) Analyse du questionnaire.....	12
1) Les failles du questionnaire.....	12
2) Les apports du questionnaire.....	13
Conclusion.....	13
Annexe : les thèmes et leurs chapitres.....	14
Bibliographie.....	17

Introduction

Tout professionnel qui s'implique (un tant soit peu) dans son métier souhaite améliorer sa pratique. Or il n'est pas toujours aisé de repérer ses propres manques ou insuffisances (routines, difficultés de distanciation, etc....) aussi un regard extérieur permet-il de mieux juger les différents aspects de sa propre activité, dans ses réussites comme dans ses lacunes.

Ce regard extérieur peut être porté de façon relative par le recours à une auto-évaluation basée sur un référentiel-qualité auquel on se soumettra : c'est l'évaluation interne.

Les EHPAD (*établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*) autorisés et ouverts avant le 3 janvier 2002 ont l'obligation (loi Hôpital, Santé et Territoire de juillet 2009) d'effectuer cette démarche avant le 3 janvier 2014. Ensuite aura lieu une évaluation externe par un cabinet d'audit spécialisé, indépendant, dont on peut penser que l'appréciation tendra à l'objectivité. Celle-ci devra être réalisée avant le 3 janvier 2015.

Ainsi sera réalisée en quelque sorte une mesure de la qualité de l'EHPAD et peut-être un aperçu de la capacité du personnel à juger de son travail.

Notre établissement a accompli la démarche d'évaluation interne au cours du premier semestre 2013.

Notre projet est de tenter d'analyser cette évaluation interne telle que nous l'avons vécue dans notre résidence et d'en tirer les enseignements.

Cette analyse de l'évaluation interne vécue consistera, après une brève présentation, à décrire l'ensemble de la méthode utilisée, regarder plus spécifiquement le rôle du médecin coordonnateur, calculer le coût de cette démarche et bien entendu en tirer les enseignements en fonction du référentiel utilisé.

A) Présentation

1) Présentation de l'établissement

La résidence, qui appartient au groupe DomusVi depuis 2006, accueille 77 personnes âgées valides, semi valides ou dépendantes. Elle se compose de 3 bâtiments adjacents sur lesquels sont réparties 57 chambres simples et 10 chambres doubles. Le personnel compte 47 employés réalisant 40,2 ETP (équivalent temps plein), dont 25 ETP consacrés au soin, Ce qui aboutit à un ratio global en personnel par rapport au nombre de résidents égal à 0,52 et un ratio du personnel dédié au soin égal à 0,32

2) Présentation de l'évaluation interne

Depuis la loi du 2 janvier 2002, les établissements et services médico-sociaux sont tenus de mettre en œuvre une démarche d'évaluation interne de leurs activités et de la qualité des prestations fournies, cette évaluation doit être tracée dans le rapport d'activité de la structure. Elle sera suivie d'une évaluation externe par un cabinet d'audit spécialisé indépendant.

Les résultats de ces évaluations sont communiqués aux autorités administratives en charge du renouvellement de l'autorisation et du contrôle.

L'évaluation interne se doit d'être en quelque sorte une photographie, un instantané de l'établissement dans tous ses aspects : architecture, environnement, matériels, personnels, organisation, accomplissement des tâches de chacun et leur tracé, relations interpersonnelles, rapports aux autorités, partenariats etc. Il s'agit de bien décrire l'état actuel de chaque point examiné et de le noter, sans complaisance ni sous-estimation mais, autant que faire se peut, avec objectivité dans un esprit de critique constructive et en conservant en ligne de mire constante le bien-être des résidents.

B) La méthode

1) Le référentiel et les thèmes

Qui dit évaluation dit grille de référence nommée usuellement référentiel-qualité. Le choix en est libre, à la différence de la conclusion ou du renouvellement d'une convention tripartite qui impose le référentiel *Angélique*.

Les référentiels d'évaluation sont multiples, ils émanent souvent du secteur public, comme *Angélique* ou celui de la société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) en association avec l'assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP) ou, moins connu, celui de l'agence régionale de santé (ARS) d'Aquitaine, mais nombreux sont ceux issus du privé en particulier *Qualipass*. Tous doivent tenir compte des recommandations émises par l'ANESM.

Il n'est pas imposé de référentiel particulier, chaque établissement fait usage du référentiel de son choix. Dans le cas présent celui qui est utilisé a été élaboré par le groupe et s'appuie largement sur *Qualipass*. Le tableau suivant donne la liste des thèmes abordés, le nombre de questions pour chaque thème et la part de chacun des référentiels utilisés.

Thèmes et référentiels utilisés		nombre de questions		
Thèmes	total	Qualipass	autre	Groupe
1-La gestion administrative et sociale du résident	66	56		10
2-Les droits du résident	26	19		7
3-Les prestations de l'hébergement	32	17		15
4-Le projet personnalisé et les soins de nursing	40	21		19
5-La vie sociale et collective	42	31		11
6-La prévention et le traitement de la maltraitance	9	6		3
7-La douleur	12	2		10
8-Les chutes	26	4	ESE 11	11
9-Les escarres	10	3	ESE 6	1
10-La dénutrition/déshydratation	11	5	ESE 2	4
11-Les troubles de l'humeur et du comportement	20	16	ESE 1	3
12-La gestion du risque infectieux	16	5	GREPH 8	3
13-Continuité des soins et réseau local	36	17	ESE 2	17
14-Les ressources humaines	46	28		18
15-Les équipements	23	12		11
16-Les infrastructures	62	39		23
17-Le projet d'établissement	41	32		9
18-L'amélioration continue	28	18		10
TOTAL	546	331	30	185
	100%	60,60%	5,49%	33,89%

2) Le comité de pilotage

Un comité de pilotage a été créé à la direction du groupe pour élaborer le référentiel et fixer les grandes lignes du processus.

Sur place, à la résidence, l'équipe dirigeante élargie a constitué en quelque sorte un second comité de pilotage qui a défini le calendrier, assuré l'information du personnel et appelé les volontaires à s'inscrire pour participer.

3) Le calendrier

L'évaluation a été répartie sur neuf journées entières. Le nombre de thèmes abordés à chaque fois étant défini selon le temps estimé devoir être consacré à chacun, essentiellement en fonction du nombre de questions à traiter.

4) Les thèmes et leurs chapitres

Chacun des thèmes listés ci-dessus comportait un nombre variable de chapitres définissant la totalité des points abordés. L'ensemble figure en annexe.

5) Les questions, leur notation et commentaires

A chaque question correspond une notation de 0 à 5 selon une grille des adverbess les mieux adaptés. Des commentaires peuvent être notés pour chacune et même sont obligatoires pour toute note inférieure ou égale à 3. Par ailleurs une visualisation de la notation en diagramme camembert est disponible pour chaque thème.

La grille de notation est ainsi constituée :

0	1	2	3	4	5
non					oui
0%	20%	40%	60%	80%	100%
jamais	rarement	assez souvent	souvent	régulièrement	toujours
non commencé	ébauché	en cours d'élaboration	en validation	élaboré	diffusé
non défini	prévu	en cours de réflexion	en validation	en cours	entièrement défini
pas du tout	très peu	peu	partiellement	beaucoup	entièrement

6) la synthèse et les actions qui en découlent

A la fin de chaque thème une synthèse est à rédiger : des forces d'une part, des faiblesses d'autre part, qui doivent être assorties d'améliorations susceptibles de les transformer en force. Pour chaque thème a été institué un récapitulatif des commentaires et améliorations à programmer sous forme d'un tableau, du type suivant définissant les actions à mener, le responsable et la date butoir de réalisation :

EVALUATION INTERNE			
	relevé des commentaires et améliorations		
Thème N°	Titre du thème	à effectuer par	date limite
	(en italique: l'élément de la question non reporté dans le commentaire initial)		
Question N°	Commentaires		
	Améliorations		
	Actions (déjà menées) ou à poursuivre		
	Procédures à écrire		

7) Les participants

Des résidents, des intervenants extérieurs et des bénévoles ont participé ; le tableau suivant récapitule leur qualité, structure de rattachement, nombre et demi-journées effectuées.

	référence	nombre	½ journées
résident		4	6
bénévole	Alma22	3	4
bénévole	Resopallia	2	2
Soignant attaché	Kinésithérapeute	1	1
Fournisseur	Alimentaire	1	1
Référent qualité	Direction groupe	1	2

L'ensemble du personnel a été sollicité, sur la base du volontariat, pour participer à ce travail d'évaluation interne. Le tableau ci-dessous (anonymisé comme tous les tableaux ayant trait au personnel) présente, pour chacun, la fonction et les journées de présence.

JOURNEES DE PRESENCE ET FONCTIONS DES PERSONNELS SALARIES

PRESENTS, fonction	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	total/personne	heures	ETP
directrice	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	63	1
IDE			1		1	1				3	21	0,8
hôtelière							1			1	7	1
AS							1			1	7	1
secrétaire	1	1								2	14	1
AMP			1	1						2	14	1
AMP	1	1	1	1						4	28	1
AS			1							1	7	1
AS							1			1	7	1
AMP				1					1	2	14	1
hôtelière		1								1	7	0,7
IDEC	1	1	1	1	1	1	1		1	8	56	1
AS							1		1	2	14	0,7
AS		1	1				1			3	21	1
cadre	1	1	1	1	1	1	1	1		8	56	0,8
hôtelière					1	1				2	14	0,7
hôtelière				1						1	7	0,8
AS	1									1	7	1
AMP					1	1				2	14	1
AS lingère		1								1	7	1
hôtelière							1			1	7	1
ergothérapeute	1		1	1	1	1	1	1	1	8	56	0,6
AS					1	1				2	14	0,7
aide-cuisinière							1			1	7	1
technicien	1							1		2	14	1
AMP									1	1	7	0,7
AMP	1									1	7	1
hôtelière		1						1		2	14	1
AS			1						1	2	14	1
cuisinier		1					1			2	14	1
hôtelière	1	1								2	14	1
medco	1		1	1	1	1	1	1	1	8	56	0,4
animatrice	1	1	1	1	1		1	1	1	8	56	1
psychologue		1	1	1	1	1	1		1	7	49	0,3
hôtelière			1				1			2	14	1
Personnels présents	12	13	14	11	11	10	16	7	10	total		
soit 35 employés sur 47 soit 75%										104		

L'analyse de ce tableau montre

1- une participation importante des salariés de l'établissement basée sur le volontariat : 35 ont été présents, au minimum durant une journée, sur un ensemble de 47 employés soit 75%; si l'on excepte les 7 membres de l'équipe dirigeante élargie, l'engagement du personnel se monte à 28 sur 40 soit 70%. Dans un cas comme dans l'autre l'implication du personnel se chiffre donc à plus de 70%.

2- Toutes les catégories de personnel ont été représentées dans cette proportion. Tous ceux qui occupent un poste unique (chef cuisinier, lingère, technicien, secrétaire) ont été présents au moins une journée.

3-La moyenne du nombre de participants s'établit à 12, avec un écart-type faible qui rend bien compte de l'engagement global du personnel.

4- Toutes fonctions confondues le temps consacré par le personnel pour répondre aux questions du référentiel se chiffre à 104 journées de travail. Nous y reviendront de façon plus détaillée lors de l'estimation du coût.

8) conclusion sur la méthode

La méthode utilisée basée sur le comité de pilotage, l'équipe dirigeante et le référentiel du groupe a permis de définir la marche à suivre lors de séances de travail en termes de contenu, de calendrier et d'appel aux participants.

La synthèse de chaque thème abordé permet de lister les actions à mener dans l'optique initiale qui est l'amélioration de la qualité.

Dans ce processus le médecin coordonnateur joue, à tous les niveaux, un rôle que nous allons aborder.

C) Le rôle du médecin coordonnateur

Lors de l'évaluation interne le médecin coordonnateur voit son rôle se préciser selon deux axes

1- dans les éléments liés au soin il est le médecin tel que ses missions sont définies en direction des résidents : avis sur les admissions, AGGIR et pathos, dossiers, coordination des intervenants, veille sur les bonnes pratiques.

2- dans les éléments liés à l'équipe dirigeante dont il est membre, il donne son avis sur les options à choisir en tant qu'elles constituent l'environnement des résidents, l'exercice de leurs droits et globalement leur bien être au travers de la qualité des matériels et des personnels de l'établissement.

Dans ces deux directions, l'évaluation interne contient pour lui, comme pour tous les personnels, une part d'auto-évaluation et suppose un investissement dans les séances de travail mais aussi en amont dans la préparation ainsi qu'en aval dans la mise en place, la réalisation et le suivi des tâches et actions qui découlent de cette évaluation par le biais des améliorations qui ont été identifiées.

Ainsi son rôle se trouve souligné en tant qu'élément constitutif de l'équipe d'encadrement, ou équipe dirigeante, qui doit envisager tous les aspects de l'organisation de la structure et le resitue dans la globalité de l'établissement.

Cette implication du médecin coordonnateur est bien mise en évidence par l'investissement en temps que nécessite pour lui l'évaluation interne: dans le cadre d'un ETP à 0,4 une journée représente 50% de son temps de travail hebdomadaire pour la semaine concernée. Cet

investissement en temps de travail concerne tous les personnels et sur le plan de la gestion représente un impact financier. Nous allons essayer d'approfondir ces deux aspects.

D) le coût de l'évaluation interne

1) L'investissement en temps

Nous avons vu que pour le travail en groupe l'évaluation interne a nécessité 104 journées soit $104 \times 7 = 728$ heures soit aussi $728/151,57 = 4,8$ ETP mensuels tous postes confondus. Ce temps effectif de travail se retrouvera dans le coût financier que nous examinerons au paragraphe suivant mais cela ne représente pas l'investissement en temps. En effet plusieurs aides-soignantes et nombre de postes uniques (psychologue, ergothérapeute, médecin coordonnateur) sont à temps partiel, aussi la proportion de temps de travail de ceux-ci est-elle plus importante que celle des personnels temps plein.

Dans le tableau de la page 7, la dernière colonne donne le temps de travail en ETP de chacun. Si l'on reporte dans le tableau ci-dessous la fonction, le nombre d'heures effectuées et l'ETP dans les 3 premières colonnes, on peut calculer (colonne 4) le nombre d'heures à effectuer chaque mois pour chaque participant et (colonne 5) la part de son temps de travail mensuel qui a été consacrée à l'évaluation interne.

Ce calcul s'il donne une représentation du nombre de postes dédiés durant un mois et donc représente bien la part, en postes, consacrée à l'évaluation interne par la structure, a un aspect mathématique, par le mélange d'ETP différents, qui peut paraître artificiel, mais il reflète bien l'effort consenti par le personnel et par la structure en temps de travail dédié.

ETP cumulés

			heures dues	col2 151,67
			/mois	equiv, travail
PRESENTS, fonction	heures	ETP		en ETP/mois
directrice	63	1	151,67	0,42
IDE	21	0,8	121,33	0,17
hôtelière	7	1	151,67	0,05
AS	7	1	151,67	0,05
secrétaire	14	1	151,67	0,09
AMP	14	1	151,67	0,09
AMP	28	1	151,67	0,18
AS	7	1	151,67	0,05
AS	7	1	151,67	0,05
AMP	14	1	151,67	0,09
hôtelière	7	0,7	106,17	0,07
IDEC	56	1	151,67	0,37
AS	14	0,7	106,17	0,13
AS	21	1	151,67	0,14
cadre	56	0,8	121,33	0,46
hôtelière	14	0,7	106,17	0,13
hôtelière	7	0,8	121,33	0,06
AS	7	1	151,67	0,05
AMP	14	1	151,67	0,09
AS lingère	7	1	151,67	0,05
hôtelière	7	1	151,67	0,05
ergothérapeute	56	0,6	91	0,62
AS	14	0,7	106,17	0,13
aide-cuisinière	7	1	151,67	0,05
technicien	14	1	151,67	0,09
AMP	7	0,7	106,17	0,07
AMP	7	1	151,67	0,05
hôtelière	14	1	151,67	0,09
AS	14	1	151,67	0,09
cuisinier	14	1	151,67	0,09
hôtelière	14	1	151,67	0,09
medco	56	0,4	60,67	0,92
animatrice	56	1	151,67	0,37
psychologue	49	0,3	45,5	1,08
hôtelière	14	1	151,67	0,09
Total ETP				6,65

Ce tableau met donc en lumière, logiquement, le fait que plus une personne dispose d'un ETP restreint, plus la part qu'elle consacre à l'évaluation interne est grande ; ainsi pour le poste le plus faiblement pourvu, celui de la psychologue, cette part dépasse un mois complet de travail.

La somme de ces parts de travail est donc le nombre de postes temps plein virtuels occupés durant un mois par l'évaluation interne. Il s'établit à 6,65 postes. Comparé aux 4,8 ETP réalisés en heures de présence cela met en évidence la part de temps de travail qui a été orientée vers l'évaluation interne par les personnels employés à temps partiel et par conséquence leur implication.

Pour l'ensemble de l'établissement nous avons vu que l'emploi est de 40,2 ETP sur l'année soit $40,2 \times 12 = 482,4$ ETP mensuels. Cette valeur rapprochée des 4,8 ETP réalisés rend évident que l'établissement a consacré pour s'auto-évaluer 1% du temps de travail sur l'année de l'ensemble des personnels.

Une autre façon de mesurer cette démarche est d'en comptabiliser le coût financier. Il concrétise directement l'effort matériel consenti par l'établissement.

2) Coût financier

Le nombre d'heures consacrées par chaque participant membre du personnel aux séances de travail en groupe pour l'évaluation interne est parfaitement connu. Le service comptable a eu la grande obligeance, à partir du tableau nominatif des jours de présence qui lui a été fourni d'une part, et d'autre part du montant salarial horaire de chacun qu'il connaît, de calculer le coût total en salaires versés, charges comprises, ce qui est totalement concret et mesure donc parfaitement, pour les séances de travail en groupe, le coût financier échu à l'établissement. Le montant communiqué par la comptabilité s'établit à 19246 euros et 22 centimes (tableau suivant)

PRESENTS, fonction	heures	€/H chargés	versé
directrice	63		
IDE	21		
hôtelière	7		
AS	7		
secrétaire	14		
AMP	14		
AMP	28		
AS	7		
AS	7		
AMP	14		
hôtelière	7		
IDEC	56		
AS	14		
AS	21		
cadre	56		
hôtelière	14		
hôtelière	7		
AS	7		
AMP	14		
AS lingère	7		
hôtelière	7		
ergothérapeute	56		
AS	14		
aide-cuisinière	7		
technicien	14		
AMP	7		
AMP	7		
hôtelière	14		
AS	14		
cuisinier	14		
hôtelière	14		
medco	56		
animatrice	56		
psychologue	49		
hôtelière	14		
			19246,22

3) Analyse du coût en temps et en salaire

Le coût en temps représente 6,65 postes (sur 40,2) dédiés durant un mois à l'évaluation interne pris sur le temps ordinaire de travail de chacun ou en temps supplémentaire, dans un cas comme dans l'autre il s'agit d'un investissement personnel non négligeable qui montre bien l'implication du personnel dans cette démarche et donc dans le fonctionnement de l'établissement.

Pour ce qui concerne le coût financier, la somme calculée démontre bien l'effort que l'établissement a réalisé sur ce plan pour ce travail.

Que ce soit dans l'un ou l'autre de ces deux termes, temps et numéraire, le coût final est en réalité sensiblement supérieur car il n'a pas été relevé le temps passé à la préparation des séances de travail, ni au récapitulatif des observations et améliorations, ni à la rédaction du rapport final, ce qui a nécessité un nombre d'heures non négligeable de la part de l'équipe d'encadrement en général et de la directrice en particulier.

D'une part les évaluations ont pour but l'amélioration de la qualité, elles nécessitent un travail qui a un coût, d'autre part il est reconnu que la non-qualité est synonyme de perte financière. Cela sous-entend que le coût de l'évaluation interne va être en quelque sorte remboursé par les gains réalisés dans l'amélioration de la qualité. Mais comment évaluer la perte due à la non-qualité ? A partir de ces considérations que dire sur ce « remboursement » : réel, partiel, total, bénéficiaire même ? Cela paraît difficile à déterminer. En revanche en termes d'éthique l'évaluation interne est totalement positive puisqu'elle amène à une amélioration de la prise en charge des résidents dans le sens de leur bien-être.

E) Analyse du questionnaire

1- Les failles du questionnaire

Sur les 546 questions du référentiel utilisé, il aurait été bien étonnant qu'il n'y eût pas quelques éléments perfectibles. Trois de ces éléments ont été relevés :

- La pesée hebdomadaire : que l'on retrouve régulièrement dans les préconisations pathos de la CNSA ou dans le discours des médecins valideurs est très contestée par les cliniciens gériatres
- Le terme « fréquence régulière » est utilisé à plusieurs reprises pour caractériser un suivi ; il est semble-t-il assez vague bien que quelquefois tempéré par un « et programmé » qui le suit immédiatement.
- Plus important le « nettoyage à blanc semestriel » du thème hygiène qui paraît amener deux remarques :
 - a) Qui pratique chez soi ce genre de nettoyage ?
 - b) Le thème « droits du résident » rappelle logiquement que la chambre du résident est son domicile. N'y a-t-il pas opposition entre les deux thèmes car aucun résident ne souhaite se retrouver dans le couloir avec ses meubles et tous ses objets personnels pendant plusieurs heures.
- Aucune liaison n'est faite avec le rapport médical et il n'est demandé aucun ratio concernant la santé des résidents ni aucun indicateur chiffré de la qualité.

2) Les apports du questionnaire

Au-delà de la synthèse réalisée à la fin du questionnaire de chaque thème qui récapitule forces, faiblesses et actions à mener, au-delà des faits précis listés dans les commentaires et les

améliorations, l'évaluation interne interroge chacun sur son positionnement par rapport aux résidents et à ses collègues aussi bien qu'à l'établissement tout entier. Elle amène chacun des participants à une réflexion globale sur son action propre et sur son positionnement dans l'ensemble du fonctionnement de l'institution.

Les questions posées dans les différents thèmes apportent un point de vue extérieur, permettent de considérer les actions menées quotidiennement sous un angle différent, obligent chacun à prendre conscience qu'il peut exister une façon encore meilleure de procéder alors que le travail effectué paraissait satisfaisant. Les procédures qui semblaient au mieux, peuvent se révéler encore améliorables ou bénéficieraient d'une remise à jour. Les protocoles utilisés chaque jour peuvent se montrer moins suivis et donc nécessiteront une remise en mémoire. Ces notions étendues à l'ensemble du travail effectué aboutissent à une systématisation des actions menées au cours d'une journée, la routine se trouve ainsi remise en cause.

Les thèmes abordés envisagent tous les aspects de la vie quotidienne de l'établissement et chaque participant se trouve confronté aux questions concernant son propre travail mais aussi à celles qui ne sont pas de son domaine particulier, il s'ensuit une prise de conscience plus nette du travail des autres catégories de personnel, une vision plus globale du fonctionnement de la résidence, ce qui ravive la conscience de l'interdépendance des divers métiers et une meilleure prise en compte des contraintes de chacun.

Ainsi le questionnaire permet à chaque participant une remise en cause de sa propre action et le resitue au sein de l'ensemble : c'est la cohésion qui s'en trouve renforcée.

Conclusion

L'évaluation interne, procédure obligatoire, reflète, par les réponses qui sont apportées aux questions d'un référentiel qualité, l'état global des moyens et des actions, à un moment donné, dans un établissement. Elle permet donc une autoévaluation relativement distanciée et, si elle est un investissement non négligeable en temps et en financement, elle est potentiellement porteuse d'un enrichissement considérable en termes d'amélioration des matériels et des pratiques pour augmenter en permanence la qualité au sein d'une structure, dans le cas présent accroître le bien être des résidents et aussi des personnels. Elle répond au principe de la roue de Deming, dont le diagramme, si l'on y ajoutait le facteur temps pour marquer le principe d'amélioration continue, pourrait se représenter en 3D et deviendrait ce que l'on pourrait nommer « la spirale de Deming ».

Nous avons tenté de cerner les diverses composantes de la démarche d'évaluation interne. Bien que celle-ci ne soit pas une tâche spécifique du médecin coordonnateur, il nous paraît qu'il est concerné au premier chef en tant que cette démarche explore l'ensemble d'un EHPAD : matériels, personnels, tâches et services. Tous ces éléments tendent au bien-être complet et permanent des résidents et en cela le médecin coordonnateur se trouve totalement impliqué, l'évaluation interne est donc bien partie intime de son champ d'intérêt.

Ce travail d'analyse de l'évaluation interne nous a permis de relever les points d'intérêt majeur de cette démarche, à savoir : l'importance de la participation des personnels amenant à la prise de conscience de l'interdépendance des divers métiers et en conséquence le renforcement de la cohésion des équipes, l'appréciation du coût en temps et en salaires, et, le plus important, but de l'évaluation, un regard sur les pratiques avec les actions à entreprendre pour améliorer encore le bien-être des résidents.

Annexe: les thèmes et leurs chapitres

18 Thèmes, 546 questions

1- La gestion administrative et sociale du résident

- L'établissement met-il à disposition une information sur son fonctionnement, son organisation et ses services
- L'établissement tient-il à disposition des documents pour consultation ?
- Le livret d'accueil est-il spécifique à l'établissement ?
- Existe-t-il un accueil téléphonique ?
- Existe-t-il une personne dédiée à l'information des résidents, familles, visiteurs au sein de l'établissement et quel est son rôle ?
- Avant l'admission, le résident et sa famille sont-ils renseignés de façon exhaustive sur les modalités de fonctionnement de l'établissement ?
- L'arrivée/admission du résident
- Existe-t-il un protocole d'accueil au sein de l'établissement ?
- L'installation en chambre
- Les premiers jours dans l'établissement
- Le contrat de séjour
 - Quand et comment est-il élaboré ?
 - Comporte-t-il les annexes suivantes paraphées et signées ?
- Gestion des dossiers du résident
- Processus de facturation

2- Les droits du résident

- L'établissement s'organise-t-il pour préserver la confidentialité des informations sur le résident ?
- Chaque résident est-il considéré comme un interlocuteur réel qui a la liberté de choix ?
- L'établissement s'organise-t-il pour préserver la vie privée de ses résidents ?
- L'établissement s'est-il organisé pour que le résident puisse communiquer avec ses proches en toute liberté ?
- L'établissement s'organise-t-il pour préserver la liberté d'aller et venir des résidents ?
- L'établissement sensibilise-t-il son personnel aux questions relatives à l'éthique

3- Les prestations de l'hébergement

- Entretien du linge
- Entretien des locaux
- Les repas et l'alimentation

4- le projet personnalisé et les soins de nursing personnalisés

- Le projet personnalisé, contenu, contractualisation, évaluation
- Les soins d'hygiène personnalisés, la prise en charge de l'incontinence
- La gestion des décès
- L'autonomie et la dépendance, modalités de prise en charge, évaluation

5- La vie sociale et collective

- La vie sociale dans l'établissement
- Les animations collectives
- Les animations individuelles
- Les animations festives
- Le conseil de la vie sociale

- 6- La prévention et le traitement de la maltraitance
 - Politique de bientraitance
 - Existe-t-elle ?
 - Signalement des actes de maltraitance
 - Formation bientraitance

- 7- La douleur
 - Comment les recommandations sont-elles diffusées
 - Comment s'organise le dépistage ?
 - Comment s'organise la prise en charge ?
 - Quels moyens thérapeutiques sont à disposition ?

- 8- Les chutes
 - La prévention
 - La formation sur les chutes
 - La prise en charge
 - La gestion de la contention, respect des 10 critères

- 9- Les escarres
 - La diffusion des recommandations
 - La prise en charge

- 10- La dénutrition/déshydratation
 - La prise en charge
 - La prévention

- 11- Les troubles de l'humeur et du comportement
 - La prévention et la prise en charge
 - Les unités spécialisées

- 12- La gestion du risque infectieux
 - Les outils d'évaluation, l'enquête GREPHH
 - L'Organisation de la prévention

- 13- Continuité des soins et réseau local
 - Les modalités d'organisation
 - Médecin coordonnateur et soignants
 - Continuité et planification des soins
 - Gestion des médicaments
 - La gestion du réseau local

- 14- Les ressources humaines
 - Recrutement et accueil d'un nouveau salarié
 - Mobilisation des professionnels par la formation
 - Evaluation et prévention des risques pouvant affecter les professionnels
 - Management des équipes et échanges des pratiques professionnelles

- 15- Les équipements
 - Les salons, salle à manger, salle privative
 - Les chambres
 - Les locaux d'activité

- Dispositifs de sécurité des personnes et des biens
- Obligations réglementaires (maitrise sanitaire)

16- les infrastructures

- L'extérieur de la résidence, les espaces verts
- les locaux collectifs
- les locaux privatifs (chambres, salles de bain)
- Les locaux professionnels et techniques (locaux de service, cuisine)
- Entretien et maintenance
- Obligations réglementaires liées au bâtiment

17- Le projet d'établissement

- Existence ?
- Elaboration, contenu
- Intègre-t-il des objectifs ? Avec suivi de réalisation ?
- Intègre-t-il un projet de vie ? Un projet de soins ? Un projet d'animation ? Un projet de fin de vie ?

18- L'amélioration continue

- Système de management par la qualité
- La mesure de la satisfaction des résidents et de leurs proches
- Le traitement des réclamations
- Le processus d'évaluation et d'audit interne
- Les actions correctives, préventives et d'amélioration

BIBLIOGRAPHIE

En bleu les sites et chapitres dans ces sites renvoyant au sujet

LEGISLATION

[Loi 2001-647](#) du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

[Loi 2002-2](#) du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, section 5 : de l'évaluation et des systèmes d'information (*évaluation interne et externe*)

[Décret 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 services sociaux et médico-sociaux.

AGENCES NATIONALES

[ANESM](#) agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux. « [Publications sur l'évaluation interne](#) »

[ANAES](#) agence nationale d'accréditation et évaluation en santé

[HAS](#) haute autorité de santé (remplace l'ANESM depuis 2004)

REFERENTIELS

[ANGELIQUE](#) (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labélisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements) certifié ISO 9001 obligatoire pour la convention tripartite HAS de certification

[QUALIPASS](#) , certifié qualicert, élaboré par SYNERPA (syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées) et FNAQPA (fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées)

[SFGG/AP-HP](#) « [évaluer la qualité-CAIRN.info](#) »

Société française de gériatrie et gérontologie / assistance publique hôpitaux de paris

[ARS aquitaine. Secteur médicosocial . La Dordogne met en place un référentiel qualité en ehpad .](#)

[Référentiel qualité V.E.R.O.N.I.Q.U.E._des ehpad de la Loire](#)

[Conception et réalisation d'un référentiel d'évaluation](#)

de LES GUIDES METHODOLOGIQUES