

Évaluation externe anonyme

N° 1

2012 Hérault cadre de l'ANESM

Plan du rapport

A. Engagement et déroulement de l'évaluation	Page 2
B. <u>Méthode</u> : Présentation de la méthode utilisée	Page 4
1. Les objectifs visés par AuditPro	
2. Répondre aux demandes de l'ANESM	
3. L'évaluation du fonctionnement	
4. Respecter l'intérêt des résidents et associer le personnel à l'évaluation	
5. La collecte des données et le taux de participation	
C. <u>Éléments de cadrage</u> : Présentation de l'établissement	Page 6
1. Situation	
2. Historique rapide	
3. Statut juridique	
4. Les conditions matérielles d'accueil	
5. L'établissement face à la convention tripartite	
6. Les conventions de coopération	
7. Le financement des séjours	
8. La situation financière de l'EHPAD	
9. Observations	
D. <u>Développement informatif</u>	Page 9
1. Détail de la collecte des données par questionnaires	
2. Le public reçu	
a. Profil des résidents reçus	
b. Le niveau de dépendance du public reçu	
c. Observations	
3. Organisation et Encadrement	
a. L'équipe administrative et de direction	
b. Le personnel soignant	
c. Les autres personnels	
d. Autres données sur le personnel	
4. La qualité du service	
a. Le projet personnalisé de vie	
b. L'organisation et la qualité de l'accueil	
c. La prévention des risques	
d. L'animation	
e. Les soins	
f. Les locaux – Le linge : entretien, propreté et hygiène	
g. La restauration	
h. Le service à table	
i. L'accompagnement en fin de vie	
j. Observations sur la qualité du service	
5. La qualité du fonctionnement	
a. Le projet d'établissement	
b. Démarche qualité et Évaluation interne	
c. Le vécu du personnel	
d. La bientraitance	

- e. Les réunions de régulation
- f. Le planning des services
- g. Les relations entre les membres du personnel
- h. La relation avec la direction
- i. La communication
- j. La formation du personnel en lien avec la qualité du service

E. <u>Analyse détaillée</u>	Page 33
F. <u>Synthèse détaillée</u>	Page 37
G. <u>Synthèse transversale</u>	Page 46
1. Points forts	
2. Points faibles	
3. Axes de progrès proposés par AuditPro en accord avec la direction	
H. <u>Le personnel face à l'évaluation externe</u>	Page 48
I. <u>Extrait des textes réglementaires et des conseils de bonnes pratiques</u>	Page 49
1. Extrait de la loi du 2 janvier 2002	
2. Extraits du Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007	
3. Recommandations de l'ANESM	
4. Circulaire de l'ARS N° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011	

Pièces annexées

J. <u>Annexe 01 : Détails de l'analyse de la qualité du fonctionnement</u>	Page 58
K. <u>Annexe 02 : Liste des protocoles et procédures</u>	Page 66
L. <u>Annexe 03 : Liste des conventions de coopération et partenariat</u> (anonymé)	Page 68
M. <u>Annexe 04 : Avis de la commission départementale de sécurité</u> (anonymé)	Page 70
N. <u>Annexe 05 : Exemple de planning hebdomadaire d'animation</u>	Page 72
O. <u>Annexe 06 : Tris à plat Réponses des Résidents et de leurs familles</u>	Page 74
P. <u>Annexe 07 : Tris à plat Réponses des personnels - fonctionnement</u>	Page 78
Q. <u>Annexe 08 : Tris à plat Réponses des personnels - bientraitance</u>	Page 86
R. <u>Annexe 09 : Tableau de bord relationnel</u>	Page 92
S. <u>Annexe 10 : Contrat AuditPro</u> (anonymé)	Page 96
T. <u>Annexe 11 : Habilitation ANESM</u>	Page 98
U. <u>Annexe 12 : Équipe d'intervenants et calendrier de réalisation</u>	Page 100
V. <u>Annexe 13: Contrôles risque alimentaire</u> (anonymé)	Page 102
W. Annexe 02 : Résultats questionnaires satisfaction de la Mission (Non accessible)	

A- Engagement et déroulement de l'évaluation

Dans le cadre de la mission qui nous a été confiée par Madame, directrice de l'EHPAD nous avons procédé à l'évaluation externe conformément à l'article L312-8 du CASF et plus particulièrement au décret n°2007-975 du 15/05/2007. L'évaluation s'est déroulée du 4 octobre 2011 au 3 février 2012

Nous avons procédé à l'étude de la structure, de l'organisation, des activités et du fonctionnement des « », ainsi que de la qualité du service rendu aux usagers. Cette évaluation a été faite au regard du cahier des charges élaboré par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM). A cet effet, nous avons examiné les champs d'activités et processus suivants :

- Mise en œuvre du maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes,
- Promotion de la santé et de l'accès aux soins,
- Evaluation et réévaluation des besoins et attentes,
- Respect des droits fondamentaux des personnes et de leurs familles,
- Gestion de la sécurité et des risques inhérents à la situation des usagers,
- Démarche qualité.

Nos travaux ont consisté à :

- Effectuer des visites des locaux.
- Examiner les différents documents mis à notre disposition par la direction de l'établissement.
- Observer les pratiques sur le terrain.
- Réaliser des entretiens avec la direction, les personnels.
- Animer un groupe de pilotage.
- Concevoir des questionnaires sur le fonctionnement, l'appréhension de la bientraitance et la satisfaction des usagers.
- Traiter et analyser les données recueillies.
- Faire émerger des axes de progrès.

L'évaluation externe a mis en évidence des points forts ainsi que des points à améliorer.

Remarque importante

Il faut enfin indiquer qu'un nombre significatif des personnels n'a souhaité ni répondre aux questionnaires sur l'évaluation du fonctionnement et de la bientraitance ni être interviewé.

Fait à Montpellier, le 2 février 2012

le directeur

Gabriel COHEN-PITOT



B- Méthode : Présentation de la méthode utilisée

1. Les objectifs visés par AuditPro

AuditPro vise à atteindre plusieurs buts dans le cadre et le respect de la réglementation :

- a. Répondre aux demandes de l'ANESM.
- b. Répondre aux attentes des autorités de tutelle.
- c. S'assurer de la mise en sécurité des résidents.
- d. Évaluer avec rigueur le fonctionnement.
- e. Respecter l'intérêt des résidents.
- f. Prendre en compte le vécu au quotidien des personnels.
- g. Donner tous les outils à la direction pour mener une évaluation continue des services rendus avec le maximum d'efficacité et un investissement en temps le plus réduit possible.

2. Répondre aux demandes de l'ANESM

L'évaluation d'un EHPAD doit s'assurer que l'établissement met tout en œuvre pour répondre aux besoins des résidents. Le premier besoin est la sécurité physique, besoin qui prend un sens particulier pour les personnes âgées dépendantes. Mais cette réponse qui relève de l'application des normes au sein des établissements ne répond pas à l'ensemble des besoins des personnes résidentes dans un EHPAD. Comme le précise l'ANESM, au-delà du besoin matériel, la personne âgée dépendante a besoin d'une « qualité de vie » :

« La qualité de vie est définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS, 1993).....

Le concept a pour point central la notion de perception, de « satisfaction globale du sujet vis à vis du sens général qu'il donne au bien-être ».

AuditPro s'engage à mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour mesurer la qualité de vie des résidents au sein de l'EHPAD. Cette mesure doit prendre en compte la sécurité et la « bientraitance ». Mais ni la mise en sécurité, ni la mise en pratique de la « bientraitance » ne sont suffisantes pour assurer une qualité de vie aux résidents. L'atmosphère de la maison de retraite est un facteur déterminant du bien être de chacun. Cette atmosphère dépend fortement de la qualité du fonctionnement quotidien de l'EHPAD et aussi de la qualité des relations interprofessionnelles. Et enfin, la qualité de vie des résidents dépend de leur propre perception et de celle de leurs familles. Élément qu'il est nécessaire de mesurer. C'est pourquoi, pour répondre aux exigences de la loi et aux recommandations de l'ANESM, AuditPro mesure :

- a. La qualité de la sécurité physique des résidents.
- b. La qualité de l'accueil.
- c. La qualité de l'organisation de l'EHPAD.
- d. La qualité du fonctionnement de l'EHPAD.
- e. La satisfaction des résidents et de leurs familles.

3. L'évaluation du fonctionnement

La qualité du fonctionnement d'un établissement est une réalité difficile à mesurer car elle est un subtil mélange entre des conditions objectives et une histoire de l'établissement qui apporte une vision subjective du réel. L'aspect subjectif du fonctionnement n'est pas à négliger car il affecte fortement la qualité des relations interpersonnelles et par ricochets la qualité de vie des résidents. C'est pourquoi nous mesurerons :

- a. L'évaluation des conditions objectives de fonctionnement (conditions matérielles, moyens et qualité de l'organisation)
- b. L'évaluation du subjectif c'est-à-dire :

- ⇒ La qualité des relations du personnel avec les résidents.
- ⇒ La qualité des relations inter personnelles au sein de l'équipe de professionnels.

Les relations subjectives sont très fluctuantes. Pour les observer, une seule méthode est insuffisante. A cet effet, nous utiliserons plusieurs outils d'observation : des questionnaires élaborés avec des professionnels de terrain et des entretiens avec un échantillon important de membres du personnel et des résidents ou de leurs familles.

En croisant ces différentes sources d'informations, nous mettons toutes les chances de notre côté pour évaluer le plus objectivement possible la qualité du fonctionnement.

4. Respecter l'intérêt des résidents et associer le personnel à l'évaluation

Lors deux réunions de sensibilisation, l'évaluation externe et son cadre juridique ont été présentés à l'ensemble du personnel. Un groupe de pilotage, issu des personnes présentes, a été formé.

Une intervention orale visant à présenter les objectifs de l'évaluation externe a été effectuée auprès d'un groupe d'environ une vingtaine de résidents.

Pour récolter les informations auprès des résidents et de leur famille, un outil a été utilisé : un questionnaire de satisfaction distribué aux résidents et à leur famille pour s'assurer auprès des usagers que la bientraitance et la prise en compte des besoins des résidents sont réelles.

Pour récolter les informations auprès des personnels, trois outils ont été utilisés :

- ⇒ Des entretiens auprès d'un tiers (1/3) du personnel tiré au hasard, pour former un échantillon représentatif.
- ⇒ Un questionnaire sur la bientraitance.
- ⇒ Un questionnaire sur le fonctionnement.

Les trois questionnaires ont été réalisés par le groupe de pilotage animé par AuditPro.

Une procédure de distribution et de récolte des données a été mise en place en accord avec le groupe de pilotage pour garantir l'anonymat et installer la confiance.

Conformément aux recommandations de l'ANESM, un pré-rapport a été présenté à la direction puis à l'ensemble du personnel.

Le pré-rapport est consultable à l'adresse suivante sur internet : <http://auditpro.org/34/mpm>. Cette adresse a été communiquée aux personnels et aux usagers par la direction.

5. La collecte des données et le taux de participation

Les réponses aux questionnaires ont été collectées anonymement. Chaque résident et chaque employé a reçu une enveloppe d'AuditPro contenant les questionnaires ad hoc. Cette enveloppe devait être déposée dans une urne transparente mise à disposition par AuditPro au niveau de l'accueil de l'établissement.

La possibilité de s'abstenir ou de refuser de répondre a été respectée (enveloppe vide ou questionnaire non renseigné).

Malgré toutes ces précautions, nous avons rencontré une situation particulière. Plus de 20% des personnels ont refusé de répondre soit en ne mettant pas de questionnaire dans l'urne soit en mettant dans l'enveloppe un questionnaire non signalé.

Les réponses recueillies de ce fait ne sont pas un échantillon représentatif du personnel selon les règles de l'art. C'est a priori un échantillon biaisé car les refus de réponses viennent essentiellement des employés anciens dans l'EHPAD (voir détails des explications dans le corps du rapport). L'hypothèse d'indépendance si elle n'est pas démontrée est raisonnable. Ainsi nous pouvons nous baser sur nos données en prenant la précaution, comme toujours de les consolider par les réponses lors des entretiens.

Éléments de cadrage : Présentation de l'établissement

1. Situation

a. Adresse de l'EHPAD

Foyer-Résidence pour Personnes Âgées

.....

.....

.....

b. Situation géographique

⇒ Plan de situation

ANONYME

⇒ Situation par rapport au village et à la ville de Montpellier

La maison de retraite, sise sur un terrain arboré et fleuri de plus de 8000m², est implantée à proximité du cœur du village. La ville de est située à environkilomètres du centre-ville de Montpellier.

2. Historique rapide

A l'origine, il y avait, sur le territoire de la commune de, une Maison de retraite des anciens combattants de 45 lits gérée par une association et créée dans les années 30. La commune a décidé de faire construire un nouvel établissement « Les » qui a été ouvert en février 1985 et qui a repris les résidents et le personnel. Cette histoire explique que les anciens combattants soient prioritaires pour l'admission au sein de l'établissement.

A l'origine, c'est un foyer-résidence pour personnes valides, avec prestations facultatives, ce qui explique la conception architecturale du bâtiment (des studios plutôt spacieux architecturés autour d'espaces de vie commune).

L'établissement est devenu EHPAD le 01/04/2002 avec la signature de la première convention tripartite.

3. Statut juridique

Le Foyer-résidence « Les » est géré par l'Association Foyer-Résidence, association loi 1901 déclarée le 22/12/1989. Du fait de l'histoire de la maison de retraite, siègent au Conseil d'administration des représentants de l'association qui gérât la maison de retraite du Combattant.

4. Les conditions matérielles d'accueil

a. Chambres

La capacité autorisée de l'EHPAD est de 86 lits pour les résidents, répartis en 74 chambres individuelles et 6 chambres à deux lits (74+2X6= 86). L'établissement ne propose pas d'accueil de jour, d'accueil temporaire et ne dispose pas d'unités d'accueil spécifique.

Les studios ont une superficie moyenne de 33m² et comprennent :

- une pièce principale disposant d'une penderie et de placards de rangement, meublée d'un lit, table de nuit, d'un fauteuil, d'une table et d'une chaise ;
- une salle de douche et WC ;
- une kitchenette équipée d'un réfrigérateur,

Le résident a la possibilité de l'équiper d'un poste de télévision et de faire installer une ligne téléphonique privative.

Cette organisation des parties privatives est un avantage important pour les résidents qui dispose d'une réelle intimité.

b. Superficie des locaux

La superficie développée disponible est de 4 297m² sur 4 niveaux.

La bâtisse comprend trois ailes.

c. Lieux de vie en commun

A chaque étage et à chaque aile du bâtiment, des espaces de vie en commun conviviaux ont été aménagés.

En sus, on trouve en rez-de-chaussée, un très grand hall d'entrée, le salon, la salle de restauration, une salle de réunion dédiée aux activités de l'animation et les bureaux de l'administration.

Au premier étage se trouve le salon de coiffure.

Au deuxième étage se trouve l'infirmerie.

Au troisième étage, une salle de réunion souvent utilisée par les familles.

La salle à manger est actuellement en réfection : tout en gardant la même capacité d'accueil, sa surface va être doublée ; ce qui permettra aux résidents en fauteuil d'être plus à l'aise au moment des repas.

d. Sécurité et accessibilité

L'établissement dispose de deux ascenseurs dont un seul est accessible aux fauteuils roulants de grande taille.

Les couloirs sont larges et sans dénivelé important.

Nous avons relevé, lors de nos visites, que les cabines de douche ne sont pas accessibles pour les fauteuils roulants et donc non adaptées aux publics reçus. Pour y remédier, il est prévu courant 2012 de démarrer un programme de réhabilitation qui permettra avant 2014 la mise aux normes « Handicap ».

La signalétique est satisfaisante.

La sous-commission départementale de sécurité en sa séance du 8 avril 2010 a émis un avis favorable à la poursuite de l'exploitation.

Les registres liés aux contrôles de sécurité du bâtiment n'ont pas révélé d'anomalie.

5. L'établissement face à la convention tripartite

La première convention a été signée le 01/04/2002. Elle a fait l'objet d'un avenant de prolongation jusqu'au 01/04/2008. La convention dite de deuxième génération a été signée le 01/04/2008 pour 5 ans. Elle arrive à renouvellement le 01/04/2013.

6. Les conventions de coopération

L'établissement est membre de l'URIOPSS (Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux), de la FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne), de la FNADEPA (Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et

services pour Personnes Agées), de L'APEFF (Association pour les économies de Frais de Fonctionnement).

A ce jour, l'établissement a signé cinq conventions de coopération avec d'autres structures. (Voir annexe n°3)

En ce qui concerne les prestations d'animation et de loisirs culturels, l'établissement travaille avec l'association Coord'Age.

Un partenariat a été noué avec la bibliothèque municipale de qui prend en charge une animation chaque mois.

7. Le financement des séjours

a. Le coût

Le prix de journée pour 2011 est de 60,86 euros. Il couvre l'hébergement et la dépendance (ticket modérateur) ce qui laisse à la charge du résident environ 1800 euros mensuels.

L'établissement est habilité à l'aide sociale.

b. La répartition des financements

Les financements se répartissent comme suit (année 2010) : 2 905 738 €

Hébergement :	1 639 979 €
Dépendance :	378 484 €
Soins :	887 275 €

c. Les financeurs

Les soins sont pris en charge par la Sécurité sociale par le biais d'une dotation globale de financement versée à l'établissement.

Les prestations hôtelières et dépendance sont à la charge du résident.

Pour la dépendance, le Conseil Général alloue à chaque résident classé dans les groupes 1 à 4 de la grille nationale, une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) dont le montant est variable selon le niveau de dépendance évalué (GIR : Groupe Iso-Ressources).

Le département participe également au financement de la prestation hébergement pour les personnes relevant de l'habilitation à l'aide sociale.

8. La situation financière de l'EHPAD

Postes	2008	2009	2010
Taux d'occupation (en%)	98%	98%	93%
Dépenses	2 591 337	2 851 806	2 984 636
<i>Dont Groupe 1</i>	<i>379 865</i>	<i>420 952</i>	<i>408 497</i>
<i>Dont Groupe 2</i>	<i>1 691 491</i>	<i>1 946 107</i>	<i>2 091 925</i>
<i>Dont Groupe 3</i>	<i>519 981</i>	<i>484 747</i>	<i>484 214</i>
Chiffre d'affaires	2 606 598	2 943 719	2 968 575
<i>Dont recettes en atténuation</i>	<i>86 440</i>	<i>44 849</i>	<i>62 836</i>
Résultat	15 261	91 913	-16 061
<i>Dont résultat hébergement</i>	<i>-44 198</i>	<i>12 385</i>	<i>-37 727</i>
<i>Dont résultat Dépendance</i>	<i>3 709</i>	<i>10 418</i>	<i>-199</i>
<i>Dont résultat Soins</i>	<i>55 750</i>	<i>69 110</i>	<i>21 865</i>

9. Observations

Le bâtiment qui abrite les « » est étendu et lumineux du fait de sa configuration. Par son agencement, l'établissement offre plusieurs lieux de vie commune aux résidents.

Les résidents disposent de studios spacieux.

La contrepartie de ce vaste espace est la distribution des studios et pièces de vie et travail autour de très longs couloirs, ce qui présente un inconvénient tant pour les résidents que pour les personnels.

Par ailleurs, certaines parties du bâtiment (salles de bain, salle à manger) et de l'équipement ne sont plus adaptés au public reçu. La direction ainsi que le propriétaire en sont conscients : un programme de réhabilitation est en cours.

L'établissement a noué de nombreuses conventions de coopération en vue d'améliorer la prise en charge de ses résidents. La maison de retraite est bien intégrée dans son environnement.

D. Développement informatif

1. Détail de la récolte des données par questionnaires

Les résidents

Sur 86 résidents, il y a eu 64 questionnaires renseignés soit un taux de réponse de 74% qui est très satisfaisant.

Les personnels

Il faut relever un taux important de non-réponses et de refus de répondre de la part des personnels : en effet, 12 personnels ont refusé de répondre aux deux questionnaires soit en mettant une enveloppe vide soit en mettant un questionnaire non renseigné. Cette attitude de défiance reflète un climat de méfiance au sein de l'établissement quant à l'utilisation pouvant être faite des questionnaires par un traçage éventuel des individus par recoupement. L'analyse du fonctionnement nous apportera des éléments de réponses à ce comportement.

Fonction	Nombre total de personnels Physiques	Catégories de personnels	Nombre de questionnaires distribués et pris en compte	Nb réponses "fonctionnement"	Nb réponses "Bientraitance"
DIRECTRICE (*)	1	Direction, service administratif et animation	6	6	5
AGENTS ADM.	3				
PSYCHOLOGUE (*)	1				

ANIMATRICE	1				
GOUVERNANT	1				
MEDECIN COORDONNATEUR (*)	1				
INFIRMIERE REFERENTE	1				
A.S.H	10	Service d'entretien, de ménage ou de restauration	22	10	10
AGENTS CUISINE	7				
AGENTS NUIT	4				
AGENT TECHNIQUE	1				
INFIRMIERS	5	Personnel médical et soignant	19	11	12
AIDE-SOIGNANTE (AS)	14				
AUTRES	3	Intervenants extérieurs	3	3	3
Catégorie non renseignée				6	4
Refus de réponses				14	16
Non concernés (administration)			3	3	3
TOTAL	53		53	53	53

(*) non participation au sondage pour raisons de principe

Remarque :

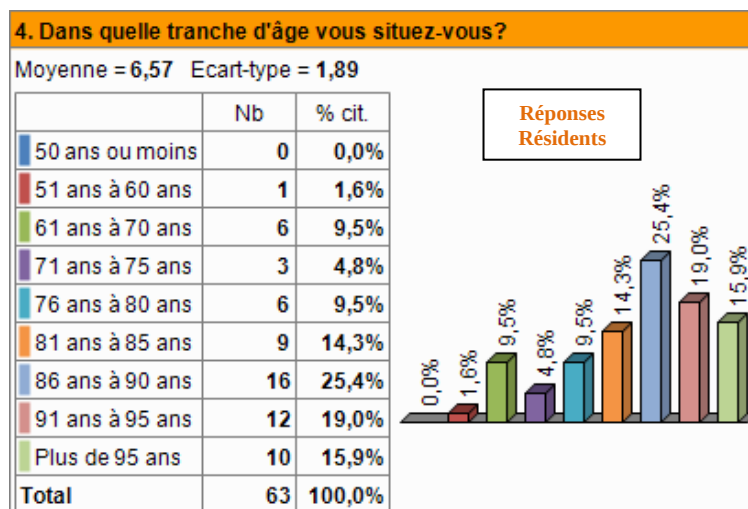
Dans l'analyse qui va suivre les taux de réponse indiqués pour chaque question correspondent au nombre de questionnaires effectivement renseignés par rapport au nombre de questionnaires déposés dans l'urne.

2. Le public reçu

a. Profil des résidents reçus

• Âges

L'âge moyen est de 88 ans en octobre 2011 et se répartit, selon les réponses obtenues, comme suit :

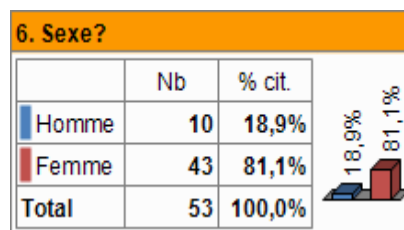


L'âge moyen des résidents est stable sur les trois dernières années

	2008	2009	2010
Nombre de personnes hébergées au 31/12	84	84	80
Age moyen des résidents	88.64	87.44	88.67

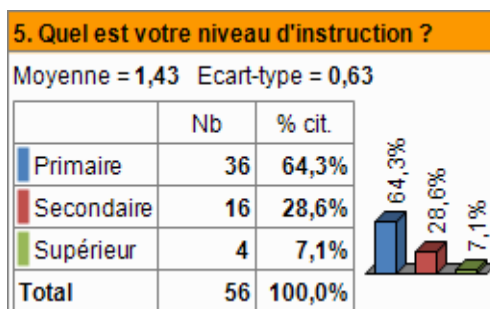
- Genre et niveau d'instruction

La population des résidents est en majorité féminine :



Réponses
Résidents

Et de niveau d'instruction « cycle primaire » :



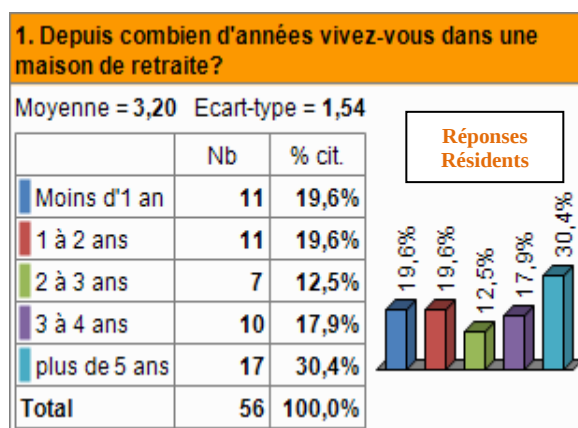
Réponses
Résidents

- La durée de séjour

La durée moyenne de séjour en maison de retraite est d'environ 4 ans mais le taux de nouvelles admissions évolue nettement à la hausse depuis 3 ans.

	2008	2009	2010
Durée moyenne de séjour	4.22	3.83	4.26
Taux de nouvelles admissions	17.44	36.91	28.75

La durée moyenne de séjour est corroborée par les réponses des résidents :



Réponses
Résidents

• L'implication des résidents dans la vie de la maison de retraite

Le Conseil de la Vie Sociale, qui se réunit trois fois par an, s'implique dans l'amélioration des conditions de vie quotidienne des résidents ainsi que l'attestent les comptes rendus examinés.

Les résidents interviennent également de façon active au sein de la Commission des Menus (qui se réunit une fois par mois).

Une représentante a été désignée par les familles et siège dans les instances de concertation sur la vie de l'établissement. Son action est appréciée aussi bien par les familles des résidents que par les personnels et la direction.

b. Le niveau de dépendance du public reçu

Ci-après, la répartition des profils GIR des résidents sur l'année et leur évolution sur 5 ans : (en%)

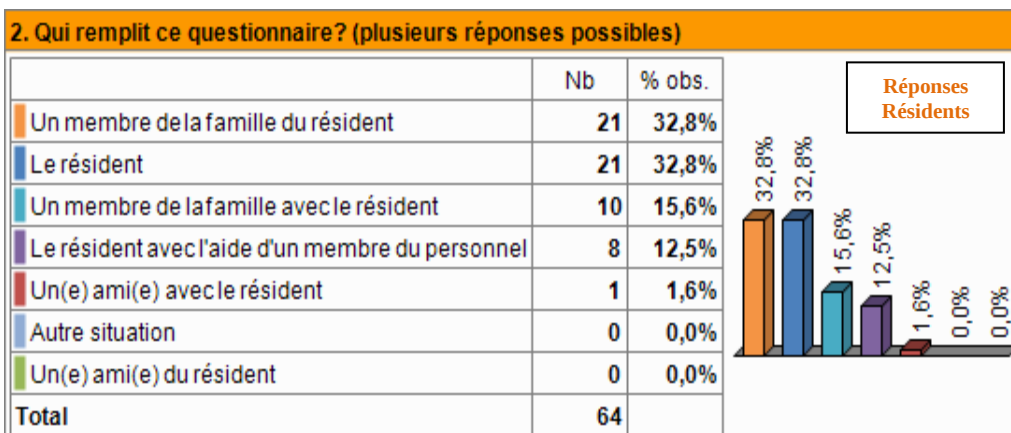
GIR	2008	2009	2010	Sept. 2011
GIR 1	24,57	28,07	24,15	31,43
GIR 2	33,79	30,51	25,57	31,43
GIR 3	20,47	13,17	19,84	11,55
GIR 4	8,77	21,69	21,64	18,90
GIR 5	4,96	1,97	3,83	3,12
GIR 6	7,44	4,60	4,97	3,56
GMP	575,31	614,69	578,17	635,24

Le GIR Moyen pondéré (GMP) pour l'année 2011 est budgétisé pour 629.29.

Le GMP, qui reste élevé pour une maison de retraite non spécialisée, évolue en dents de scie sur la période.

Il ne reflète toutefois pas l'évolution à la hausse de la charge de soins liée à un public de résidents connaissant de plus en plus de troubles cognitifs (perte de repères et refus d'acceptation de la réalité...) et physiques. Cet état de fait nous a été confirmé lors des entretiens avec le personnel. De plus en plus de résidents sont en fauteuil et les sollicitations pour cause de pertes de repères sont plus importantes.

Pour aller dans le même sens, près d'un tiers des questionnaires ont été remplis par la famille du résident seule et un autre tiers des résidents s'est fait aidé par un tiers (famille, personnel, ami) :



c. Observations

Les, conçues à l'origine pour des personnes valides, accueillent une population de résidents, en majorité de sexe féminin, de plus en plus âgée et dépendante. Cette évolution a, d'une part, une incidence certaine sur la charge de travail des équipes et, d'autre part, nécessite des travaux d'aménagement de la résidence visant à améliorer la prise en charge des résidents et à faciliter le travail des personnels.

3. Organisation et Encadrement

L'EHPAD emploie à titre permanent 43 personnes physiques qui sont gérées directement par l'association. Le nombre total de postes autorisés est de 48,11 ETP pour 2011, soit un ratio d'encadrement tous postes confondus de 0.56.

[à titre indicatif le ratio national est de 0.61 cela représenterait un écart de 0.05 postes permanents pour l'établissement] –

L'EHPAD est organisé autour de 4 pôles : Administration, Soins, Hébergement/Restauration et Animation.

a. L'équipe administrative et de direction

Postes	Personnes physiques	ETP
Directeur	1	1
Agents Administratifs	3	3
Total	4	4

b. Le personnel soignant

Postes	Personnes physiques	ETP
Médecin coordonnateur	1	0,30
Infirmière référente	1	1
Infirmiers	5	5.15
Aides-soignants	12	14.16
Psychologue	1	0,50
Total	20	21.4

c. Les autres personnels

Postes	Personnes physiques	ETP
Gouvernant	1	1
Animation	1	0,64
Agents de service-restauration	6	5
ASH* (affectés au ménage et à la surveillance)	14	16.36
Total	22	23

*Dont ASH veilleurs de nuit

4

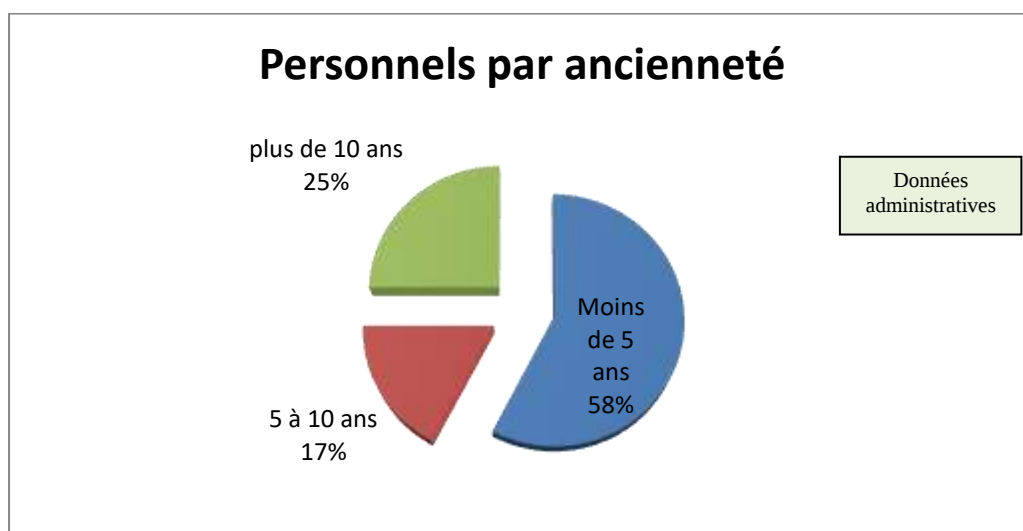
d. Autres données sur le personnel

L'évolution des personnels sur les 3 dernières années est la suivante :

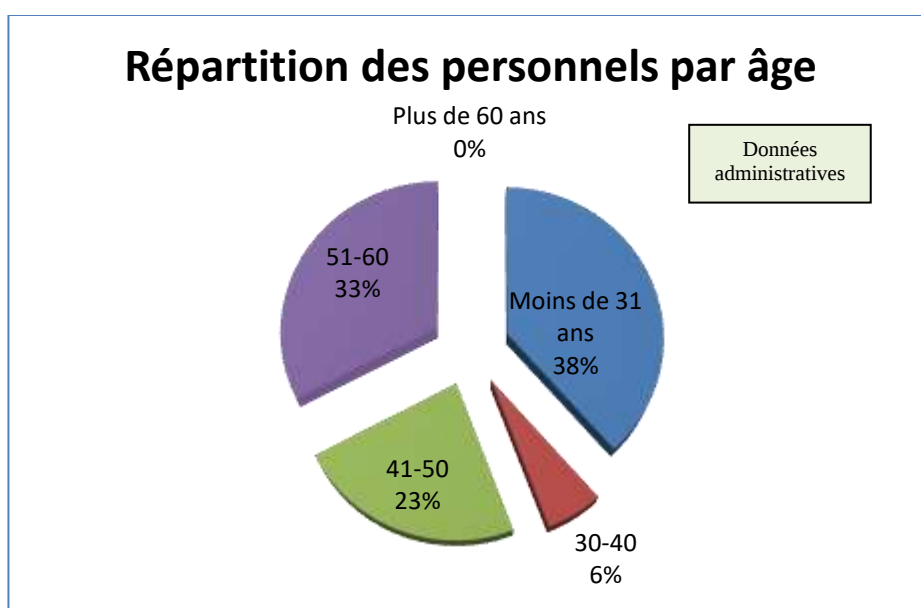
	2008	2009	2010
Nombre de postes en ETP	45.025	49.09	49.09
Nombre de temps partiels en ETP	13.025	10.14	10.14
Nombre de temps complets en ETP	32	33	33
Ancienneté moyenne des salariés	8.67	8.67	8.67

Le personnel est très largement féminisé : 15% d'hommes pour 85% de femmes.

Le personnel arrivé depuis moins de 5 ans est majoritaire au sein de l'établissement comme le montre le tableau suivant :



Le personnel est d'âge moyen (selon les fichiers administratifs) : une moyenne d'âge de 44 ans avec une forte polarisation, les moins de 40 ans et les plus de 50 ans qui sont les plus nombreux.



Le personnel des est fortement polarisé. Faut-il y voir une des clés à l'attitude de défiance constaté vis-à-vis des questionnaires de l'évaluation externe ? Cette situation a certainement une incidence sur le fonctionnement de l'établissement ?

4. La qualité du service

a. Le projet personnalisé de vie

Depuis mars 2007, les projets personnalisés ont commencés à être établis en réunion d'équipe sous la supervision de la psychologue et de l'infirmière référente. Les réunions qui étaient mensuelles au départ, se tiennent depuis 2 ans tous les 15 jours.

Un projet personnalisé de vie est systématiquement réalisé pour chaque résident entrant. Ce projet a également été élaboré en équipe pluridisciplinaire pour les résidents présentant des problématiques spécifiques.

Au début de la mise en place des projets personnalisés, chaque résident disposait d'un référent au sein du personnel. Cette méthode a été abandonnée en raison de la difficulté de mise en œuvre.

Les réunions font l'objet de synthèses collées dans des cahiers de format A4 selon un ordre chronologique. Ces cahiers sont à la disposition de tout le personnel dans les locaux de l'administration.

Les synthèses sont articulées comme suit :

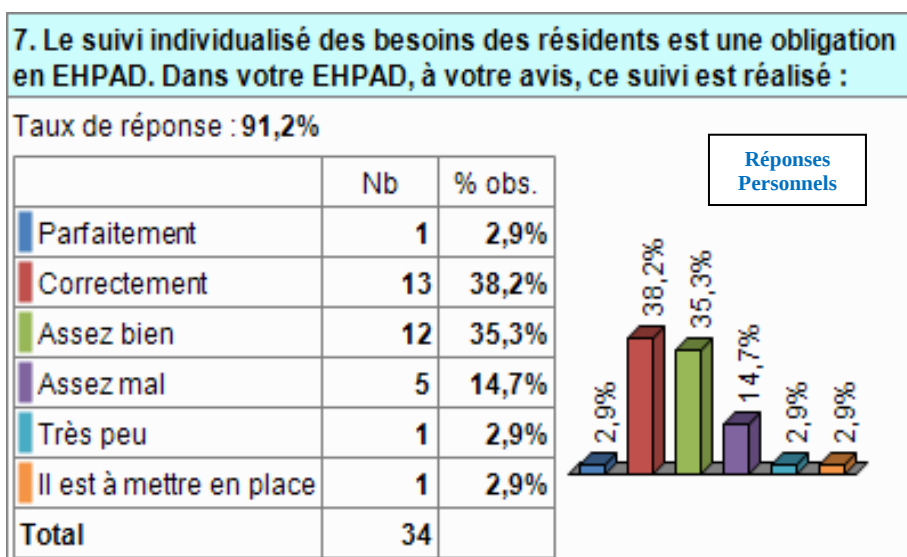
- ⇒ Synthèse du parcours de vie du résident
- ⇒ Liste du personnel participant à la réunion (nom et qualité)
- ⇒ Observations de la famille et de l'équipe
- ⇒ Demande du résident
- ⇒ Objectifs déclinés en objectifs soins, motricité, autonomie, vie relationnelle.

A la date du présent rapport d'évaluation, 67 projets personnalisés de résidents ont été réalisés.

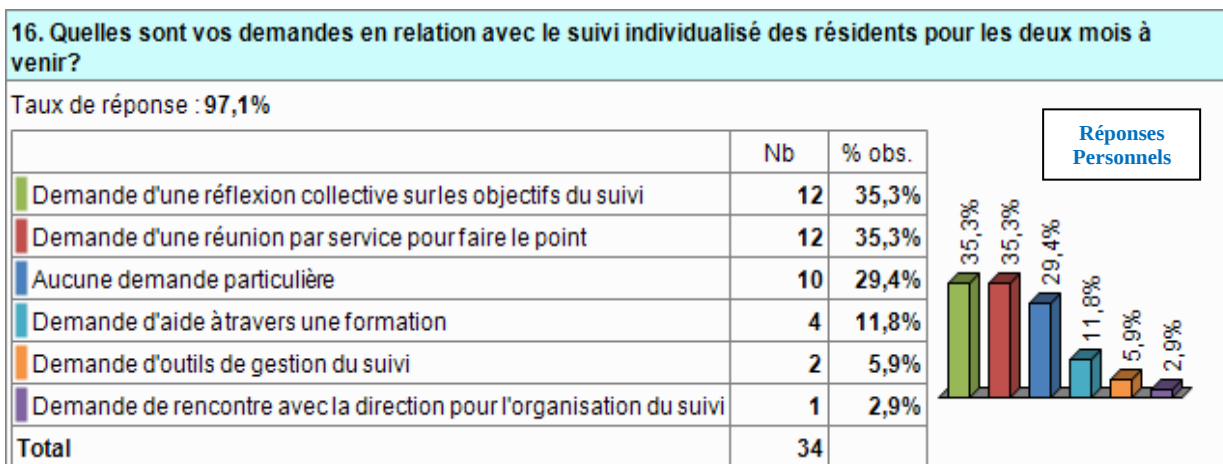
Les réunions des équipes ayant lieu pendant le temps de travail, les équipes ne disposent pas de suffisamment de temps pour traiter du cas de tous les résidents et surtout pour procéder à l'actualisation semestrielle de chaque projet.

Une réflexion est en cours par la psychologue et l'IDE référente en liaison avec d'autres EHPAD pour trouver des solutions à ces contraintes de temps et de budget.

76.4% du personnel considèrent que le suivi personnalisé est correctement assuré aux



Comme le montre le tableau ci-dessous, plus de 2 employés sur 3 sont en demande de concertation et de recentrage sur les objectifs du suivi individualisé :



b. L'organisation et la qualité de l'accueil

L'accueil est assuré par le personnel administratif 7 jours sur 7 de 8h/12h – 13h30/19 heures, le week-end de 8h/12h30 – 13h30/17h30.

Le projet de vie de l'établissement datant de juin 2004 a été rédigé au cours d'un travail en groupe du personnel, de la direction et des familles. Il organise le séjour aux depuis l'admission. Une partie du document s'intéresse à l'accueil du résident les premiers jours sous forme de note au personnel.

Chaque résident dispose d'un appel malade dans sa chambre. Certains résidents (jugés en capacité de l'utiliser) dispose d'un « biper » permettant d'appeler l'équipe soignante présente (IDE / AS).

Il est assez remarquable de noter que, par l'organisation du planning du personnel administratif, l'encadrement de l'établissement a réussi à mettre en place un accueil 7 jours sur 7.

De fait, l'accueil ne semble pas poser de problèmes particuliers que ce soit aux résidents comme aux personnels. Les entretiens individuels effectués n'ont pas mis en évidence de problèmes particuliers tant au niveau de l'accueil à l'admission que de l'accueil des familles.

(voir questionnaire résident question N°8 et questionnaire personnel question n°11)

c. La prévention des risques

Il existe une quarantaine de procédures et protocoles concernant l'ensemble des activités de l'établissement.

Risque alimentaire

Toutes les activités liées à la restauration font l'objet de contrôles externes sous la responsabilité de la société Languedoc Restauration (voir document en annexe 5).

Risque professionnel

Le Document unique présenté est daté du 30/06/2006. Il est prévu de le réviser en 2012. Il serait souhaitable qu'il intègre lors de sa révision la prévention des risques psycho-sociaux.

Le traitement des réclamations des personnels et des résidents

Les réclamations arrivent oralement, par courrier ou par les comptes-rendus de la psychologue ou des soignants (sur Titan).

- Les réclamations transmises par courrier ou oralement à la directrice font l'objet d'une discussion lors de la réunion cadres hebdomadaire. Une réponse écrite est adressée.

- Chaque service dispose d'un cahier destiné à noter les réclamations des résidents. Ces cahiers sont regroupés à l'infirmerie et sont revus lors de la réunion cadres. Il y est également répondu par écrit sur le cahier. La réponse est datée.

Il n'existe pas de système de classement spécifique et d'analyse - synthèse annuelle des réclamations.

Les réclamations du personnel se font par l'intermédiaire des délégués du personnel et par le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail). Le CHSCT est un outil très efficace comme le précise la direction.

d. L'animation

L'animation est coordonnée par une animatrice salariée présente dans l'établissement 4 jours par semaine. Cependant, l'ensemble du personnel est impliqué dans les activités proposées aux résidents ainsi que la représentante des familles. L'établissement est également très ouvert sur son environnement extérieur : membre de l'association Coord'âge, appel à des intervenants extérieurs pour certaines activités (gymnastique, taï chi, musicothérapie, bibliothèque....).

Les activités proposées se déroulent dans plusieurs lieux de vie en commun afin de rendre convivial l'établissement : salle de réunion du 3^{ème} étage, petits salons des étages, jardin,....L'animatrice dispose également d'une salle d'activités au rez-de-chaussée de l'établissement ainsi que d'un minibus pour les sorties à l'extérieur.

En collaboration avec la psychologue, un projet d'animation a été rédigé en septembre 2011. Il décrit la politique de l'établissement pour ce secteur qui est de « permettre une mixité, de faciliter l'établissement d'un lien entre tous les résidents, quel que soit leur degré d'autonomie et de dépendance ». Il est articulé autour de trois objectifs :

- « - favoriser les relations entre les résidents,
- dynamiser et maintenir les acquis cognitifs des résidents,
- les distraire. »

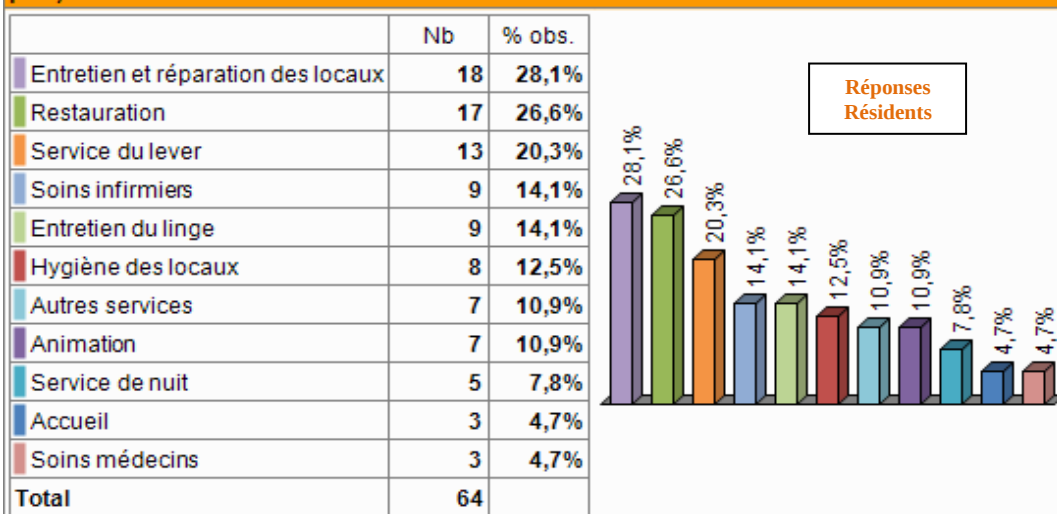
Les activités proposées sont riches et diversifiées. Un programme type mensuel a été élaboré (*voir annexe 6*).

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'enquête auprès des résidents sur l'adéquation du service rendu. Il conviendrait de réviser chaque année le projet d'animation sur la base d'un bilan des actions et des résultats d'un questionnaire de satisfaction.

Avis des résidents

Ce service ne semble pas poser de problèmes particuliers aux résidents :

8. Sachant qu'il n'est pas possible qu'un service ne rencontre pas de difficultés, désignez les trois services qui vous semblent rencontrer le plus souvent des problèmes: (3 réponses au plus)



e. Les soins

Le secteur des soins est important dans le fonctionnement de tous les EHPAD.

Aux, ce secteur est placé sous la responsabilité d'une IDE référente qui consacre la totalité de son temps de travail à la coordination et à l'organisation des soins.

Le projet d'établissement en cours de formalisation met l'accent sur la prise en charge des toilettes, les outils de travail facilitant la gestion des soins, le délai de réponse aux sollicitations, le temps de parole des agents (atténuer la lourdeur psychologique du travail) et la prise en charge des résidents la nuit.

L'organisation et la prise en charge des soins sont formalisées par plusieurs documents :

- le dossier médical du résident sous versions papier et informatique accessible à tous les intervenants du secteur,
- les protocoles de soins en cours de réalisation
- le Plan bleu en cas de canicule,
- les conventions de coopération avec le réseau SPHERES (soins palliatifs), le pôle gériatrique du CHU de Montpellier, le réseau Plaies et cicatrises, l'APARD (pour l'hospitalisation à domicile).

Les graphiques suivants et les entretiens nous ont montré que les soins proprement dits ne posent pas de problèmes notables. Par contre, les soins de jour (nursing), en particulier au lever, posent question.

L'explication de cette difficulté est à rechercher dans deux directions :

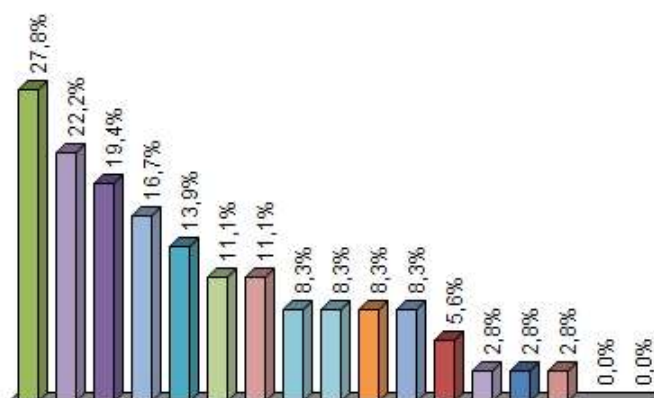
- ⇒ La charge de travail importante
- ⇒ L'adaptation du personnel aux nouvelles tâches.

Avis du personnel

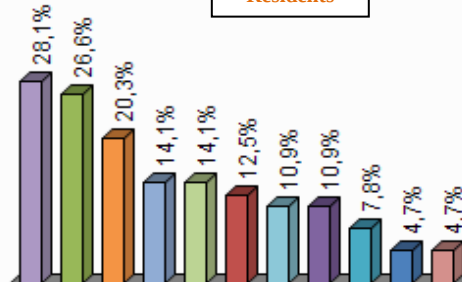
11. Sachant qu'il n'est pas possible qu'un service ne rencontre pas de difficultés, désignez les trois services qui vous semblent rencontrer le plus souvent des problèmes:(3 réponses au plus)

Taux de réponse : 80,6%

	Nb	% obs.
Soins de jour (toilette,nursing,...)	10	27,8%
Organisation du travail au quotidien	8	22,2%
Service de nuit	7	19,4%
Service d'accompagnement du petit déjeuner	6	16,7%
Restauration	5	13,9%
Planning	4	11,1%
Soins infirmiers	4	11,1%
Hygiène des locaux	3	8,3%
Autres services	3	8,3%
Service à table	3	8,3%
Animation	3	8,3%
Entretien et réparation des locaux	2	5,6%
Autres intervenants	1	2,8%
Accueil	1	2,8%
Organisation administrative	1	2,8%
Service hébergement	0	0,0%
Soins médicaux (autres qu'infirmiers)	0	0,0%
Total	36	

**Réponses
Personnels**

Avis des résidents
8. Sachant qu'il n'est pas possible qu'un service ne rencontre pas de difficultés, désignez les trois services qui vous semblent rencontrer le plus souvent des problèmes: (3 réponses au plus)

	Nb	% obs.
Entretien et réparation des locaux	18	28,1%
Restauration	17	26,6%
Service du lever	13	20,3%
Soins infirmiers	9	14,1%
Entretien du linge	9	14,1%
Hygiène des locaux	8	12,5%
Autres services	7	10,9%
Animation	7	10,9%
Service de nuit	5	7,8%
Accueil	3	4,7%
Soins médecins	3	4,7%
Total	64	

**Réponses
Résidents**

Les soins médecins

Les résidents sont libres du choix de leur médecin traitant, qui sont des libéraux extérieurs à l'établissement.

Un médecin coordonnateur est présent dans l'établissement. Il s'assure de la qualité des soins dispensés au sein de l'établissement et des bonnes pratiques gériatriques.

Il reçoit en entretien d'admission les futurs résidents et leur famille pour s'assurer de l'adéquation entre les besoins des candidats et les possibilités de l'établissement.

Les soins infirmiers

L'établissement emploie 5 temps complets. L'organisation du travail permet d'assurer la présence de 2 infirmiers du lundi au vendredi de 6h30 à 18h 30 et d'un infirmier de 18h30 à 20h30 ; le week-end, deux infirmiers sont présents de 8h30 à 12h30 et un de 6h30 à 8h30 et de 12h30 à 20h30.

Les principales tâches effectuées sont la préparation et la distribution des médicaments, les pansements, la veille des résidents malades et le suivi des rendez-vous médicaux.

Au niveau matériel, l'équipe infirmière dispose de ce dont elle a besoin et notamment au niveau de la prévention. Les locaux de l'infirmier restent cependant exiguës.

L'infirmière référent fait un point rapide tous les matins avec son équipe et tous les jeudis matins une réunion d'équipe plus approfondie et axée sur les résidents est programmée.

L'équipe actuellement présente est jeune. Elle est stable depuis fin 2010, l'année 2010 ayant été marquée par deux départs à la retraite.

Les protocoles de distribution des médicaments

Le circuit de distribution des médicaments semble bien maîtrisé par les infirmiers. Les piluliers doivent être établis 4 jours à l'avance par les infirmiers de service.

Un projet de partenariat est en cours de négociation afin de mettre en place la Préparation des Doses à Administrer (PDA) par une pharmacie partenaire. Le nouveau dispositif devrait être opérationnel en février 2012. Cette option aurait l'avantage de libérer les infirmiers d'une tâche chronophage et leur laisserait plus de temps pour s'occuper des résidents. Elle vise également à faciliter la traçabilité du médicament (chariots dédiés avec des ordinateurs et un système de codes-barres) et un meilleur suivi de la distribution qui sera informatisée (la fiche médicament de chaque résident sera illustrée de sa photographie).

Les soins de jour

L'équipe des aides-soignantes est la plus importante en nombre de l'établissement. La charge de travail est importante en raison du nombre de résidents et du niveau de dépendance. C'est l'équipe qui souffre le plus de l'inadaptation du bâtiment au public accueilli : douches et longueur des couloirs notamment.

C'est également l'équipe qui connaît le plus de turn-over et donc qui accueille le plus remplaçants. Ces remplaçants connaissent la maison et sont de ce fait opérationnels.

Le plan de soins de chaque résident existe sous format papier dans un classeur à l'infirmier. Il est en train d'être informatisé. Cette évolution permettra un meilleur suivi des tâches grâce à l'équipement des soignants d'ordinateurs et « zapettes » : les informations seront intégrées dans les données du logiciel Titan en temps réel.

L'examen des plannings (qui ont été élaborés avec l'équipe) et du mode d'organisation du travail met en évidence :

- pour diminuer le nombre d'horaires en « coupées », le personnel présent le matin et le soir a été réduit et réparti plus rationnellement ;
- la charge de travail pour le personnel présent est donc plus dense ;
- pour les résidents, il en résulte un étalement des toilettes sur la matinée, avant et après le petit déjeuner.

Les soins à effectuer auprès des résidents tout au long de la journée (toilettes, coucher...) sont codifiés dans 5 listes : AS 1 à 5. Les plannings sont définis pour la semaine. Les personnels sont affectés à tour de rôle à chacune des listes, ce qui permet :

- à tous de connaître tous les résidents par roulement,
- de répartir les cas lourds sur l'ensemble de l'équipe,
- d'éviter tout favoritisme.

Les soins de jour sont désignés par le personnel comme le problème rencontrant le plus de difficultés de fonctionnement : il faut sans doute y voir l'incidence des problèmes posés par un profil de résidents plus dépendants et par le bâtiment (charge de travail accrue) et par un recours important à du personnel de remplacement.

Ils sont cités en 3^{ème} position par les résidents : si l'actuelle organisation du travail est plus favorable aux personnels, elle réduit le nombre de personnes disponibles pour les résidents à des moments importants de la journée à savoir le lever surtout et le coucher.

Le service de nuit

Ce service est assuré par 4 veilleurs. La nuit, de 20h30 à 6h30 du matin, deux veilleurs de nuit sont présents dans l'établissement pour assurer la sécurité des résidents. En parallèle, l'un d'eux affecté en buanderie et le deuxième a des tâches de ménage (parties communes) à effectuer durant son service. Les veilleurs font fonction d'AS, leur travail se limitant à effectuer des changes, ils doivent aussi répondre aux sonnettes.

Le service de nuit est cité en 3^{ème} position des services à problèmes par le personnel (près de 20% des citations) alors qu'il est peu évoqué par les résidents. On peut penser ici que les conséquences des tâches non faites la nuit retombent sur les équipes de jour.

Au cours des entretiens individuels, il a été soulevé le problème suivant : au sein de l'équipe de nuit, certains prennent leur travail à cœur et estiment être là en priorité pour le résident et d'autres ne s'occupent que des tâches matérielles assignées.

Peut-être faudrait-il tendre vers la présence d'un AS la nuit ?

Soins paramédicaux d'autonomie et de bien-être

Les résidents peuvent bénéficier des prestations de kinésithérapie, pédicure, coiffure (une fois par semaine). Ces prestations sont assurées par des professionnels libéraux rattachés à l'établissement et sont à la charge du résident (sauf prise en charge par l'assurance maladie).

f. Les locaux – Le linge : entretien, propreté et hygiène

L'entretien des locaux et du linge est sous la responsabilité du Gouvernant.

Linge

L'entretien du linge plat ainsi que des tenues du personnel est sous-traité à la société Initial. Le linge personnel des résidents est entretenu au sein de l'établissement : une personne est affectée à la buanderie dans la journée ainsi que la nuit. En buanderie, un circuit du linge est mis en place pour éviter toute pollution du linge propre. Cette organisation doit être renforcée par la mise en place de sas de séparation.

Locaux

Le planning d'entretien des locaux prévoit :

- le ménage à fond dans les chambres de chaque aile deux fois par semaine ; en fonction de la situation du résident, certaines chambres sont faites tous les jours ;
- la prévention de la légionellose (faire couler l'eau dans les bras morts) ;
- le nettoyage des parties communes tous les jours.

Sur la porte de chaque studio sont indiqués le protocole de ménage à respecter eu égard au résident présent et le protocole légionellose.

Des efforts importants ont été faits par l'établissement pour mettre à la disposition du personnel du matériel plus ergonomique : facilitation de la manipulation des chariots de ménage, dosage automatique des produits de ménage, nettoyage par imprégnation...

Avis des résidents

Nous avons constaté une très bonne organisation de l'entretien du linge. Les mécontentements dans ce domaine, viennent plutôt du linge égaré par manque de marquage. Si au début du séjour, les familles des résidents marquent d'une façon scrupuleuse le linge, avec le temps elles sont plus négligentes.

g. La restauration

La restauration est en général un secteur décrié, mais au vu du tableau de bord relationnel (*voir en annexe 10*), c'est un secteur qui fonctionne correctement.

Le service de restauration est supervisé par le Gouvernant, responsable de l'hébergement et de la restauration.

Depuis le mois d'août 2011, la cuisine est sous la responsabilité de la société Languedoc Restauration qui met à la disposition de l'établissement trois personnes dont le cuisinier. L'équipement utilisé appartient à la maison de retraite. La plonge est assurée par le personnel des Les normes de la méthode HACCP sont en vigueur et leur application est prise en charge par Languedoc Restauration.

La cuisine est faite sur place. C'est un avantage pour les résidents qui profitent d'une cuisine familiale.

Une commission des menus a été mise en place en septembre 2011. Elle se réunit depuis chaque mois. Les comptes-rendus font état d'une nette satisfaction des résidents quant au changement de système de restauration intervenu au cours de l'été.

Avis des résidents

La restauration est l'un des services à difficultés les plus cités par les résidents (*voir question n° 8 questionnaire résident*), ce qui va à l'encontre des propos recueillis en entretien et de l'étude documentaire. C'est une situation habituelle dans les collectivités qui montre l'importance accordée à la nourriture par les résidents. Cependant comme nous l'avons dit, la prestation est jugée correcte (voir tableau de bord relationnel). Cependant ce service doit être l'objet d'un suivi attentif de l'équipe de direction. Nous préconisons l'organisation des enquêtes de satisfaction auprès des résidents au moins deux fois par an ; cette évaluation pourrait être conduite par l'animatrice.

h. Le service de table

Tous les repas sont servis en salle à manger par le personnel des : serveur, AS, auxiliaire de vie. Le service en chambre peut être assuré en fonction de l'état de santé du résident.

Il est assuré deux services de repas pour le déjeuner et le dîner, le premier service étant destiné aux résidents les plus dépendants et qui nécessitent davantage d'assistance (présence d'AS).

Les horaires de repas précisés ci-après respectent les règles de jeûne nocturne et le rythme de vie des résidents :

Repas	1 ^{er} service	2 ^{ème} service
Petit Déjeuner	7h/8h (uniquement en chambre)	8h/9h30 (uniquement en salle à manger)
Déjeuner	11h30/12h	12h/13h
Dîner	18h/18h45	19h/20h

Un goûter est servi à 16 heures en salle de télévision ou dans le hall d'entrée uniquement.

i. L'accompagnement en fin de vie

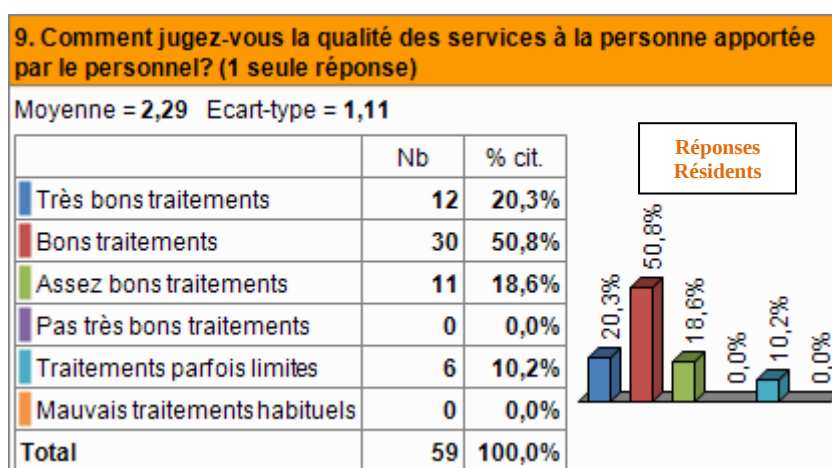
La prise en charge de la fin de vie est une des préoccupations de la direction de l'établissement. L'équipe des essaie dans la mesure du possible d'éviter le recours à l'hospitalisation, traumatisante. Elle apporte un soutien psychologique au résident et vise à faciliter la présence soutenue des familles à chaque instant.

La prise en charge de la douleur, les soins palliatifs sont assurés au sein de l'établissement grâce au réseau SPHERES.

L'accompagnement de la personne dans ses derniers instants est pris en charge, avec la famille et dans le respect des convictions religieuses.

j. Observations sur la qualité du service

L'équipe de la maison de retraite apporte un service de qualité à des résidents de plus en plus demandeurs car de plus en plus dépendants à leur arrivée dans l'établissement. Les résidents sont satisfaits des services rendus à 89.7%.



Ceci dit, des services ont connu dans un passé récent des difficultés :

- pour la restauration, difficultés qui ont conduit à une réorganisation qui semble donner satisfaction,
- pour l'entretien des locaux, à mettre en lien avec la vétusté des équipements (salle de bain, salle à manger) ; la direction, consciente de ces difficultés a demandé au propriétaire des travaux de réaménagement et de réfection. Les travaux d'agrandissement de la salle à manger ont commencé.

De même, il faut noter que de gros efforts sont faits pour investir dans des matériels qui facilitent les tâches des personnels (ménage, soins...)

Nous sommes ici dans un établissement qui se veut attentif aux difficultés des personnels et des résidents et plutôt dynamique dans la recherche de solutions pour accroître la qualité de service aux résidents.

Cependant, certains services connaissent des difficultés dans leur fonctionnement qui commencent à rejaillir sur la qualité du service rendu : soins de jours, soins infirmiers.

Compte tenu de l'évolution prévisible de la population des résidents, il convient d'être attentif aux raisons de ces dysfonctionnements. Comment analyser ces difficultés ? Quel sens leur donner ?

Une partie des réponses se trouve dans l'analyse du fonctionnement.

5. La qualité du fonctionnement

La qualité du fonctionnement d'un établissement dépend de plusieurs facteurs :

- Des moyens mis à la disposition des personnels et des résidents
- De la politique de la direction

- De la qualité du relationnel entre le personnel et la direction
- De la qualité des relations entre personnels et services
- De la culture de la communauté

a. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement est le premier élément qui donne sens à la politique de l'établissement.

Le projet d'établissement des, qui est en cours de refonte depuis 2008, est en relecture finale auprès de l'URIOPSS. Les éléments dont nous avons pris connaissance sont une déclinaison de la finalité de l'établissement qui est « Accueillir la personne et l'aider à se positionner face aux évolutions financières et psychiques auxquelles elle est confrontée et l'accompagner dans le cadre de son nouvel environnement et en faisant en sorte qu'elle continue à avoir prise sur sa vie. »

Le nouveau projet d'établissement qui couvre la période 2011/2015 s'articule autour de 5 grands champs d'intervention pour lesquels un objectif général, des objectifs intermédiaires et des objectifs opérationnels ont été fixés ; pour chaque objectif opérationnel, il a été identifié les ressources et moyens à mobiliser.

Les 5 axes du projet d'établissement sont les suivants :

- ⇒ la vie quotidienne
- ⇒ l'animation et la vie sociale
- ⇒ la santé et les soins
- ⇒ les partenariats
- ⇒ les procédures.

Le projet d'établissement s'appuie sur les résultats de l'évaluation interne finalisée en 2011. Des groupes de travail issus des personnels pilotés par l'URIOPSS ont travaillé sur les différents thèmes. En parallèle, l'équipe de direction s'est penchée sur son mode de fonctionnement et sur le système de délégation de tâches, avant de valider les travaux des groupes de travail.

Le projet d'établissement doit être finalisé pour le 31/12/2011.

Il doit faire l'objet d'une diffusion auprès des personnels selon des modalités à définir afin que les équipes se l'approprient comme un outil de travail.

b. Démarche qualité et Évaluation interne

La démarche qualité fait partie intégrante de la culture des Elle a de longue date été accompagnée par une démarche d'évaluation interne. Dès avril 2001, le rapport d'autoévaluation présente une analyse complète de la structure et du fonctionnement.

Ce rapport définit les points forts et les points faibles de l'époque avec la mise en place d'une stratégie d'amélioration continue très structurée. Beaucoup d'objectifs énoncés à cette époque ont été mis en place.

Cette démarche qualité et d'évaluation a été reprise par la direction dès décembre 2007 et s'est terminée en décembre 2010. Fort du rapport d'autoévaluation de 2001 qui positionnait le cadre général de l'EHPAD, la directrice a orienté son évaluation interne sur deux axes :

- La place de la bientraitance au sein de l'EHPAD (travail de groupe et synthèse)
- Les conditions de travail des personnels (rapport du Cabinet Géométrie variable)

Si le rapport de 2001 était très structuré, nous avons trouvé que l'évaluation interne menée depuis 2007 nécessite de regrouper dans un document synthétique le travail fait. A la suite de cette observation, la directrice a rédigé une synthèse des travaux menés et a dégagé un plan d'actions. Ce document nous a été remis courant décembre 2011.

Les axes de progrès dégagés sont cohérents avec l'évolution de l'établissement tant au niveau des publics accueillis que des besoins des personnels.

En ce qui concerne les aspects communication et diffusion des projets d'amélioration issus de l'évaluation interne, l'enquête menée ainsi que les entretiens mettent en évidence quelques insuffisances surtout pour la diffusion des projets d'amélioration retenus.

La dynamique qui apparaît dans l'évaluation interne s'est déjà concrétisée à travers :

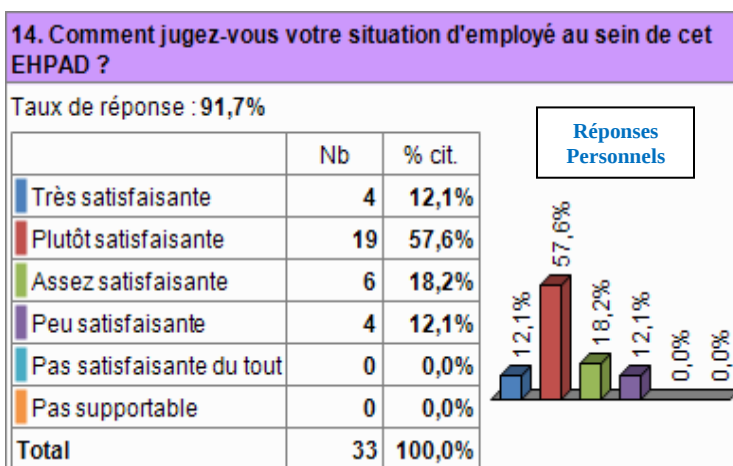
- la réhabilitation des locaux : salle de restauration, salles de bain, buanderie...
- le circuit du médicament,
- l'informatisation du plan de soins.

Enfin nous recommandons que la prochaine évaluation interne s'organise soit en prenant un cabinet qui accompagne la démarche soit en organisant son déroulement à travers une planification et des outils qui facilitent la rédaction du rapport final.

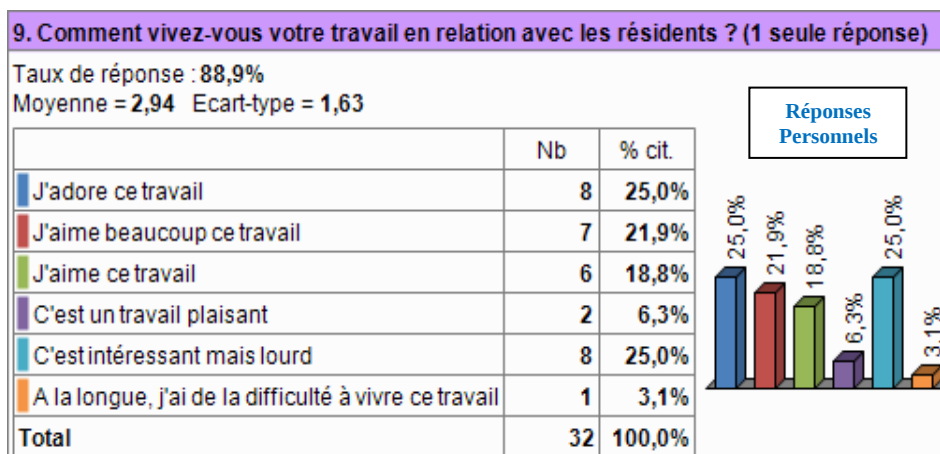
c. Le vécu du personnel

La satisfaction du personnel, la qualité des relations entre personnels et avec les résidents sont autant d'éléments qui déterminent la qualité du service rendu :

Les personnels qui ont répondu au questionnaire sur le fonctionnement jugent leur situation bonne à 88 %.



Quand les personnels sont interrogés sur le vécu de leur travail en relation avec les résidents, leur sentiment est plus mitigé :



Une majorité des personnels aime son travail (66%) mais pour une forte minorité (34,3%), ce travail, lié à la prise en charge des résidents est moyennement apprécié.

Qui sont ces personnels ?

Nous avons réalisé une étude approfondie (voir annexe 1) sur le vécu des personnels en fonction de l'âge. Le tableau ci-dessous résume cette étude :

Situation_face_résidents/Fonction	Moins de 40 ans	Plus de 41 ans	
<i>Travail fait avec plaisir</i>	23% Situation normale en fonction de l'âge	27% Personnel motivé	49%
<i>Travail vécu comme pesant</i>	12% Situation inquiétante	8% Situation normale en fonction de l'âge	20%
<i>Refus de réponses</i>	10%	22%	31%
Totaux par profil d'âge	45%	55%	100%

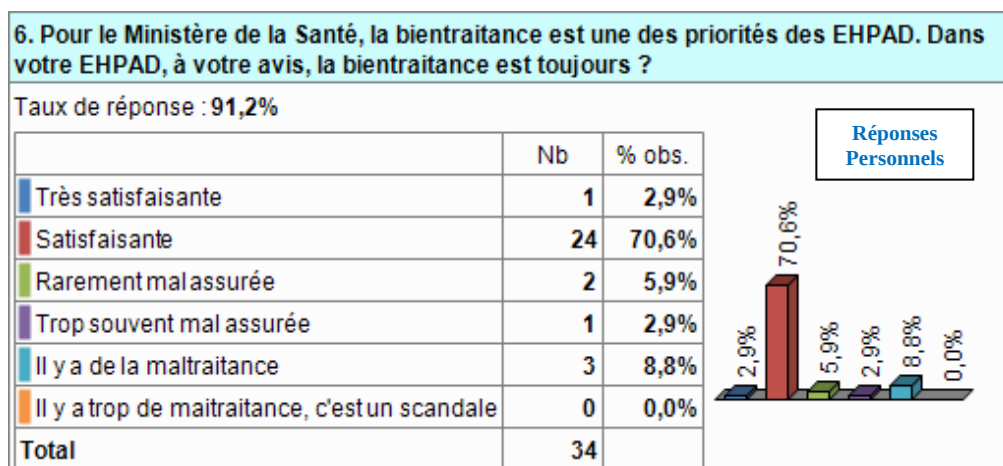
d. La bientraitance

La bientraitance est une recommandation de bonne pratique incontournable dans l'évaluation d'un établissement. Les rares établissements qui ont maltraité les résidents ont jeté sur la profession un discrédit. Dans les faits, la majorité des établissements ont fait depuis longtemps de la bientraitance leur raison de travailler.

Nous allons d'abord examiner l'appréhension de la notion de bientraitance par le personnel des avant d'analyser le point de vue des résidents.

Pour évaluer la place de la bientraitance au sein des, nous avons d'abord entendu le personnel à travers un questionnaire orienté « bientraitance » (l'autre questionnaire portant sur le fonctionnement).

La question directe sur la place de la bientraitance dans l'EHPAD donne le résultat suivant :



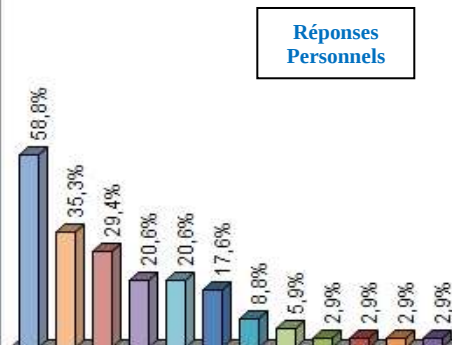
A plus de 79%, le personnel qui a répondu au questionnaire considère la bientraitance comme bien assurée. Toutefois, 4 employés ne partagent pas l'avis général.

Quand on analyse le tableau suivant sur les attitudes négatives constatées, on note que les 3 comportements les plus fréquemment cités par le personnel sont le manque de patience, le manque d'investissement dans le travail et le manque d'application dans le travail.

14. Au cours des deux derniers mois, quelles sont les attitudes négatives les plus fréquentes que vous avez constatées dans les relations des professionnels avec les résidents ? (trois réponses au plus)

Taux de réponse : 88,2%

	Nb	% obs.
Manque de patience	20	58,8%
Manque d'investissement dans le travail	12	35,3%
Manque d'application dans le travail	10	29,4%
Manque de conscience professionnelle	7	20,6%
Manque de respect des désirs des résidents	7	20,6%
Familiarité	6	17,6%
Indifférence ou ignorance	3	8,8%
Manque de respect de l'intimité des résidents	2	5,9%
Vulgarité ou insulte	1	2,9%
Agressivité	1	2,9%
Manque de considération du résident ou des familles	1	2,9%
Pressions ou chantage	1	2,9%
Total	34	

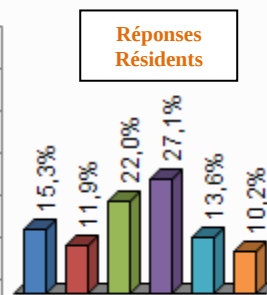


Quel est l'avis des résidents et des familles ?

10. Pensez-vous que le personnel fait son possible pour répondre aux besoins des résidents?(1 seule réponse)

Moyenne = 3,42 Ecart-type = 1,52

	Nb	% cit.
Toujours	9	15,3%
Très souvent	7	11,9%
Souvent	13	22,0%
En général	16	27,1%
C'est un peu juste	8	13,6%
Il ne fait que le minimum obligatoire	6	10,2%
Total	59	100,0%

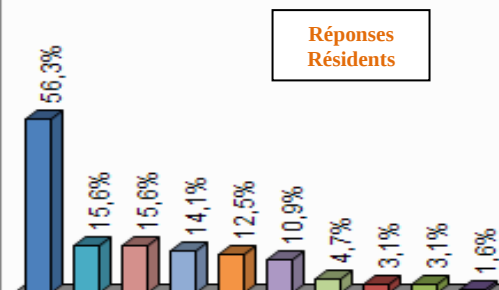


Les réponses sont partagées : 49,2% ont une opinion favorable, et 50,8% défavorable.

Les avis négatifs prédominent chez les résidents et leurs familles.

12. Il y a-t-il des attitudes négatives et fréquentes que vous constatez dans les relations entre professionnels et résidents ? (3 réponses au plus)

	Nb	% obs.
Aucune sauf très exceptionnellement	36	56,3%
Indifférence ou ignorance	10	15,6%
Manque d'application dans le travail	10	15,6%
Manque de patience	9	14,1%
Manque de considération	8	12,5%
Manque de conscience professionnelle	7	10,9%
Manque de respect de l'intimité	3	4,7%
Familiarité	2	3,1%
Agressivité ou Vulgarité	2	3,1%
Pressions ou chantage	1	1,6%
Total	64	



La majorité des résidents ne cite aucune attitude négative et récurrente (56%). Les autres reprochent au personnel dans l'ordre l'indifférence ou l'ignorance, le manque d'application dans le travail et le manque

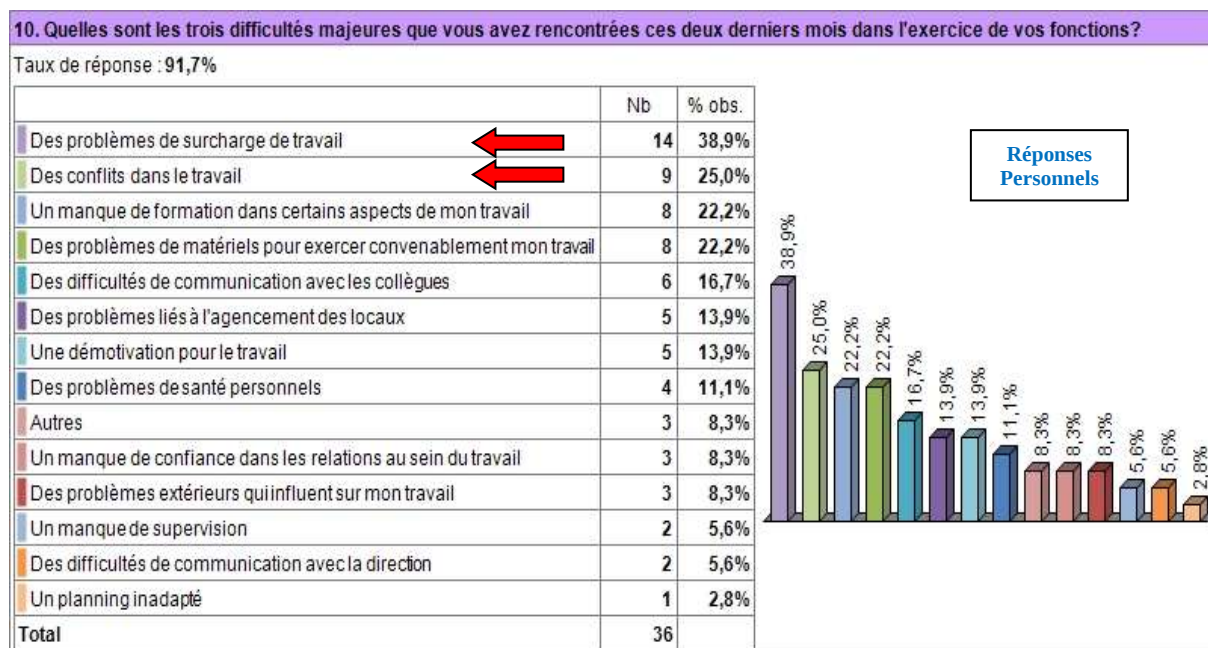
de patience. Le manque de considération et le manque de conscience professionnelle ne sont pas loin derrière.

On note que le manque de patience et le manque d'application / d'investissement dans le travail sont le plus souvent cités dans les deux groupes.

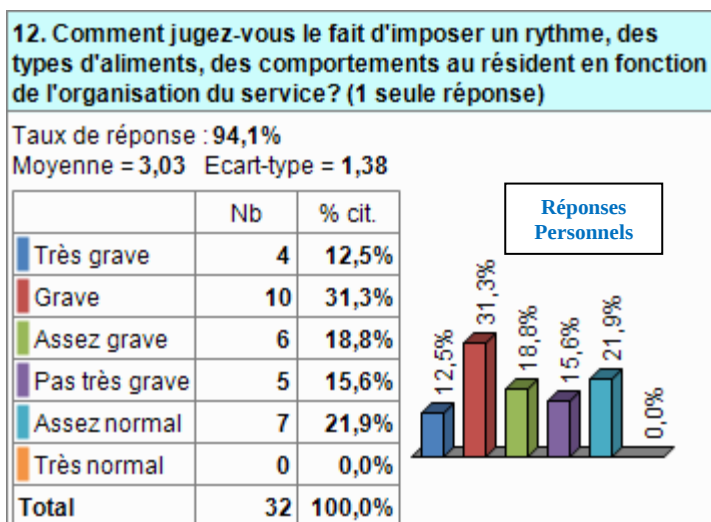
Deux types d'explications possibles à ces comportements :

- la charge de travail,
- un investissement moindre d'une partie du personnel dans le travail qui génère des conflits.

Cette analyse est confirmée dans le tableau ci-dessous :



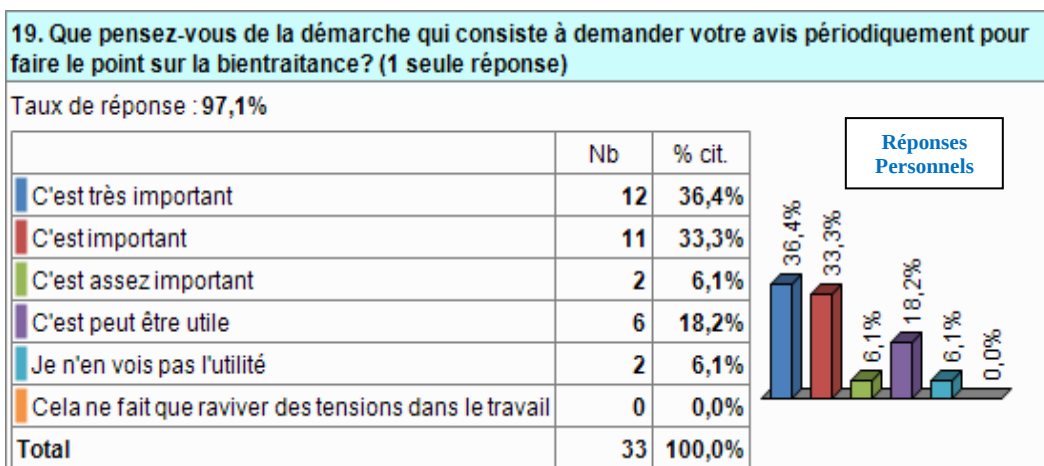
Les personnels, lorsqu'ils sont interrogés sur les attitudes à avoir face aux résidents et à la bientraitance, ne se positionnent pas comme le demandent les bonnes pratiques :



Polarisons les réponses positives et négatives

Très Grave Grave Assez grave	Pas très grave Assez normal Très normal
Bon positionnement	Mauvais positionnement
63%	37%

Ce tableau (voir aussi les questions 9, 10 et 11 du questionnaire "bientraitance") confirme qu'une partie du personnel n'a pas une conscience bien claire des implications de sa fonction. Cela ne veut pas dire que les personnels ne souhaitent pas évoluer car ils sont favorables à une enquête périodique sur la bientraitance.



En résumé, la bientraitance au sein des n'est pas à l'heure actuelle un sujet de préoccupation mais pourrait le devenir compte tenu de la culture de certains personnels. Le travail entrepris depuis 2007 par un groupe de pilotage est à poursuivre. Une partie du personnel, consciente des difficultés, demande davantage de contrôle de la direction ; ce qui semble confirmer le fait que certains personnels ne font pas correctement le travail qui leur est attribué au détriment des résidents. Nous estimons par conséquent qu'il convient de rester vigilant.

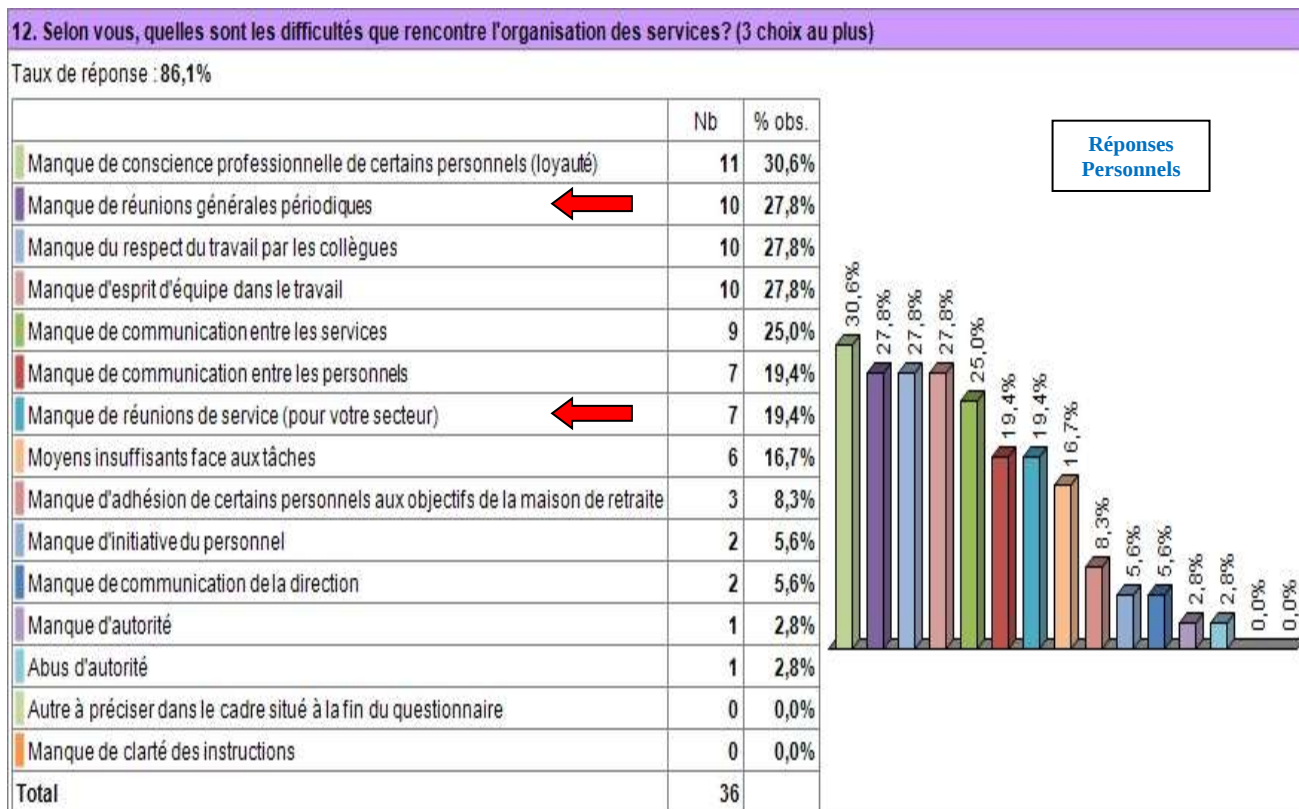
e. Les réunions de régulation

Différents types de réunions sont mises en place :

- ⇒ tous les mardis, une réunion des cadres de chaque service ; avec une fois par mois, un séminaire de réflexion des cadres ;
- ⇒ des réunions des équipes avec la psychologue, par service (Ménage, cuisine, AS, IDE, administratif et animation), une fois par mois : il s'agit de groupes de parole qui ont été instaurés depuis 2010 ; pour les employés qui travaillent seuls (animation, entretien) et les veilleurs de nuit, un horaire est fixé en fonction de leur demande ;
- ⇒ des réunions ponctuelles au sein de chaque service sur les problématiques du moment.
- ⇒ Les réunions de régulation sont sur demande du personnel.

Le gouvernant réunit les veilleurs de nuit au minimum deux fois par an pour faire le point.

Il est à noter que le personnel estime qu'il n'y a pas suffisamment de réunions générales sur le fonctionnement de l'établissement et de réunions de service pour une communication descendante des décisions prises en réunion « cadres » (informations recueillies en entretiens confirmés par le tableau ci-dessous)



f. Le planning des services

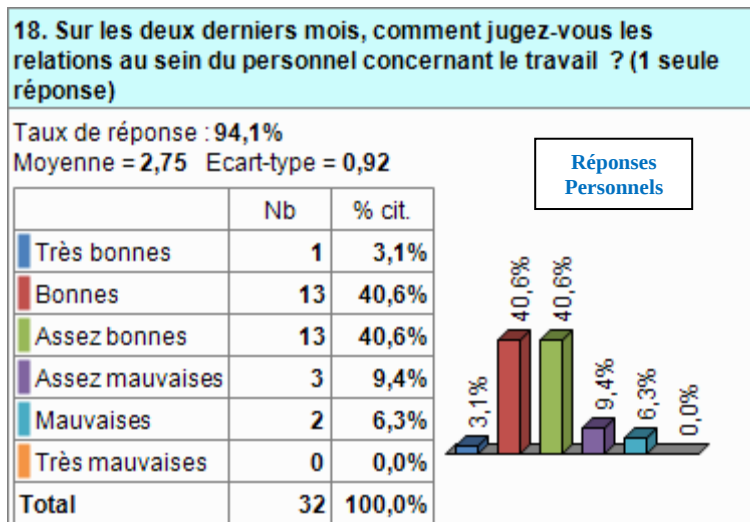
La gestion des plannings est toujours un point délicat dans un établissement car l'intérêt collectif s'oppose à l'intérêt individuel. Quand on demande de pointer les problèmes liés à l'organisation (comme c'est le cas de la question ci-dessous), les plannings apparaissent souvent problématiques.

Par contre aux, les plannings ne sont désignés que 4 fois comme posant un problème (question N°11 du questionnaire "fonctionnement"); ce qui confirme qu'ils ont été discutés et proposés par les équipes.

Les quelques problèmes cités et identifiés lors des entretiens sont liés aux « coupées » liées à l'organisation du service surtout Cuisine et service à table et Soins de jour. Mais il est également clairement apparu, pour les personnes interviewées, que le maximum avait été fait, eu égard aux nécessités de la prise en charge des résidents.

g. Les relations entre les membres du personnel

Les relations entre les membres du personnel sont majoritairement jugées bonnes : les opinions sont positives à 84%.



h. La relation avec la direction

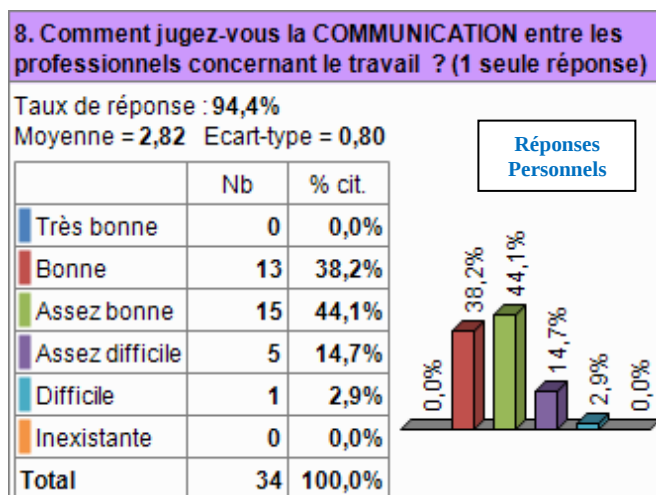
La relation des personnels avec la direction n'appellent pas de remarques particulières : il n'est signalé ni abus ni manque d'autorité (question N°12 du questionnaire "fonctionnement"). Toutefois, une grande partie des non réponses motivées par la peur d'être identifié pose question.

i. La communication

Avec la qualité des relations entre personnels, la communication est l'élément central du bon fonctionnement. Il y a deux aspects de la communication : la communication inter-personnes et la communication entre services. La première est liée à l'atmosphère générale et la seconde à l'organisation.

⇒ La communication entre les personnels

Le tableau suivant donne une évaluation du ressenti des relations entre les personnels.



Ceux qui trouvent les relations difficiles représentent environ 18% du personnel.

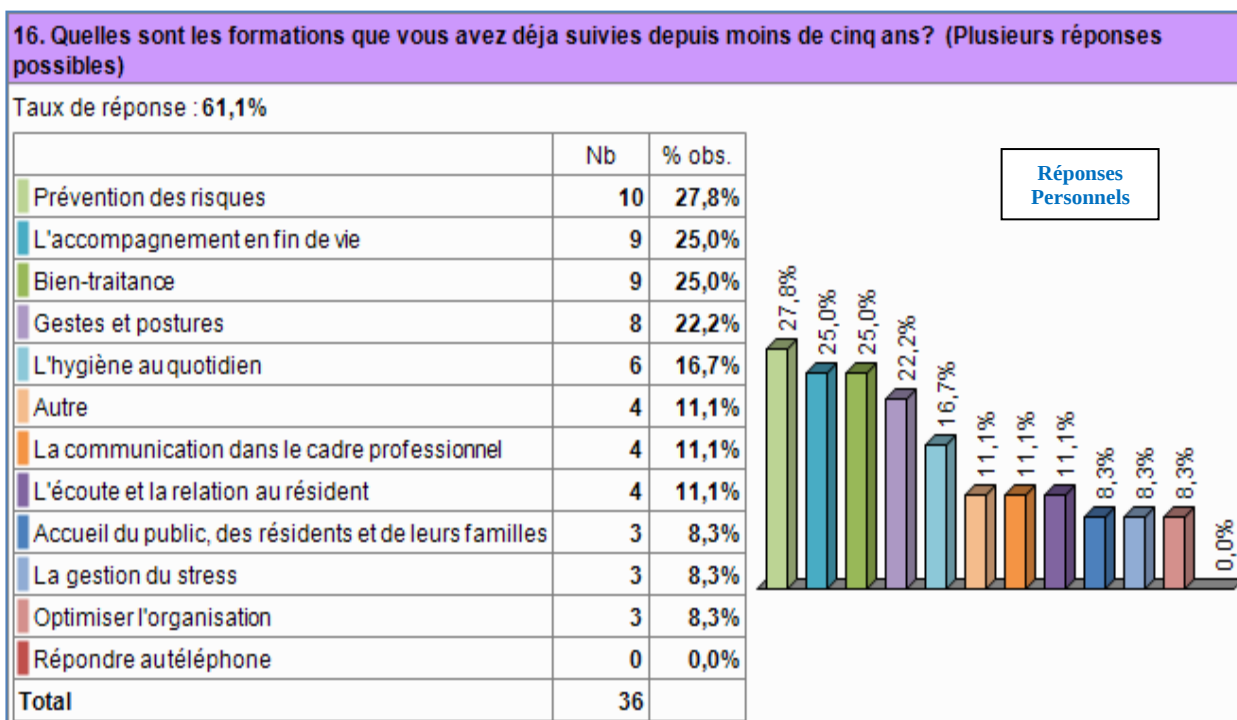
Cette situation est confirmée par les opinions exprimées sur les difficultés de l'organisation des services (question 12 du questionnaire "fonctionnement").

- ⇒ Manque de communication entre les services (25%)
- ⇒ Manque de réunions générales périodiques (27.8%).

Ces résultats sont à mettre en lien avec le ressenti sur les insuffisances des réunions de régulation.

j. La formation du personnel en lien avec la qualité du service

La politique de formation au sein de l'EHPAD met l'accent sur les thèmes liés à la sécurité et la prévention des risques, l'accompagnement en fin de vie et la bientraitance :



L'établissement est actif dans l'appui à la formation et à la validation d'acquis pour le personnel non diplômé.

Les demandes de formation (tableau ci-dessous) sont différentes de celles déjà faites et reflètent les préoccupations actuelles du personnel.

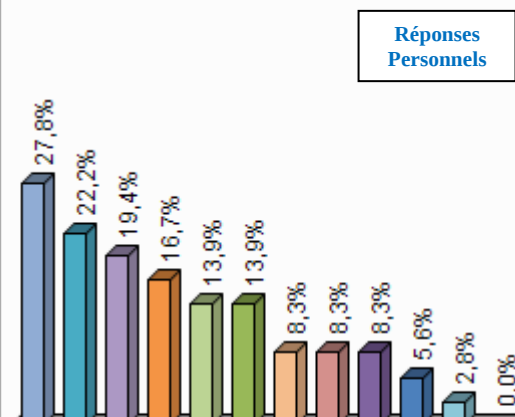
Les quatre formations les plus demandées sont :

- la gestion du stress (27.8%) qui conforte le constat de difficultés de fonctionnement liées à l'évolution du profil des résidents, la charge de travail accrue, le manque de conscience professionnelle de certains générant des conflits et au manque de communication. Une partie du personnel se sent en difficulté et a le désir de se protéger.
- l'accompagnement en fin de vie (22.2%). Cela indique que le personnel ne se sent pas encore prêt face au vieillissement et à la dépendance de plus en plus forte de la population accueillie.
- gestes et postures (19.4%) ; du fait que les résidents sont de plus en plus dépendants pour les gestes de la vie quotidienne.
- la communication dans le cadre professionnel (16.7%) ; qui conforte la préoccupation des personnels liés aux relations au sein des équipes et entre les services.

17. Selon vous, quelles sont les formations que vous souhaiteriez suivre ? (2 réponses au plus)

Taux de réponse : 83,3%

	Nb	% obs.
La gestion du stress	10	27,8%
L'accompagnement en fin de vie	8	22,2%
Gestes et postures	7	19,4%
La communication dans le cadre professionnel	6	16,7%
Prévention des risques	5	13,9%
Bien-traitance	5	13,9%
Autre	3	8,3%
Optimiser l'organisation	3	8,3%
L'écoute et la relation au résident	3	8,3%
Accueil du public, des résidents et de leurs familles	2	5,6%
L'hygiène au quotidien	1	2,8%
Répondre autéléphone	0	0,0%
Total	36	


E- Analyse détaillée
1. L'adéquation des objectifs par rapport aux besoins

- a. L'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties.

Document concerné	Conformité des objectifs avec les besoins	Objectifs visés
Projet d'établissement,	Oui	Hébergement ; soins ; bientraitance ; respect de la personne âgée ou dépendante ; accompagnement en fin de vie

- b. La cohérence des différents objectifs entre eux.

Document concerné	Objectifs visés	Cohérence des objectifs
Projet d'établissement,	Hébergement ; soins ; bientraitance ; préservation de l'autonomie physique et mentale ; accompagnement en fin de vie ;	Oui

- c. L'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place

Document ressource	Objectifs visés	Constats/Justifications
Projet d'établissement, Évaluation interne et rapport de l'évaluation externe	Qualité de l'hébergement ;	Locaux spacieux adaptés aux personnes valides (ancienne résidence). Les résidents actuels rencontrent des difficultés de mobilité. Rénovation prévue.
	Qualité des soins	Volonté de la direction d'organisation des soins le plus professionnellement possible;

		suivi par l'Infirmière coordinatrice (IDEC)
	Préservation de l'autonomie physique et mentale ;	Animatrice et psychologue
	Accompagnement en fin de vie ;	Personnel sensibilisé à l'accompagnement en fin de vie ; Appel à des partenaires extérieurs pour être aidé dans cette phase difficile (réseau SPHERES)

d. L'existence et la pertinence de dispositifs de gestion et de suivi.

Document ressource	Objectifs visés	Constats
Évaluation interne et rapport de l'évaluation externe	Organisation administrative de l'EHPAD	Organisation administrative rigoureuse et efficace; directrice chevronnée et rigoureuse;
	Organisation humaine de l'EHPAD	En principe les outils de bon fonctionnement humain sont mis en place. Un audit sur les risques psychosociaux a été diligenté. Les réunions de régulation sont en place. Mais l'établissement est plongé dans des conflits qui rendent inopérant tout management
	Le suivi de la gestion	Suivi par la directrice très rigoureux

e. L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs.

Document ressource	Appréciation	Preuve/difficultés
Évaluation interne et rapport de l'évaluation externe	L'atteinte des objectifs	Satisfaction des usagers (résidents et familles) ; Locaux agréables mais anciens ; des conflits entre certains résidents et la direction qui nuisent aux bonnes conditions de vie des résidents
	Production des effets attendus	Bonnes conditions d'accueil ; soins appréciés par les usagers ; bon ancrage dans le tissu social;
	Effets non prévus	Des personnels qui ne répondent pas toujours à leurs devoirs (surtout les anciens); des conflits direction/certains personnels; Admission des résidents à un âge de plus en plus avancé qui déséquilibre la structure. De plus en plus de difficultés à répondre à la charge de travail liée à l'augmentation de la dépendance.

f. L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés.

Document ressource	Les différents intervenants	Appréciation de l'impact des pratiques
Évaluation interne et	Le personnel soignant	Les infirmières sont appréciées par les résidents.

rapport de l'évaluation externe	Les personnels de service (AS et ASH)	Difficultés de certains personnels à accepter les contraintes que le passage de la maison de retraite à un EHPAD a imposées. Des conflits importants se sont cristallisés entre la directrice et certains personnels au détriment des résidents.
	L'animatrice	Les activités proposées sont riches et diversifiées ; elles sont très appréciées et permettent surtout à bon nombre de résidents de préserver le plus longtemps possible leur autonomie intellectuelle Un programme type mensuel a été élaboré; Elle favorise les relations avec des structures extérieures
	Les intervenants extérieurs du secteur médical (Kinésithérapeute ; médecins libéraux ; ...)	Ils apportent des savoir-faire et des prestations qui ne sont pas dans les capacités de l'EHPAD

g. Les conditions d'efficacité des actions et de réactualisation régulière de l'organisation.

Document ressource	Objectifs visés	Constats
Évaluation interne et rapport de l'évaluation externe	Rendre cohérente l'organisation au quotidien et contrôler l'efficacité des actions	Tous les mardis, une réunion des cadres de chaque service ; avec une fois par mois, un séminaire de réflexion des cadres ; une fois par mois des réunions des équipes avec la psychologue, par service (Ménage, cuisine, AS, IDE, administratif et animation)
	Associer les usagers au fonctionnement et à l'évolution de la structure	Le Conseil de la Vie Sociale, qui se réunit trois fois par an, s'implique dans l'amélioration des conditions de vie quotidienne des résidents ainsi que l'attestent les comptes rendus examinés. Les résidents interviennent également de façon active au sein de la Commission des Menus (qui se réunit une fois par mois). Une représentante a été désignée par les familles et siège dans les instances de concertation sur la vie de l'établissement.
	Contrôler la qualité du service et l'adéquation entre les politiques menées et le service obtenu	Peu d'outils mis en place; appel au cabinet "Géométrie variable" commandée par la direction pour "prendre de la distance" avec le vécu au quotidien

2. Analyse de la conformité et de la pertinence des documents réglementaires (projet d'établissement ; évaluation interne)-- Annexe 3-10 chapitre 2 Section 2

Le projet d'établissement

- a. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet de l'établissement ou du service, d'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers et les modalités de leur évaluation avec le concours des usagers ;

Contexte et modalités d'élaboration du projet d'établissement

La refonte du projet d'établissement était en cours lors de l'évaluation externe ; on peut lire sur le nouveau rapport qui nous a été fourni en fin d'évaluation externe :

Directeur Gabriel Cohen -Pitiot

Téléphone : 06 84 35 81 99 E-mail : gabriel.cohen@auditpro.org N° SIRET 500 007 331 00019

Numéro d'enregistrement de prestataire de formation 91 34 06332 34

Habilitation à l'évaluation externe des établissements et services médicaux sociaux par l'ANESM décision H2009-11-280

Le travail de réactualisation du projet d'établissement a débuté fin 2008, s'est poursuivi en 2009 et 2010 et a été finalisé début 2011. Il s'agissait avant tout de reconstruire des références partagées s'agissant des pratiques d'accompagnement de l'EHPAD « Les ». Ce travail a été accompagné par l'URIOPSS LR, fédération à laquelle l'association est adhérente.

Le projet d'établissement initial avait pour objectif : Faire en sorte que les moments du quotidien soient des moments d'échange et de bien-être

Mise en œuvre du projet d'établissement :

La mise en œuvre du premier projet d'établissement a été portée essentiellement par la directrice avec l'aide de l'infirmière coordinatrice. Leur travail a porté ses fruits en faisant évoluer la « Résidence les » vers « l'EHPAD les ». Malheureusement cette mise en place a engendré aussi des conflits avec certains personnels.

Les modalités des évaluations du projet d'établissement avec le concours des usagers

Il n'a pas été mis en place de procédure pour évaluer le projet d'établissement avec l'implication des résidents ou de leurs familles ; seules les réunions du CVS peuvent apparaître comme une opportunité de d'évaluation

L'évaluation interne

- b. Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne. Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

Objet	Constat	Modalité de mise en œuvre	Priorités avancées/ remarques
Présentation de la méthode	Présence de la méthode développée page 10	Reprise chronologique des différentes périodes traversées par l'EHPAD	2001 la qualité de vie des résidents et l'évolution des tâches des personnels 2007: développement de la culture de la bientraitance 2010 Consolidation de la culture de bientraitance et méthodes de management

- c. Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués.

Objet	Constat	Nos recommandations	Remarque
Communication des documents	Nous avons trouvé que la diffusion de l'évaluation interne était insuffisante	Nous recommandons que la prochaine évaluation interne s'organise soit en prenant un cabinet qui accompagne la démarche soit en organisant son déroulement à travers une planification et des outils qui facilitent la rédaction du rapport final.	Le manque de diffusion des documents participe à l'augmentation des tensions. Le travail du groupe de pilotage sur la bientraitance de 2007-2008 montre que des possibilités de plus grande implication des personnels étaient possibles.
Diffusion des projets d'amélioration retenus	Même jugement		

- d. Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu.

Objet	Constat	Remarque
-------	---------	----------

Directeur Gabriel Cohen -Pitiot

Téléphone : 06 84 35 81 99 E-mail : gabriel.cohen@auditpro.org N° SIRET 500 007 331 00019

Numéro d'enregistrement de prestataire de formation 91 34 06332 34

Habilitation à l'évaluation externe des établissements et services médicaux sociaux par l'ANESM décision H2009-11-280

Le contenu des recommandations	Les recommandations du travail de 2001 portait sur : • La qualité de vie des résidents • L'évolution des tâches et le vécu du personnel Les recommandations de l'évaluation interne en 2011 ont pour origine les recommandations du cabinet "Géométrie variable". Elle porte essentiellement sur la communication interne et l'accompagnement professionnel.	Si l'on prend en compte la dimension temps, il faut remarquer que les premières analyse de 2001 ont été mises en place. Cette mise en place a été douloureuse et fut certainement à l'origine des conflits de 2011. Les recommandations de 2011 avaient peu de chance d'être réellement mises en place tant que les conflits n'étaient pas résolus.
La mise en œuvre des recommandations	Les recommandations du travail de 2001 ont été mise en place à travers l'évolution des tâches et de la formation sur la bientraitance Il semble que la mise en place d'une communication interne n'ait pas été appliquée. Il faut noter que la directrice a changé son mode de management en s'entourant d'une équipe.	

e. Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique.

Objet	Constat	Remarque
Bilan périodiques	Utilisation d'Angélique en 2002; 2008-2009-2010 mise en place d'un groupe de pilotage sur l'adaptation aux nouveaux problèmes liées à la mise en place de l'EHPAD;	Continuer à faire des bilans
Modalité de suivi	Groupe de pilotage composé de personnels (AS;ASH; infirmière; chef cuisinier; psychologue)	Modalité adaptée

f. Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations.

Objet	Constat	Remarque
la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue	Le texte montre un désir constant de la direction de faire des bilans périodiques de l'évolution de la structure du statut de résidence à celui d'EHPAD.	Les conflits entre la direction et certains personnels ont bloqué une partie de l'action de la direction

F- Synthèse détaillée

Questionnement suivant Annexe 3-10 CASF SECTION 3

1. Porter une appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers, et les conditions de réalisation du projet personnalisé.
2. Donner des éléments d'appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, et des interactions.
3. La capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.

4. L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence.
5. Les conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'usager
6. L'effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits.
7. La réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers
8. La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.
9. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponses apportées aux usagers.
10. La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité-prévention des situations de crise-mise en place d'un dispositif de régulation des conflits-techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes-plus généralement politique globale de gestion des risques.
11. La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et des interventions.
12. Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, relatifs notamment à la qualité d'hébergement.
13. Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'informations, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels.
14. Le rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations :
15. L'inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné à partir notamment de la prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu et de sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement.

Réponses

1. Porter une appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers, et les conditions de réalisation du projet personnalisé.

Objet	Appréciation	Difficultés	Préconisation
Qualité de prestations et respect des droits des usagers	Bonnes prestations qui prennent en compte les droits et l'expression des usagers	Augmentation de la charge de travail due à l'augmentation de la dépendance. Certains personnels ne désirent pas évoluer dans leurs pratiques	Accompagner le personnel pour leur permettre de s'adapter aux tâches de l'EHPAD
La gestion du projet individualisé	La gestion du projet individualisé est une des volontés de la direction	Les relations humaines entre les personnels et la direction sont un frein à l'accompagnement personnalisé des résidents	Améliorer les relations professionnelles pour pouvoir agir efficacement

2. Donner des éléments d'appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement et des interactions.

Objet	Appréciation	Difficultés	Préconisation
Ouverture de l'établissement sur son environnement culturel	L'établissement est ouvert sur son environnement extérieur : membre de l'association Coord'âge, appel à des intervenants extérieurs pour certaines activités (gymnastique, taï chi,	Non significatives	Continuer

	musicothérapie, bibliothèque....).		
Ouverture de l'établissement sur l'environnement et ses ressources liées aux soins	Quatre conventions signées (voir détail ci-dessous)	Non significatives	Continuer

3. La capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.

Objet	Appréciation	Difficultés	Préconisation
Association des familles à la vie de l'EHPAD	Volonté de la direction d'accueillir les familles et de favoriser leur présence au sein de l'EHPAD	Peu d'outils pour mesurer la satisfaction	Mettre en place des questionnaires de satisfaction régulièrement
Mettre en place des outils de prise d'informations pour contrôler l'adéquation entre les besoins et les réalisations	Deux lieux d'expression 1/ VS, lieu de parole et d'expression ; 2/ Commission des Menus (qui se réunit une fois par mois)	Peu de remonté directe de l'information	

2° L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence.

Objet	Appréciation	Difficultés	Préconisation
Réponse au niveau du téléphone	Présence au secrétariat et hors des horaires administratifs réponses assurées par une personne responsable (infirmière co ou autre personnel)	Pas d'évaluation réelle de la satisfaction des résidents	Demander l'avis aux résidents et aux familles
Écoute au niveau de l'accueil	Bon accueil	Pas d'évaluation réelle de la satisfaction des résidents	Demander l'avis aux résidents et aux familles
Écoute des besoins en soins	Suivi rigoureux de chaque résident par l'infirmière coordinatrice.	Pas d'évaluation réelle de la satisfaction des résidents	Demander l'avis aux résidents et aux familles
Écoute et besoins de parole	Rôle important de l'animation dans la fonction d'écoute et d'expression. Écoute individualisée par la psychologue.	L'écoute lors des soins de nursing n'est pas à la hauteur des attentes.	Introduire et poser régulièrement des mini questionnaires de satisfaction

4. Les conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'usager.

Objet	État des lieux	Qualité	Préconisation
La place du projet	Le projet individualisé du	Le projet personnalisé est	Continuez

individualisé du résident lors de son admission	résident est mis en place depuis peu dès son arrivée avec la participation des familles et avec l'aide du cadre de santé et de la psychologue.	mis systématiquement en place lors de l'arrivée du résident	
Suivi et actualisation du projet personnalisé	Suivi du projet personnalisé par l'infirmière coordinatrice et la psychologue avec l'appui de la directrice	Les projets personnalisés sont en cours de mise en place. Cette mise en place se fait à travers des réunions d'équipe qui ont lieu tous les 15 jours	Continuer à finaliser tous les projets

5. L'effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits.

Objet	État des lieux	Qualité	Préconisation
L'accès et le recours aux droits des résidents et des familles	Le projet d'établissement en cours de réactualisation intègre une rubrique: "Garantie des droits et participation des usagers"	Association des usagers	Information dès l'arrivée dans le livret d'accueil; affichage de la charte des droits et des libertés des résidents

6. La réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.

Objet	Appréciation	Difficultés	Préconisation
Réponses aux attentes explicites	La direction met tout en œuvre pour répondre aux attentes exprimées par les résidents.	Pas d'évaluation réelle de la satisfaction des résidents	Demander l'avis aux résidents et aux familles
Réponses aux attentes implicites	Le suivi médical est rigoureux et la psychologue attentive aux demandes		

7. La capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.

Objet	Appréciation	Difficultés	Préconisation
Les lieux d'expression informels	Les nombreuses activités favorisent la parole des résidents	Les temps de nursing sont des temps de parole qui dépendent de l'implication des personnels	Difficile à améliorer l'expression informelle sans améliorer le "climat" de l'EHPAD
La place de l'animation dans l'expression et la participation	Les nombreuses activités favorisent la parole des résidents grâce à l'implication de l'animatrice	L'animation a tendance à répondre à l'expression des résidents valides. Des animations plus ciblées permettraient à tous de s'exprimer	Mettre en place le plus possible des animations ciblées permettant aux résidents dépendants de s'exprimer
L'expression institutionnelle	C'est le CVS qui est l'endroit le plus approprié pour permettre	Ce sont toujours les mêmes résidents et	Bien diffuser les rapports des CVS ainsi

	aux résidents et aux familles de s'exprimer et de s'impliquer dans le fonctionnement de l'EHPAD. Le CVS est un lieu d'expression apprécié par tous	familles qui s'impliquent dans le CVS	que les décisions. Utiliser en plus des affichages la voix orale (par exemple par une lecture de l'animatrice)
--	---	---------------------------------------	---

8. La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.

Changements constatés	Réponses de l'établissement	Difficultés	Préconisation
Augmentation de la dépendance des résidents entrants	Adaptation du matériel ; formation du personnel ;	Certains personnels ont du mal à s'adapter aux nouveaux publics et se raidissent dans leur comportement	Être attentif lors du recrutement

9. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponses apportées aux usagers.

Objet	Appréciation	Difficultés	Préconisation
Lutte contre le risque de marginalisation	Toute la politique de la direction et du CCAS est tournée vers la lutte contre la marginalisation qui s’exprime à travers les instances d’expression comme le CVS mais aussi dans le quotidien par la prise en compte des besoins des résidents.	Les résidents ayant des handicaps lourds sont souvent marginalisés de fait. Certains personnels ne facilitent pas l'intégration de tous les résidents	Réfléchir à une organisation plus adaptée
Participation du résident à la vie de la cité	Les affichages sont nombreux et régulièrement actualisés ; le CVS est une réalité vivante	Pas d’évaluation réelle de la satisfaction des résidents	Mettre en place une enquête de satisfaction pour mesurer la réalité du terrain
Accès aux droits culturels	L’animation est l’outil principal d’accès aux droits liés à la culture. Des télévisions sont accessibles dans les locaux communs	Pas d’évaluation réelle de la satisfaction des résidents	
Accès aux droits de respect des valeurs et des croyances	L’EHPAD est respectueux de la personne âgée dans ses valeurs et ses croyances	Aucune difficulté n’a été relevée dans ce domaine	
Accès aux droits à l’intimité	La directrice et IDEC développent la notion de respect de la personne âgée et de son intimité		
Faciliter les relations entre résidents	La gestion des relations entre résidents fait l’objet d’une attention particulière dans l’organisation et le relationnel (chambres, place à table,...)		
Faciliter les relations entre l’EHPAD et la famille du résident	Très bon accueil des familles par la direction; Une représentante a été désignée par les familles pour les représenter auprès de la direction et participe à certaines réunions		

La formation du personnel	Formation des personnels notamment sur les thèmes relatifs à la bientraitance et l'accompagnement en fin de vie	La bientraitance passive est un domaine qui demande réflexion	Mettre en place des formations sur la maltraitance passive
---------------------------	---	---	--

10. La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité-prévention des situations de crise-mise en place d'un dispositif de régulation des conflits-techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes-plus généralement politique globale de gestion des risques.

Objet de la prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité	Constats	Appréciations	Préconisations
Norme incendie	Avis de la commission départementale de sécurité positif	Suivi très rigoureux par l'équipe d'entretien et la direction	Continuer dans ce sens
Hygiène des lieux de vie	Mise en place des protocoles d'hygiène	Les procédures sont mises en place mais les résidents trouvent la qualité de l'entretien des locaux limite	Ne pas se satisfaire des protocoles
Norme hygiène de la restauration	Analyses régulières par la société Languedoc Restauration	Qualité de la surveillance des aliments satisfaisante et maîtrise des risques bactériologiques	Continuer
Gestion des situations de crise	Analyse de la situation par l'équipe de direction	Les difficultés de communication sont un frein à la gestion sereine des crises	Continuer les réflexions entamées
Gestion des risques de santé liés aux incidents de la vie quotidienne	Mise en place de nombreux protocoles de gestion des risques par la cadre de santé et le médecin coordonnateur	Prise en compte des escarres; gestion des risque d'hypoglycémie;...	Continuer
Perte de repères des résidents	L'augmentation de l'arrivée de personnes de plus en plus âgées demande une réflexion dans ce sens	Les aménagements des locaux doivent comporter une réflexion sur le thème de l'accueil des résidents ayant perdu leurs repères	Prévoir la mise en place d'un espace préservé au moins à long terme

11. La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.

Objet	Capacité	Cohérence et continuité	Préconisation
L'hébergement	Malgré des bâtiments anciens l'organisation de l'hébergement est bonne. Les chambres prévues pour une résidence, si elles sont	Des plans de rénovation sont en cours	Continuer les rénovations nécessaires

	grandes, ne sont pas toutes aux normes handicap. La salle de restauration est en cours d'agrandissement		
Les soins	Organisation et suivi des soins par l'infirmière coordinatrice et le médecin coordinateur sous version papier et informatique	Adaptation du projet personnalisé au plus près des besoins en soins. Traçabilité régulière des soins	Adapter les outils informatiques au plus près des besoins des résidents
La préservation de l'autonomie des résidents	Bonne organisation du déroulement de la journée du résident et de sa prise en charge. Les activités proposées sont riches et diversifiées	Proposition d'animations adaptées. Suivi par la psychologue de chaque résident	Continuer
La préservation des liens avec le monde extérieur et la famille	Organisation de sorties pour les résidents par petits groupes. Association des familles de résidents	Des marges de progrès pour l'accueil des familles existent	Penser à impliquer le plus possible les familles dans la vie de l'établissement

12. Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, relatifs notamment à la qualité d'hébergement.

Objet	Critères	Respect de la réglementation et des besoins	Préconisation
L'hébergement et les bâtiments	Adaptation des bâtiments aux besoins des résidents	Bâtiments anciens qui sont en cours de rénovation	Continuer
L'hébergement et le respect de la personne	Possibilité de respect de l'intimité du résident	Chambres majoritairement individuelles avec salle de bain et WC	Adapter le plus possible les locaux aux fauteuils roulant
L'hébergement et la lutte contre la marginalisation	Espace rendant possible la communication et les échanges	Salle de restauration trop petite en cours d'agrandissement	Continuer les aménagements entrepris
Le respect de l'autonomie des résidents et l'hébergement	Circulation commode des résidents soumis à handicaps	Les couloirs sont larges L'établissement dispose de deux ascenseurs dont un seul est accessible aux fauteuils roulants de grande taille. Les chambres ne sont pas aux normes "handicap"	

13. Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels.

Objet	Outils utilisés	Résultats attendus et qualité	Remarque
La circulation de l'information écrite	Affichage mural sur panneaux; classeurs; ordinateur	Information générales accessibles pour tous et informations ciblées	Continuer

		accessibles aux professionnels	
La circulation de l'information orale institutionnelle	Les transmissions orales quotidiennes animées par l'IDEC et plus approfondies chaque jeudi	Permettre à chacun d'évoquer les situations particulières des résidents	Réunion très efficace qui permet un suivi serré des besoins particuliers de chaque résident
Les réunions institutionnelles et la gestion des crises	Une fois par semaine réunion des cadres et un séminaire des cadres une fois par mois; Une fois par mois des réunions des équipes avec la psychologue, par service (Ménage, cuisine, AS, IDE, administratif et animation),	Les réunions de régulation sont sur demande du personnel.	La communication avec une partie du personnel est bloquée
La traçabilité des actes et les transmissions écrites	Utilisation du logiciel Titan et de documents papier pour la traçabilité des transmissions. Le plan de soins de chaque résident existe sous format papier dans un classeur à l'infirmerie. Il est en train d'être informatisé	Avoir une traçabilité fiable et sur le long terme	La mise sous format informatique de tous les protocoles et la traçabilité des transmissions avec utilisation de « zapettes » constituent un bon projet qui améliorera la traçabilité et libèrera le temps de travail des AS
Les protocoles de soins	Les protocoles de soins sont en cours de réalisation sous Titan	Permet à chaque soignant de se repérer et d'intervenir en cas de situation inhabituelle même en l'absence de l'IDE-Co.	
Utilisation du logiciel Titan	L'informatisation des données est en cours ; l'essentiel du travail est fait par l'IDE	Avoir une traçabilité complète sur plusieurs ordinateurs	

14. La capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.

Objet	Dispositif d'alerte ou de formation	Qualité du dispositif	Préconisation ou remarques
Mesure de la fatigue professionnelle	Comptage des journées de congé maladie ; appel au cabinet « Géométrie variable »	Bon suivi de la fatigabilité du personnel dans cette période difficile	Continuer

15. Le rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations :

a. Perception de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, les usagers ;

Objet	Qualité de la perception	Remarque ou préconisation
Perception de la qualité de l'hébergement	Bonne perception globale	Voir détails dans rapport. La perception étant variable sa mesure doit être périodique
Perception de la qualité des	Bonne perception sauf pour	Voir détails dans rapport.

soins	les soins de jour (nursing)	
Perception de la qualité de la bientraitance	Pas de maltraitance avérée mais un manque d'investissement des personnels	Améliorer la qualité de la bientraitance en : 1/ améliorer la qualité de la bientraitance 2/mettre en place des formations

- b. Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'usager.

L'établissement développe des collaborations avec les institutions et les professionnels comme le montre le tableau ci-dessous

Structure	Objectif	Apport pour l'EHPAD
l'APARD (hospitalisation à domicile).	Éviter l'hospitalisation des résidents	Aide à la prise en charge des résidents
Réseau de soins palliatifs « SPHERES »	Accompagner les résidents, leur famille et les professionnels	Aide à la prise en charge des fins de vie
Réseau Plaies et cicatrisations	Éviter les escarres	Ressources pour les soignants
CHU de Montpellier (pôle gériatrique)	Apport d'éléments professionnels et ressources	Ressources pour les soignants

16. L'inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné à partir notamment de :

- la prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu ;
- sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement.

- a. L'établissement développe le plus possible des liens avec les ressources culturelles locales comme le montre le tableau ci-dessous

Activités et animations extérieures		
	Partenaire ou activités	Objet
1	l'association Coord'âge	Association liée à l'URIOPSS ayant pour objectif de développer l'animation
2	Gymnastique	Préserver l'autonomie physique
3	musicothérapie	Réduire l'anxiété
4	Tai-chi	Préserver l'autonomie physique

4	Bibliothèque	Préserver l'autonomie cérébrale
---	--------------	---------------------------------

b. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique.

Objectif	Réalité du vécu sur le terrain	Éléments de preuve	Observations ou recommandations
Ouverture à l'environnement institutionnel: Créer des liens entre l'EHPAD et son environnement professionnel pour disposer de ressources supplémentaires sur le plan de la santé et de l'accompagnement médical	Réseau développé le maximum possible en fonction du cadre géographique et des ressources locales	Rapport évaluation externe page 11 et 64	Continuer dans ce sens
Ouverture à l'environnement géographique: Créer des liens entre l'EHPAD et son environnement	Lien avec l'Association Foyer-Résidence Lien avec les familles des résidents		
Ouverture à l'environnement culturel: Créer des liens entre l'EHPAD et le tissu culturel pour disposer de ressources supplémentaires dans la préservation de l'autonomie des usagers	Réseau développé en fonction des ressources locales	Rapport évaluation externe	

G- Synthèse transversale

1. Les points forts

- Le premier point fort de l'établissement réside dans la dynamique de changement impulsée par la direction et l'équipe de direction. Un des propos recueillis en entretien individuel fait état d'une « maison qui bouge » pour améliorer la qualité de service rendu aux résidents et faciliter le travail aux personnels : les différents services ont été restructurés et réorganisés avec les personnels, des investissements sont en cours ou prévus dans un avenir proche.

Le futur projet d'établissement s'inscrit d'ailleurs très nettement dans une mise en adéquation des services offerts par l'établissement aux publics reçus.

- le deuxième point fort concerne les locaux et leur architecture. Conçu comme un foyer logement à l'origine, la maison de retraite propose des studios spacieux aux résidents. Les lieux de vie commune sont lumineux et aérés.

- Les est un établissement bien implanté dans son environnement et qui a noué des conventions ou des relations avec les organismes susceptibles de contribuer au bien-être des résidents.
- Le personnel dans sa grande majorité (66%) apprécie de travailler aux et juge positivement sa relation avec les résidents. L'âge n'est pas un facteur marquant de la motivation au travail.

2. Les points faibles

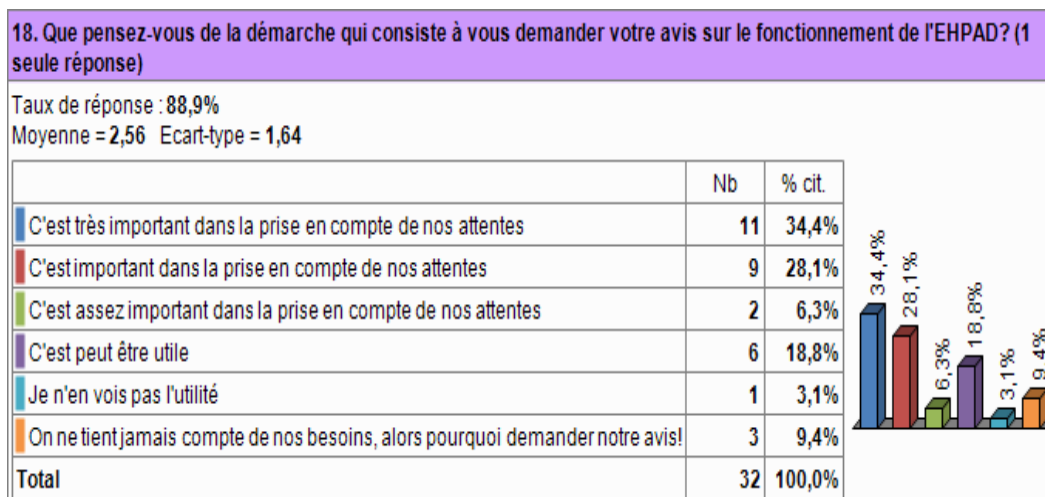
- Le bâtiment qui abrite les a été conçu à l'origine pour un public de résidents valides. La population accueillie est aujourd'hui plus âgée à l'entrée dans l'établissement et aussi plus dépendante, physiquement et/ou psychiquement (troubles cognitifs). De nombreux équipements ne sont donc plus adaptés aux résidents accueillis et occasionnent une surcharge de travail pour les personnels.
- Un groupe Personnels divisé :
Nous avons un groupe d' « anciens » tant par l'âge que par son ancienneté au sein de l'établissement qui a connu la maison depuis le démarrage avec des résidents valides et autonomes. Il éprouve des difficultés d'adaptation aux publics actuels plus dépendants et qui nécessite plus de soins et d'attention. Cette difficulté objective, génère des tensions et des blocages dans les relations.
Une autre partie des employés estime que tous les personnels ne font pas leur possible pour les résidents, et laissent aux autres la charge de travail.
Enfin il existe des "jeunes" qui acceptent les conditions de travail mais qui les trouvent lourdes.
Ces approches différentes du travail engendrent des tensions. Ces tensions sont ressenties par les résidents qui se plaignent du manque d'investissement des personnels.
- Une demande très forte d'information et de régulation des équipes liée à l'évolution des besoins du public accueilli qui suppose une adaptation de la politique de communication. Cette politique doit déboucher sur des réunions d'information et de régulation voire sur du recadrage.
- La formalisation du suivi des réclamations résidents.

3. Les axes de progrès

- Nous relevons deux axes de progrès principaux pour les :
- la modification de la politique de communication adressée aux personnels en vue de rassurer et de remettre de la cohésion au sein du groupe Personnel. Les axes de réflexion qui pourraient être explorés sont
 - i. Un calendrier fixant à intervalles réguliers des réunions au sein de chaque service
 - ii. L'émission d'un bulletin mensuel d'information destiné au personnel sur la vie de l'établissement.
 - iii. Renforcer les groupes de parole animée par la psychologue
 - iv. Les entretiens individuels annuels avec le personnel
 - v. Une enquête au moins annuelle sur le fonctionnement
 - L'ensemble des personnels de la maison de retraite quelle que soit leur fonction doivent faire un effort pour rétablir des relations de confiance et ne plus hypothéquer le fonctionnement de l'établissement par des conflits passés.
 - La poursuite voire l'accélération de la réhabilitation des locaux en partenariat avec le propriétaire.
 - La mise en place d'un système de classement spécifique et d'analyse-synthèse annuelle des réclamations.

H- La relation du personnel face à l'évaluation externe

Pour chacun des questionnaires posés, nous avons terminé par une question sur la perception de l'évaluation par le personnel.



58.8% des personnes ayant accepté de répondre sont pour une démarche d'analyse du fonctionnement. 18.8% sont plutôt réservés et 12.5% sont hostiles.

Si on rajoute les refus de réponses, le taux de rejet de toute évaluation au sein du groupe Personnels s'élève à 23.6% ; ce qui est un taux élevé.

Analysons ce rejet en croisant les réponses aux questions suivantes :

- ⇒ Que pensez-vous de la démarche qui consiste à vous demander votre avis sur le fonctionnement de l'EHPAD? (1 seule réponse)
- ⇒ Quel est votre rôle au sein de l'EHPAD? (1 seule réponse)

Après analyse nous avons obtenu le tableau suivant (voir détail annexe 1)

Avis évaluation/Fonction	Cadres - Service administratif - Animation	Personnel médical et soignant	Service d'entretien - Restauration - Ménage	Autre intervenant
<i>C'est important</i>	55,38%	53,62%	33,33%	75,00%
<i>Ce n'est pas important</i>	13,85%	20,29%	33,33%	25,00%
Refus de réponses	31%	26%	33%	0%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Ces réponses sont un reflet de l'esprit de la maison.

Vous trouverez aussi sur le site les résultats d'un questionnaire qui a été posé après la présentation du rapport aux personnels, aux résidents et devant le conseil d'administration. Il permet de mesurer le vécu de l'évaluation externe par tous les acteurs.

I- Extrait des textes réglementaires et des conseils de bonnes pratiques

1. Extrait de la loi no 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

L'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :
« Art. L.312-8. - Les établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. « Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. « Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci. « Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

L'obligation d'évaluation

L'obligation d'évaluation est inscrite à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles pour l'ensemble des établissements et services concernés, services d'aide à domicile inclus.

L'évaluation interne ou auto-évaluation : article L.312-8 al.1

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les lieux de vie et d'accueil, procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

Cette évaluation doit se faire au regard de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par les acteurs de terrain et validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les résultats de l'évaluation interne sont communiqués tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation de création de l'établissement ou du service.

L'évaluation externe : article L.312-8 al 2 à 4.

Les établissements, services sociaux et médico-sociaux ainsi que les lieux de vie et d'accueil ont l'obligation de faire procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur.

Elle doit être effectuée au cours des 7 années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins 2 ans avant la date de celui-ci. Les résultats sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation de création de la structure.

Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes sera établie par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis de l'Agence nationale de l'évaluation.

Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour les structures pour lesquelles les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par l'Agence nationale d'évaluation.

Le dispositif de l'évaluation externe revêt une importance particulière. En effet, le renouvellement de l'autorisation tous les 15 ans est exclusivement subordonné aux résultats de cette évaluation.

2. Extraits du Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007

CHAPITRE I

Section 1

Fondement de l'évaluation

« 1.1. L'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Cette évaluation doit permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs tels que précisés ci-après, en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique.

« 1.2. L'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur. Elle se distingue également de la certification. L'évaluation telle que prévue à la présente annexe tient compte des résultats des démarches d'amélioration continue de la qualité que peuvent réaliser les établissements et services.

« 1.3. L'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficience, en considération du contexte observé.

« Elle implique un diagnostic partagé, la construction d'un cadre de référence spécifique d'évaluation, le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés. Elle repose sur la mobilisation des partenaires concernés aux différentes étapes de la démarche évaluative.

« 1.4. L'évaluation contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques.

Section 2

Conditions particulières liées aux dispositions inscrites

« 2.1. L'évaluation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 312-8 constitue une évaluation interne, conduite par les établissements et services sociaux et médico-sociaux figurant à l'article L. 312-1. L'évaluation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8, réalisée par un organisme extérieur habilité, constitue une évaluation externe. Ces évaluations portent sur les activités et la qualité des prestations délivrées.

« 2.2. - Les champs des évaluations internes et externes doivent être les mêmes, afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service. Les évaluations successives, internes et externes, doivent permettre d'apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

« 2.3. - L'évaluation externe ne permet pas de comparer les établissements et services entre eux. Seule la comparabilité dans le temps entre les résultats des évaluations peut être recherchée, pour un établissement ou un service donné.

« 2.4. - L'évaluation s'appuie sur l'observation des pratiques sur le terrain, auprès de groupes d'acteurs interdépendants ; elle analyse des systèmes complexes intégrant l'interférence de nombreux facteurs, notamment les interactions entre bénéficiaires et institutions et des facteurs externes.

Section 3

Éléments de cadrage pour la réalisation de l'évaluation externe

« Le commanditaire et l'évaluateur sont tenus de respecter les étapes suivantes :

« 3.1. Le commanditaire s'engage à fournir à l'évaluateur au moins les documents généraux prévus par la réglementation et les pièces techniques ci-après énoncées :

« 1o Tout document public permettant d'identifier la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social ;

- « 2o Une copie de l'autorisation ou de la déclaration avec un descriptif des activités, des publics accueillis, un organigramme et un document relatif aux personnels : effectifs en poste, répartition par catégorie ;
 - « 3o Le projet d'établissement et autres documents de référence utilisés : charte, supports de démarche qualité ;
 - « 4o Le livret d'accueil de l'établissement remis à chaque personne accueillie ;
 - « 5o Le règlement de fonctionnement ;
 - « 6o Les comptes rendus du conseil de la vie sociale ou de toute autre forme de participation conformément à l'article L. 311-6 ;
 - « 7o Les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité ;
 - « 8o Les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation ;
 - « 9o Une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations de l'évaluation interne.
- « 3.2. L'information sur la finalité et le déroulement de l'évaluation est assurée préalablement à l'engagement de celle-ci auprès des personnels et usagers.
- « 3.3. Le responsable de l'établissement ou du service veille au bon déroulement de l'évaluation et au respect des termes du contrat. Un comité de suivi de l'évaluation peut être mis en place par le responsable ; sa création ou non est précisée dans le contrat passé avec l'organisme habilité, en mentionnant, dans la première hypothèse, sa composition. Lorsqu'il existe, il recueille en tant que de besoin les avis des professionnels et des usagers et en fait part à l'évaluateur au cours des différentes étapes de l'évaluation.

CHAPITRE IV

Étapes de la procédure d'évaluation externe

Section 1

Observation et description

- « 1.1. La première étape doit aboutir à la formalisation du projet évaluatif, qui comprend :
- « 1o La construction du cadre de référence spécifique de l'évaluation résultant des deux volets suivants :
 - « a) Un volet commun comportant le rappel des orientations définies par les autorités compétentes sur le champ observé et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
 - « b) Un volet propre à chaque établissement ou service, décrivant la stratégie, les objectifs de l'établissement ou du service et les missions confiées sur un territoire géographique donné, dans le cadre des procédures d'autorisation.
 - « Ce cadre de référence spécifique de l'évaluation ainsi défini doit être validé par le commanditaire de l'évaluation ;
 - « 2o L'élaboration du questionnaire évaluatif.
 - « Cette phase aboutit à la formulation de questions évaluatives hiérarchisées et adaptées à la logique de chaque établissement ou service. L'évaluateur doit aider l'établissement ou service à la formalisation de chacun des points précédemment évoqués. Ce questionnaire intègre les objectifs de l'évaluation énoncés au chapitre II. Il est validé par le commanditaire de l'évaluation ;
- « 1.2. La méthode et les outils de l'observation.
- « 1o L'observation s'appuie sur une analyse des pratiques collectives, définies comme l'ensemble des manières de faire, de dire et d'agir des professionnels. Elle ne doit pas être une évaluation de la pratique individuelle. L'observation porte sur les prestations et les activités, qui sont un ensemble d'actions et interventions organisées autour d'un ou plusieurs objectifs ;
 - « 2o L'évaluateur doit pouvoir disposer des informations quantitatives et qualitatives disponibles ;
 - « 3o Il programme des visites et entretiens individuels ou collectifs ; il peut animer des réunions. Ces auditions concernent l'ensemble des professionnels y compris ceux de nuit, les stagiaires, les usagers et leurs proches ;
 - « 4o Les informations collectées sont validées par les personnes concernées.

CHAPITRE V

Résultats de l'évaluation externe

Section 1

Principes généraux

- « 1.1. Les résultats sont transmis à l'autorité ayant délivré l'autorisation sous forme de rapport d'évaluation dans les conditions prévues à l'article D. 312-200.
- « 1.2. Le document produit doit avoir une visée informative et refléter l'ensemble des différentes étapes de l'évaluation.
- « 1.3. Le rapport ne peut se limiter à un résumé de l'évaluation conduite. Il doit apporter à l'autorité ayant délivré l'autorisation une argumentation sur les données recueillies et l'analyse qui en résulte, permettant de l'éclairer utilement.
- « 1.4. L'évaluation doit répondre à des exigences de qualité en termes de pertinence, de fiabilité, d'objectivité et de transparence.

Section 2

Processus d'élaboration du rapport d'évaluation externe

- « 2.1. Un pré-rapport d'évaluation externe est communiqué à l'organisme gestionnaire et au responsable de l'établissement ou du service ; ils s'assurent de la représentation des opinions de chacune des personnes interrogées et, le cas échéant, formulent leurs observations.
- « 2.2. Le pré-rapport est consultable par toutes les personnes de l'établissement ou du service ayant contribué à l'évaluation externe.
- « 2.3. La version définitive rédigée par l'évaluateur est remise à la personne physique ou à la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social conformément aux dispositions prévues à l'article R. 312-200.

Section 3

Contenu général

- « Le rapport comporte les éléments suivants :
- « 3.1. Des éléments de cadrage.
 - « Cette partie introductive présente de façon synthétique l'établissement ou service et le contexte.
- « 3.2. Un descriptif de la procédure d'évaluation externe.
 - « La démarche, les sources d'information, les choix opérés et les difficultés rencontrées sont rappelés. En annexe doivent figurer le contrat, la composition de l'équipe des intervenants et le calendrier de réalisation.
- « 3.3. Des développements informatifs.
 - « Le diagnostic de situation réalisé doit éclairer sur le projet, les buts poursuivis et l'organisation mise en place ; il apporte une synthèse des connaissances existantes et dégage des connaissances nouvelles.
- « 3.4. Les résultats de l'analyse détaillée.
 - « La présentation doit distinguer les analyses consécutives aux informations collectées et celles utilisant les méthodes d'interprétation des données.
- « 3.5. La synthèse.
 - « Elle est menée au regard des objectifs énoncés au chapitre 2 et concourt à une meilleure connaissance du service rendu au travers des activités et prestations. Dans tous les cas, devront figurer dans le rapport les points suivants :
 - « 1o Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet de l'établissement ou du service, d'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers et les modalités de leur évaluation avec le concours des usagers ;

- « 2o L'expression et la participation des usagers : fonctionnement du conseil de la vie sociale ou autre forme de participation, appréciation sur la prise en compte des avis des usagers et l'effectivité ;
- « 3o La politique de prévention et de gestion des risques de maltraitance institutionnelle ou individuelle ;
- « 4o L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique.

« 3.6. Dans la perspective de l'amélioration continue de la qualité des activités et prestations délivrées par l'établissement ou le service, l'évaluateur formule, outre les propositions et/ou préconisations ci-dessus mentionnées, toute observation utile à l'aide à la décision du commanditaire concernant l'adaptation des modalités d'accueil et d'accompagnement, au regard de l'évolution des besoins des usagers et en tenant compte des ressources. »

3. Recommandations de l'ANESM

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

a. L'éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Document de travail d'avril 2009)

Le champ du questionnement éthique est parfois difficile à appréhender pour les professionnels du secteur social et médico-social car il traverse et interroge différents domaines, en particulier :

- ⇒ le droit des usagers
- ⇒ la bientraitance ou la prévention de la maltraitance
- ⇒ la démarche qualité ou l'évaluation.

Ainsi, la spécificité du champ de l'éthique pose question, et donc, par voie de conséquence, la vocation d'une démarche éthique et ses modalités.

.....

En articulation avec ces travaux, la recommandation aura pour but de proposer un éclaircissement sur la nécessité d'une démarche éthique au sein d'un établissement ou d'un service, les bénéfices que cette démarche apporte aux usagers, à leurs proches et aux professionnels, et les modalités de mise en œuvre qui facilitent le déploiement d'une réflexion éthique sereine et distanciée.

b. Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (Décembre 2008)

Les professionnels qui contribuent, au sein ou hors des instances de travail de l'Anesm à ses travaux, se sont mobilisés depuis plus d'un an autour de la thématique de la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Cette mobilisation traduit clairement la volonté de l'Agence, de ses partenaires professionnels et institutionnels et des pouvoirs publics de répondre à une préoccupation majeure, en écho aux attentes des usagers et de leurs proches.

(Didier Charlanne Directeur de l'Anesm)

c. La qualité de vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (document de travail de mars 2010)

« La qualité de vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) » est un thème inscrit au programme de travail 2010 de l'Agence. Contrairement aux précédentes publications de l'Agence, ce thème ne correspond pas à une seule recommandation mais à un ensemble de recommandations.

.....

La qualité de vie est définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS, 1993)

Ce concept renvoie à de multiples dimensions, tant objectives que subjectives :

- ⇒ l'état de santé physique de la personne, ses habilités fonctionnelles ;
- ⇒ ses sensations somatiques ;
- ⇒ son état de santé psychologique ;
- ⇒ son statut social, son environnement relationnel.

Le concept a pour point central la notion de **perception**, de «satisfaction globale du sujet vis à vis du sens général qu'il donne au bien-être».

Cette importance conférée au **point de vue de la personne** ajoute à la complexité du concept : la qualité de vie est un critère d'appréciation censé revêtir un caractère objectif alors même qu'elle est l'objet d'une interprétation subjective au plus haut point ;

Il convient par ailleurs de ne pas se limiter à la sensation ou à la perception, mais aussi de prendre en considération la réalité que la perception recouvre. Par exemple, le sentiment de solitude ne peut totalement se disjoindre de la réalité des liens sociaux existants.

Enfin, si la qualité de vie varie selon l'appréciation de chaque personne, elle évolue également dans le temps : elle renvoie à **une situation à un moment donné** et non à un état stable.

Traiter de la qualité de vie en Ehpad s'inscrit dans **un contexte particulier** :

- ⇒ l'établissement représente **un cadre de vie contraint**, dont la nécessité est le plus souvent imposée au sujet âgé pour des raisons médicales associées ou non à d'autres raisons telles que l'isolement social, la perte d'initiatives ou à laquelle il s'est « résigné »
- ⇒ ce qui impacte la possibilité pour lui de s'y épanouir et d'y trouver une qualité de vie réelle
- ⇒ l'Ehpad constitue **un lieu de vie**. Pour une majorité des personnes accompagnées il est le dernier lieu de vie
- ⇒ La qualité de vie est donc inévitablement liée à la qualité de l'accompagnement de la **fin de vie** ;

4. Extraits de la circulaire du 21 octobre 2011

La présente circulaire vise à vous préciser :

- Le périmètre, le calendrier et le rythme des évaluations ;
- Les méthodes et outils des évaluations internes et externes ;
- Les conséquences de l'évaluation sur l'autorisation.

2. Le périmètre, le calendrier et le rythme des évaluations

Les évaluations internes et externes de la qualité des prestations et des activités dans les ESSMS forment un ensemble cohérent d'une démarche globale dont des résultats conditionnent la tacite reconduction de l'autorisation initiale ; cette démarche continue a vocation à être retracée chaque année dans le rapport d'activité...

3. Les méthodes et outils des évaluations internes et externes

Il revient aux services déconcentrés de l'État et aux agences régionales de santé de veiller à l'appropriation et la mise en œuvre des différentes démarches d'évaluation par les gestionnaires et les équipes des établissements et services qu'ils ont autorisés.

3.1 L'évaluation interne

3.1.1 Le libre choix des outils et l'encadrement méthodologique de l'ANESM

Dans sa recommandation relative à *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles* de juillet 2009, l'ANESM précise le contenu, le périmètre et la démarche méthodologique de l'évaluation interne.

Dans le cadre méthodologique ainsi précisé, les ESSMS sont libres de choisir leurs outils d'évaluation interne parmi ceux déjà existants, de les adapter ou même de les créer.

Ils communiquent les résultats de leur évaluation interne aux autorités compétentes dans un rapport qui précise notamment la méthode et les référentiels utilisés (voir détail du contenu de ce rapport en annexe).

Les autorités compétentes seront attentives au contenu, au périmètre et à la démarche méthodologique de l'évaluation interne et aux outils utilisés par les ESSMS.

Lorsque des ESSMS mettent en œuvre des démarches qui ne répondent pas strictement au concept de l'évaluation interne (tel que précisé dans les diverses recommandations de l'ANESM), elles peuvent être considérées comme équivalentes, s'il y a similitude :

- du périmètre évalué par rapport à celui défini par l'ANESM (détail du périmètre ci-après) ;
- des garanties méthodologiques avec celles données par l'ANESM¹² ;
- du calendrier des évaluations internes ;
- et de la présentation des résultats.

Si les démarches et outils utilisés ne remplissent pas ces conditions, les ESSMS seront considérés comme n'ayant pas rempli leur obligation d'évaluation interne.

Un outil peut ne remplir que partiellement les conditions précitées, auquel cas, l'ESSMS veillera bien à n'en utiliser pour ses évaluations internes et externes que ceux des résultats qui sont conformes aux caractéristiques d'équivalence rappelées ci-dessus. Pour exemple, l'outil Angélique¹³, ou tout autre outil conforme au cahier des charges du 26 avril 1999, peut effectivement servir à fournir les résultats attendus, charge pour les ESSMS, ainsi qu'indiqué au paragraphe précédent, de veiller à ce que leur démarche d'évaluation interne et le périmètre couvert soient conformes aux recommandations de l'ANESM.

- ⇒ La promotion de la qualité de vie, de l'autonomie et de la participation sociale
- ⇒ La personnalisation de l'accompagnement
- ⇒ La garantie de droit et la participation des usagers
- ⇒ La protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers

3.1.2 Le périmètre

L'évaluation interne portera au minimum sur les 4 grands domaines précisés par l'ANESM dans ses deux recommandations portant sur l'évaluation interne pour l'ensemble des ESSMS :

- ⇒ la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale ;
- ⇒ la personnalisation de l'accompagnement ;
- ⇒ la garantie des droits et la participation des usagers ;
- ⇒ la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers .

Elle porte notamment une appréciation sur :

-l'insertion et l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, l'intégration des différentes ressources internes et externes ;

-son organisation interne, ses ressources humaines et financières, son système d'information. Elle identifie les

effets sur les usagers des actions entreprises.

3.1.3 Le contenu minimum du rapport d'évaluation interne

L'ANESM recommande de structurer le document de transmission des résultats en 3 parties :

- la présentation de l'établissement ou du service et des éléments de cadrage des activités ;
- les éléments de méthode ;
- la présentation des résultats.

Il contient un plan d'actions classées par ordre de priorité, en précisant les effets attendus sur les usagers. Vous appellerez l'attention des gestionnaires d'établissement et de service sur la nécessité de veiller à la cohérence de leur plan d'actions priorisées avec, notamment, leur projet d'établissement ou leur CPOM ou convention pluriannuelle (Ehpad).

3.2 L'évaluation externe

3.2.4 Le périmètre

L'évaluation externe consistera au moins à :

- ⇒ porter une appréciation globale notamment sur :
 - l'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties ;
 - la cohérence des différents objectifs entre eux ;
 - l'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place ...
- ⇒ examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne, comme par exemple :
 - les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne ;
 - la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués ;
 - la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu ...
- ⇒ examiner certaines thématiques et des registres spécifiques, parmi lesquels :
 - l'appréciation des activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers, et les conditions de réalisation du projet personnalisé ;
 - les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, et des interactions ;
 - la capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissements ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne
- ⇒ élaborer des propositions et/ou préconisations sur :
 - des aspects stratégiques ;
 - des éléments plus directement opérationnels ;
 - des priorités sont formulées, en regard de critères explicités.

3.2.5 Le contenu minimum du rapport d'évaluation externe :

Le rapport d'évaluation externe, détaillé à l'annexe relative au cahier des charges pour l'évaluation externe, contient :

- ⇒ éléments de cadrage ;
- ⇒ descriptif de la procédure d'évaluation externe ;
- ⇒ développements informatifs ;
- ⇒ résultats de l'analyse détaillée ;
- ⇒ synthèse ;
- ⇒ toute observation utile à l'aide à la décision ;
- ⇒ l'abrégé du rapport (en cours d'expérimentation) ;
- ⇒ annexes.

J- Annexe 01: détail de l'analyse du fonctionnement

Détails de l'analyse de la qualité du fonctionnement

Annexe 1 La qualité du fonctionnement

La qualité du service dépend des moyens mis à la disposition du personnel et des résidents mais aussi des relations interpersonnelles. Ces dernières peuvent engendrer des dysfonctionnements qui « dégradent » le service attendu.

La première donnée qui apparaît lors de l'analyse des enquêtes en direction du personnel est le taux important de refus de réponse.

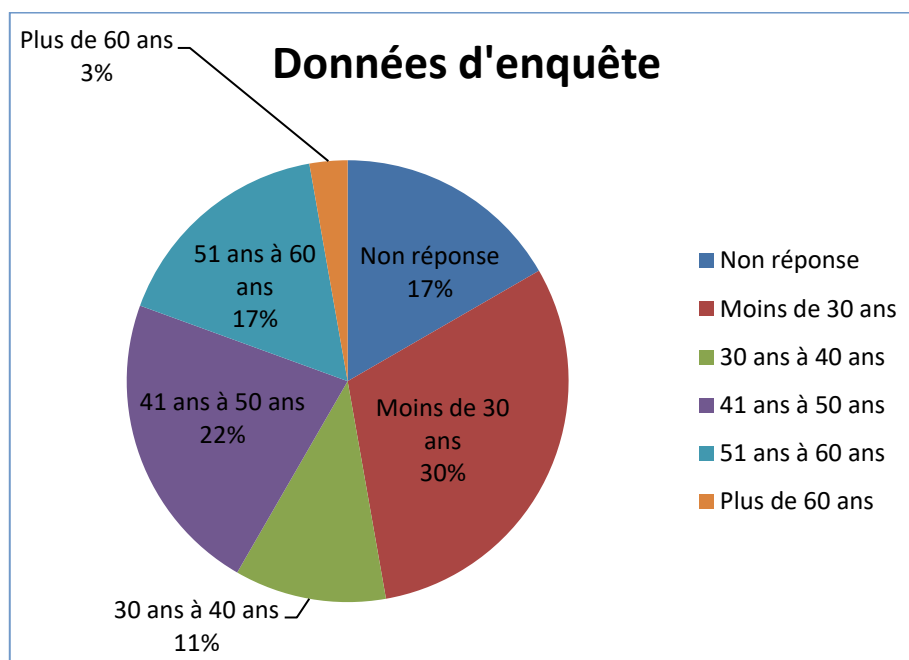
Analyse des questionnaires reçus par rapport aux données administratives

	Décompte administratif des personnels	Décompte administratif des votants potentiels	Questionnaires reçus	Détail enquêtes	% par rapport à l'ensemble du personnel	
Personnel non votant pour raison de principe	3					
Personnel présent	47	47				

Absents pour maladie / démissionnaires/Non participation pour situation administrative particulière	6	6		6		
Questionnaires reçus			45			
Questionnaires renseignés				36	77%	77%
Questionnaires blancs				8	17%	23%
Enveloppe vide				1	2%	
Refus de participation			2	2	4%	
Total	53	53	47	53	100%	100%

Il est nécessaire d'analyser la raison de ce refus de la façon la plus objective possible. Les premières idées qui viennent à l'esprit sont de penser que l'évolution des tâches (plus de résidents dépendants) et la répartition non homogène des classes d'âge du personnel expliquent ces rejets de l'évaluation.

Répartition du personnel par âge



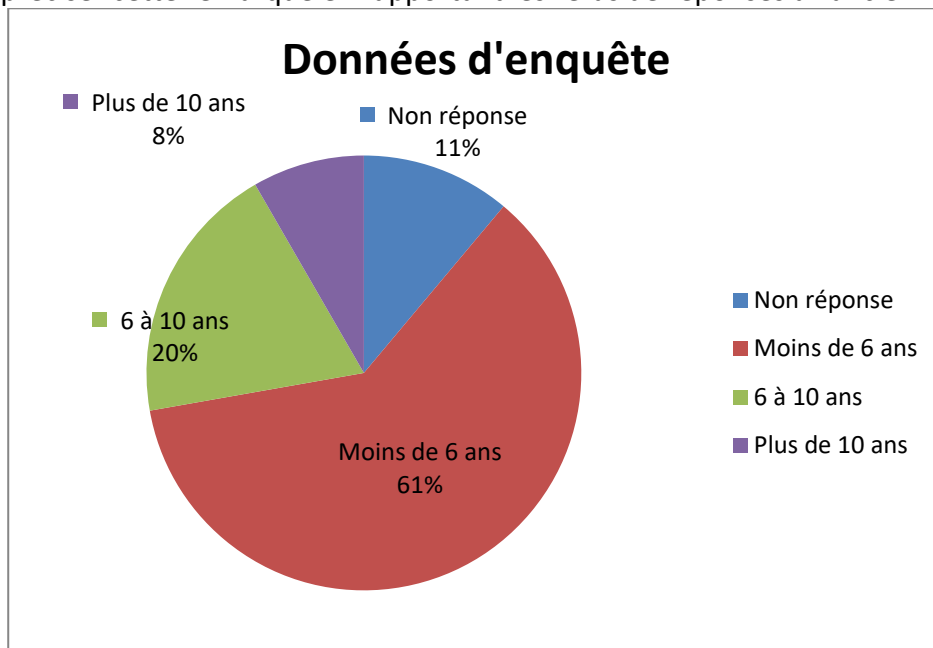
Comparons les données d'enquête avec les données administratives

Ages	Non Réponses	30 ans au plus	31-40 ans	41-50ans	51-60 ans	Plus de 60 ans	Totaux
Données administratives (a)	0	20	3	12	16	1	52
Données d'enquête (b)	6	12	3	8	6	1	36
Ecart (b) - (a)		-8	0	-4	-10	0	-16
Taux de non réponse		40%	0%	33%	63%	0%	

Les refus de réponse sont plus importants chez les plus de 50 ans.

Répartition du personnel par ancienneté

Nous allons préciser cette remarque en rapportant les refus de réponses à l'ancienneté.



Comparons les données d'enquête avec les données administratives

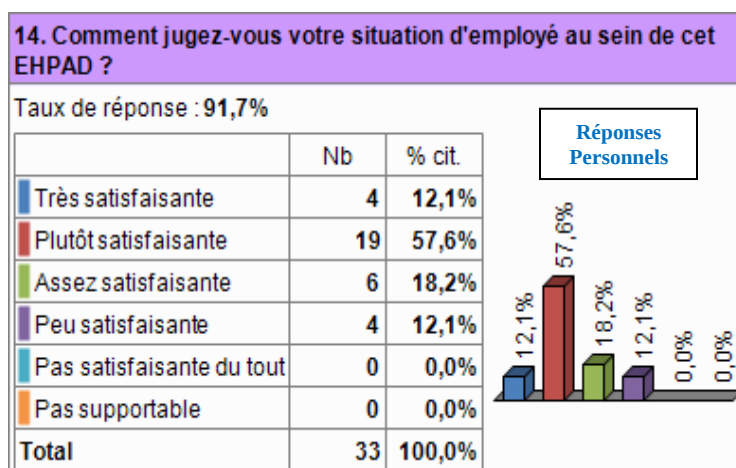
Ancienneté	Non Réponses	5 ans au plus	6 à 10 ans	Plus de 10 ans	Totaux
Données administratives (a)	0	30	9	13	52
Données d'enquête (b)	4	22	7	3	36
Ecarts (b) - (a)		-8	-2	-10	-16
Taux de non réponse		27%	22%	77%	100%

Les refus de réponse sont massifs au sein du personnel le plus ancien.

1. La relation du personnel à sa situation d'employé et à son travail

Avant d'analyser le fonctionnement de l'établissement, arrêtons un instant sur les motivations du personnel ainsi que son appréciation de sa situation d'employé.

Les personnels ayant répondu jugent leur situation bonne à 88 %.



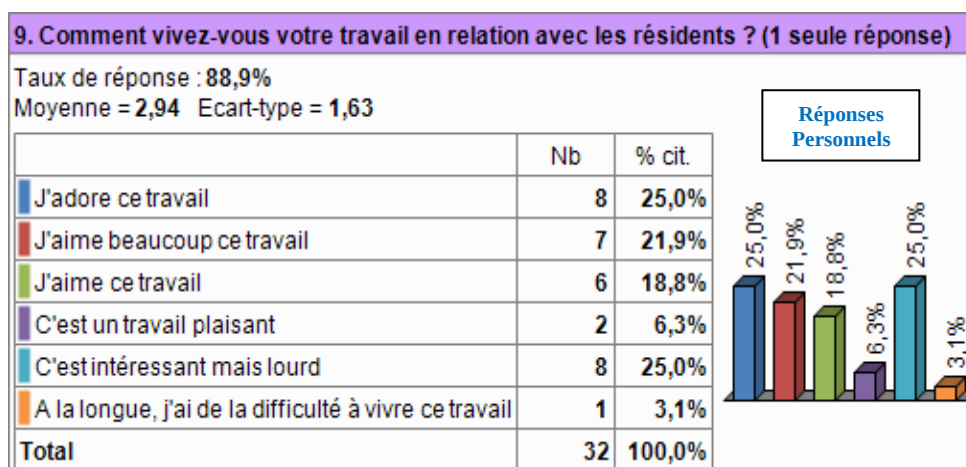
Intéressons-nous aux personnels les moins satisfaits ; Croisons les réponses aux deux questions suivantes.

Comment jugez-vous votre situation d'employé au sein de cet EHPAD ?
Quel est votre rôle au sein de l'EHPAD? (1 seule réponse)

Situation employé/Fonction	Cadres - Service administratif - Animation	Personnel médical et soignant	Service d'entretien - Restauration - Ménage	Autre intervenant
<i>Très satisfaisante</i>	0%	9%	11%	50%
<i>Plutôt satisfaisante</i>	100%	55%	55%	0%
<i>Assez satisfaisante</i>	0%	36%	11%	0%
<i>Peu satisfaisante</i>	0%	0%	22%	50%
<i>Pas satisfaisante du tout</i>	0%	0%	0%	0%
<i>Pas supportable</i>	0%	0%	0%	0%

Les personnels les moins satisfaits de leur situation appartiennent aux catégories « Service d'entretien -Restauration – Ménage » et « Autres intervenants ».

Quand les personnels sont interrogés sur le vécu de leur travail en relation avec les résidents, leur sentiment est plus mitigé :



Une majorité des personnels aime son travail (66%) mais pour une forte minorité (34,3%), ce travail, lié à la prise en charge des résidents est moyennement apprécié.

Qui sont ces personnels ? Croisons les réponses aux deux questions suivantes.

Comment vivez-vous votre travail en relation avec les résidents ? (1 seule réponse)

Quel est votre rôle au sein de l'EHPAD? (1 seule réponse)

Situation_face_résidents/Fonction	Cadres - Service administratif - Animation	Personnel médical et soignant	Service d'entretien - Restauration - Ménage	Autre intervenant
<i>J'adore ce travail</i>	40,00%	20,14%	29,86%	33,33%
<i>J'aime beaucoup ce travail</i>	40,00%	29,86%	10,07%	33,33%
<i>J'aime ce travail</i>	20,00%	10,07%	29,86%	0,00%
<i>C'est un travail plaisant</i>	0,00%	0,00%	10,07%	0,00%
<i>C'est intéressant mais lourd</i>	0,00%	39,93%	20,14%	33,33%
<i>A la longue, j'ai de la difficulté à vivre ce travail</i>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Polarisons le tableau pour le rendre plus lisible

	Cadres - Service administratif - Animation	Personnel médical et soignant	Service d'entretien - Restauration - Ménage	Autre intervenant
<i>Travail fait avec plaisir</i>	100,00%	60,07%	69,78%	66,67%
<i>Travail vécu comme pesant</i>	0,00%	39,93%	30,22%	33,33%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

C'est le personnel en contact avec les résidents qui trouve le travail lourd. Le secteur des soins est particulièrement visé.

Essayons d'aller plus loin dans l'analyse en regardant les relations entre le vécu du travail et l'âge. Pour cela, croisons les deux questions suivantes :

Comment vivez-vous votre travail en relation avec les résidents ? (1 seule réponse)

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

L'âge est naturellement un facteur qui intervient dans la pénibilité des tâches. Nous avons regardé le vécu du travail en fonction de l'âge dans le tableau suivant.

Situation_face_résidents/Fonction	Moins de 30 ans	30 ans à 40 ans	41 ans à 50 ans	51 ans à 60 ans	Plus de 60 ans
<i>J'adore ce travail</i>	20,14%	50,00%	28,72%	33,33%	0,00%
<i>J'aime beaucoup ce travail</i>	20,14%	0,00%	42,56%	16,67%	100,00%
<i>J'aime ce travail</i>	29,86%	0,00%	14,36%	16,67%	0,00%
<i>C'est un travail plaisant</i>	0,00%	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<i>C'est intéressant mais lourd</i>	29,86%	25,00%	14,36%	33,33%	0,00%
<i>A la longue, j'ai de la difficulté à vivre ce travail</i>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Comme cela est prévisible, 1/3 des plus de 51 ans trouvent le travail lourd. Ce qui est plus surprenant c'est que 1/4 des 30-40 ans le vivent ainsi et ainsi qu'un peu moins 1/3 des moins de 30 ans.

Pour analyser cette réalité complexe, nous avons regardé cette fois les pourcentages au total et avons polarisé les situations.

Situation_face_résidents/âge	Moins de 30 ans	30 ans à 40 ans	41 ans à 50 ans	51 ans à 60 ans	Plus de 60 ans

<i>J'adore ce travail</i>	7,2%	7,2%	7,2%	7,2%	0,0%	29%
<i>J'aime beaucoup ce travail</i>	7,2%	0,0%	10,6%	3,6%	3,6%	25%
<i>J'aime ce travail</i>	10,6%	0,0%	3,6%	3,6%	0,0%	18%
<i>C'est un travail plaisant</i>	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	4%
<i>C'est intéressant mais lourd</i>	10,6%	3,6%	3,6%	7,2%	0,0%	25%
<i>A la longue, j'ai de la difficulté à vivre ce travail</i>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
	35,6%	14,3%	25,0%	21,5%	3,6%	100%

Polarisons les résultats :

Situation_face_résidents/Fonction	Moins de 40 ans	Plus de 41 ans	
<i>Travail fait avec plaisir</i>	32% Situation normale en fonction de l'âge	39% Personnel motivé	71%
<i>Travail vécu comme pesant</i>	18% Situation inquiétante	11% Situation normale en fonction de l'âge	29%
	50%	50%	100%

Ce tableau fait apparaître des résultats rassurant sur le personnel et sa motivation. 71% des personnels qui ont répondu, vivent bien leur travail et le font avec plaisir même après 40 ans.

Ce qui est le plus étonnant c'est que 18% des personnels de moins de 40 ans vivent leur travail sans enthousiasme alors qu'il n'y en a que 11% de plus de 40 ans.

Cela montre la difficulté des jeunes face à l'emploi. Compte tenu des contraintes du marché du travail, il est difficile de refuser un travail même si la motivation n'est pas là. Les refus de réponses risquent de biaiser les résultats mais cette réalité doit être prise en compte dans le management.

Si on intègre les personnes ayant refusé de répondre :

Situation_face_résidents/Fonction	Moins de 40 ans	Plus de 41 ans	
<i>Travail fait avec plaisir</i>	23% Situation normale en fonction de l'âge	27% Personnel motivé	49%
<i>Travail vécu comme pesant</i>	12% Situation inquiétante	8% Situation normale en fonction de l'âge	20%
<i>Refus de réponses</i>	10%	22%	31%
	45%	55%	100%

Nous avons un pourcentage de 49% de personnels vivant bien leur travail. L'âge n'a pas d'incidence marquée sur la motivation au travail.

Avis évaluation/Fonction	Cadres - Service administratif - Animation	Personnel médical et soignant	Service d'entretien - Restauration - Ménage	Autre intervenant
<i>C'est très important dans la prise en compte de nos attentes</i>	40,00%	27,12%	29,86%	50,00%
<i>C'est important dans la prise en compte de nos attentes</i>	40,00%	36,27%	10,07%	25,00%
<i>C'est assez important dans la prise en compte de nos attentes</i>	0,00%	9,15%	10,07%	0,00%
<i>C'est peut être utile</i>	20,00%	9,15%	29,86%	0,00%
<i>Je n'en vois pas l'utilité</i>	0,00%	0,00%	10,07%	0,00%
<i>On ne tient jamais compte de nos besoins, alors pourquoi demander notre avis !</i>	0,00%	18,30%	0,00%	25,00%
<i>Non réponse</i>	0,00%	0,00%	10,07%	0,00%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Si on polarise les opinions :

Avis évaluation/Fonction	Cadres - Service administratif - Animation	Personnel médical et soignant	Service d'entretien - Restauration - Ménage	Autre intervenant
<i>C'est important</i>	80,00%	72,55%	50,00%	75,00%
<i>Ce n'est pas important</i>	20,00%	27,45%	50,00%	25,00%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Ce tableau ne prend pas en compte les refus de réponses par catégorie. Pour avoir une vision exacte de l'esprit de la maison, il faut les intégrer.

Avis évaluation/Fonction	Cadres - Service administratif - Animation	Personnel médical et soignant	Service d'entretien - Restauration - Ménage	Autre intervenant
<i>C'est important</i>	55,38%	53,62%	33,33%	75,00%
<i>Ce n'est pas important</i>	13,85%	20,29%	33,33%	25,00%
<i>Refus de réponses</i>	31%	26%	33%	0%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

K- Annexe 02 : liste des protocoles et procédures

Annexe 2

Liste des protocoles et procédures

Liste des protocoles et procédures

Les Novembre 2011

Concernant l'aide-soignant (e) et l'infirmier (e)

- Lavage simple des mains
- Toilette au lavabo
- Toilette complète au lit
- De soins bucco-dentaires
- Petit déjeuner en chambre
- Appeler médecin ou centre
- Chute
- Fugue
- Mise en place d'une contention
- Protection recommandées face à un résident porteur d'une BMR
- Précautions « standard » lors de soins à tout patient
- Hydratation (protocole Canicule)
- Régimes particuliers

Concernant l'infirmier (e)

Directeur Gabriel Cohen -Pitiot

Téléphone : 06 84 35 81 99 E-mail : gabriel.cohen@auditpro.org N° SIRET 500 007 331 00019

Numéro d'enregistrement de prestataire de formation 91 34 06332 34

Habilitation à l'évaluation externe des établissements et services médicaux sociaux par l'ANESM décision H2009-11-280

- Fièvre
- Hypoglycémie
- Vomissements
- Diarrhées
- Constipation
- Malaise
- Surveillance TP-INR
- Erreur d'administration de traitement
- Pose d'une sonde urinaire
- Pansement simple
- Prévention et traitement des plaies à retard de cicatrisation
- Prévention et traitement de l'escarre
- Prévention et traitement de l'ulcère de jambe
- Appel du réseau « Plaies et cicatrisation »
- Description du parcours patient habituel
- CAT devant un cas de gale isolé
- Hospitalisation

Plan bleu Canicule 2011

L- Annexe 03 : Liste des conventions

Annexe 3

Liste des conventions de coopération et partenariat (Anonymé)

M- Annexe 04 : Avis de la commission départementale

Annexe 4

Avis de la commission départementale de sécurité

08/04/2010
(Anonymé)

N- Annexe 05 : Exemple de planning hebdomadaire d'animation

Annexe 5

Exemple de planning hebdomadaire d'animation

SEMAINE 1

LUNDI	Après-midi	Réunion d'animateurs organisée par Coord'âge
	14 h	Tai-chi (intervenant extérieur)
	15 h	Gym (intervenant extérieur)
MARDI	de 9 h 30 à 11 h 30	Sortie jardin - Jeux de boules, de cerceaux et de ballons
	14 h 30	Atelier mémoire avec les plus autonomes
	15 h	Musicothérapie
	16 h	Goûter
	16 h 15	Jeux de mémoire
JEUDI	Matin	Ecoute de musique, chants dans le salon
	de 9 h 30 à 11 h 30	Expression corporelle
	de 14 h 30 à 16 h	Répétition du spectacle de fin d'année
	16 h	Goûter
	16 h 15	Scrabble - Belote
VENDREDI	Matin	Ecoute de musique, chants dans le salon - Télévision
	14 h 30	Loto
	16 h	Goûter

O- Annexe 06 : Tris à plat Réponses des Résidents et des familles

Annexe 6

Questionnaire

satisfaction des résidents

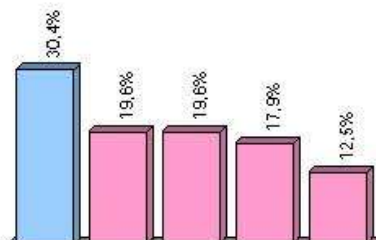
et de leurs familles

Ce questionnaire est anonyme cependant nous avons besoin de quelques renseignements. Merci

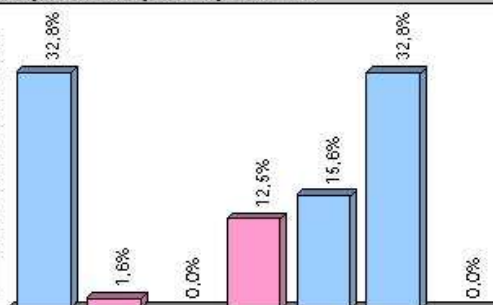
1. Depuis combien d'années vivez-vous dans une maison de retraite?

Mediane = 3,00

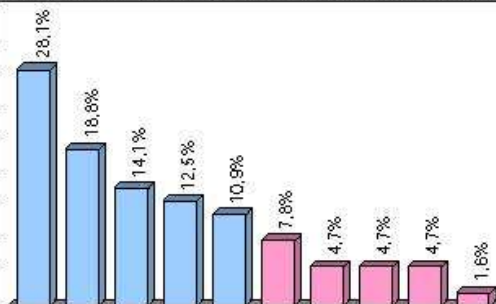
plus de 5 ans	17	30,4%
1 à 2 ans	11	19,6%
Moins d'1 an	11	19,6%
3 à 4 ans	10	17,9%
2 à 3 ans	7	12,5%
Total	56	100,0%


2. Qui remplit ce questionnaire? (plusieurs réponses possibles)

Le résident	21	32,8%
Un(e) ami(e) avec le résident	1	1,6%
Un(e) ami(e) du résident	0	0,0%
Le résident avec l'aide d'un membre du personnel	8	12,5%
Un membre de la famille avec le résident	10	15,6%
Un membre de la famille du résident	21	32,8%
Autre situation	0	0,0%
Total	64	

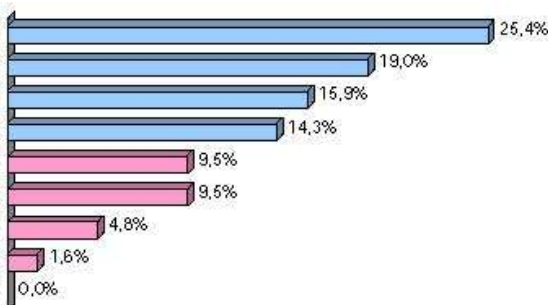

3. Dans quels secteurs d'activité avez-vous travaillé? (3 réponses au plus)

Autre situation	18	28,1%
Gestion de la maison	12	18,8%
Commerce	9	14,1%
Industrie	8	12,5%
Administration	7	10,9%
Agriculture	5	7,8%
Armée	3	4,7%
Artisanat	3	4,7%
Enseignement	3	4,7%
Transports	1	1,6%
Total	64	


4. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

Mediane = 7,00

86 ans à 90 ans	16	25,4%
91 ans à 95 ans	12	19,0%
Plus de 95 ans	10	15,9%
81 ans à 85 ans	9	14,3%
76 ans à 80 ans	6	9,5%
61 ans à 70 ans	6	9,5%
71 ans à 75 ans	3	4,8%
51 ans à 60 ans	1	1,6%
50 ans ou moins	0	0,0%
Total	63	100,0%

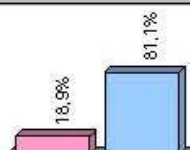


Directeur Gabriel Cohen Site : <http://auditpro.org> N° SIRET 500 007 331 00019
Habilitation à l'évaluation externe des établissements et services médicaux sociaux par l'ANESM décision H2009-11-280

64 observations

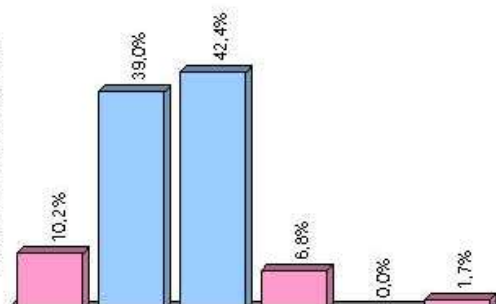
6. Sexe?

Homme	10	15,9%
Femme	43	67,1%
Total	53	100,0%

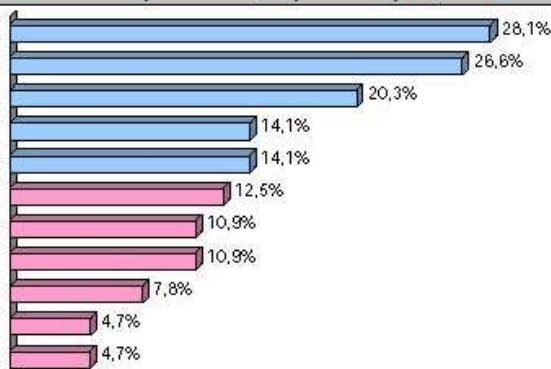

Votre impression sur les services
7. Comment jugez-vous les conditions matérielles de vie dans la maison de retraite? (1 seule réponse)

Médiane = 3,00

Très bonnes	6	10,2%
Bonnes	23	39,0%
Assez bonnes	25	42,4%
Assez mauvaises	4	6,8%
Mauvaises	0	0,0%
Très mauvaises	1	1,7%
Total	59	100,0%

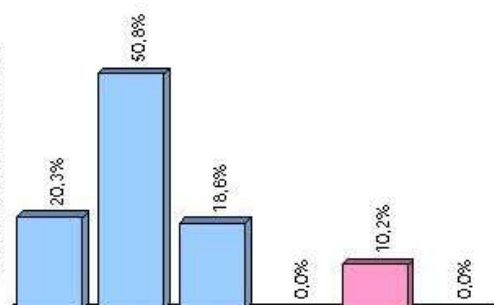

8. Sachant qu'il n'est pas possible qu'un service ne rencontre pas de difficultés, désignez les trois services qui vous semblent rencontrer le plus souvent des problèmes: (3 réponses au plus)

Entretien et réparation des locaux	13	20,3%
Restauration	17	26,6%
Service du lever	13	20,3%
Entretien du linge	9	14,1%
Soins infirmiers	9	14,1%
Hygiène des locaux	3	4,7%
Autres services	7	10,9%
Animation	7	10,9%
Service de nuit	5	7,8%
Soins médecins	3	4,7%
Accueil	3	4,7%
Total	64	


9. Comment jugez-vous la qualité des services à la personne apportée par le personnel? (1 seule réponse)

Médiane = 2,00

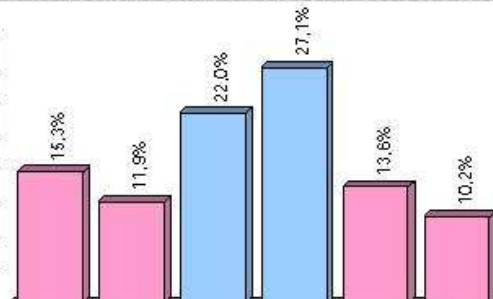
Très bons traitements	12	20,3%
Bons traitements	30	50,8%
Assez bons traitements	11	18,6%
Pas très bons traitements	0	0,0%
Traitements parfois limites	6	10,2%
Mauvais traitements habituels	0	0,0%
Total	59	100,0%



64 observations

10. Pensez-vous que le personnel fait son possible pour répondre aux besoins des résidents?(1 seule réponse)

Toujours	9	15,3%
Très souvent	7	11,9%
Souvent	13	22,0%
En général	16	27,1%
C'est un peu juste	8	13,6%
Il ne fait que le minimum obligatoire	6	10,2%
Total	59	100,0%


11. Quelles sont les deux qualités que vous attendez le plus du personnel?(2 réponses au plus)

Gentillesse	22	34,4%	34,4%
Respect	19	29,7%	29,7%
Disponibilité	18	28,1%	28,1%
Soins corporels	17	26,6%	26,6%
Servabilité	11	17,2%	17,2%
Amabilité	10	15,6%	15,6%
Ecoute	8	12,5%	12,5%
Sourire	4	6,3%	6,3%
Autre	0	0,0%	0,0%
Pudeur	0	0,0%	0,0%
Total	64		

P- Annexe 07 : Tris à plat Réponses des personnels – fonctionnement

Annexe 7

Questionnaire

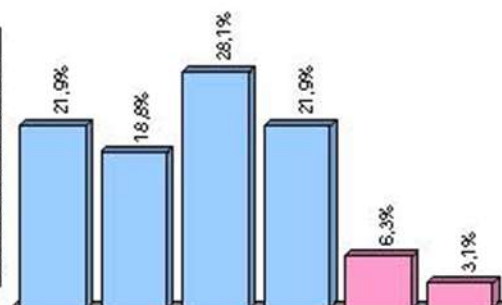
Fonctionnement

Ce questionnaire est anonyme mais nous avons cependant besoin de quelques renseignements. Merci

1. Depuis combien de temps travaillez vous dans cet EHPAD? (1 seule réponse)

Taux de réponse : 88,9%

	Nb	% c.t.
Moins de 1 an	7	21,9%
1 à 2 ans	6	18,8%
2 à 5 ans	9	28,1%
6 à 10 ans	7	21,9%
11 à 15 ans	2	6,3%
Plus de 15 ans	1	3,1%
Total	32	100,0%



2. Quelle est votre situation administrative par rapport l'EHPAD? (1 seule réponse)

Taux de réponse : 83,3%

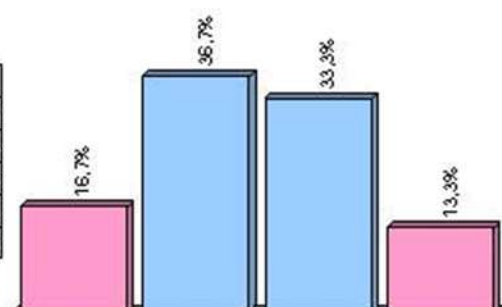
	Nb	% c.t.
Employé par l'EHPAD à temps complet	15	50,0%
Employé par l'EHPAD à temps partiel	12	40,0%
Employé par une entreprise extérieure	2	6,7%
Indépendant	1	3,3%
Autre intervenant	0	0,0%
Total	30	100,0%



3. Quel est votre rôle au sein de l'EHPAD? (1 seule réponse)

Taux de réponse : 83,3%

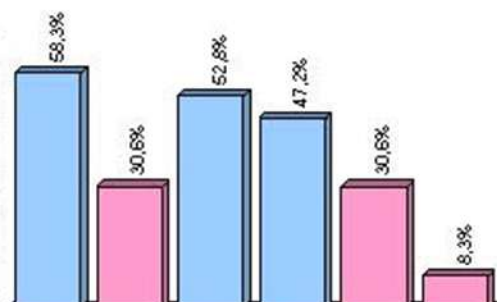
	Nb	% c.t.
Cadres - Service administratif - Animation	5	16,7%
Personnel médical et soignant	11	36,7%
Service d'entretien - Restauration - Ménage	10	33,3%
Autre intervenant	4	13,3%
Total	30	100,0%



4. Sur quelles plages horaires travaillez-vous en général? (plusieurs réponses possibles)

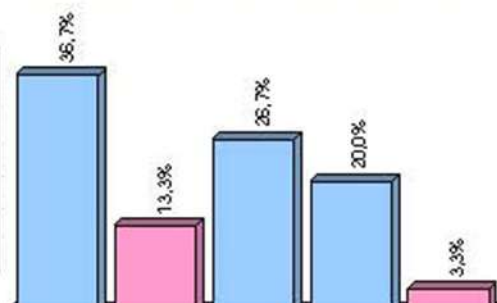
Taux de réponse : 77,8%

	Nb	% obs.
6 h 30 à 12 h	21	58,3%
12 h à 14 h	11	30,6%
14 h à 16 h 30	19	52,8%
16 h 30 à 19 h	17	47,2%
19 h à 20 h 30	11	30,6%
20 h 30 à 6 h 30	3	8,3%
Total	36	


5. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

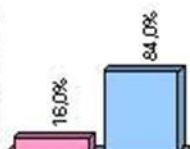
Taux de réponse : 83,3%

	Nb	% ct.
Moins de 30 ans	11	36,7%
30 ans à 40 ans	4	13,3%
41 ans à 50 ans	8	26,7%
51 ans à 60 ans	6	20,0%
Plus de 60 ans	1	3,3%
Total	30	100,0%


6. Sexe?

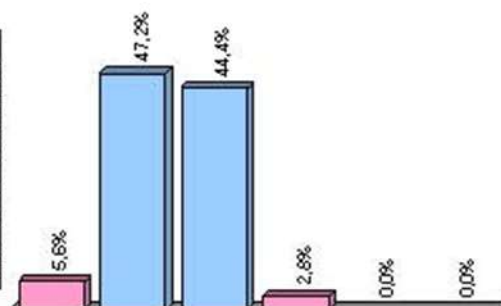
Taux de réponse : 69,4%

	Nb	% ct.
Homme	4	16,0%
Femme	21	84,0%
Total	25	100,0%


Les relations dans le travail
7. Comment jugez-vous les RELATIONS entre les professionnels concernant le travail?(1 seule réponse)

Taux de réponse : 100,0%

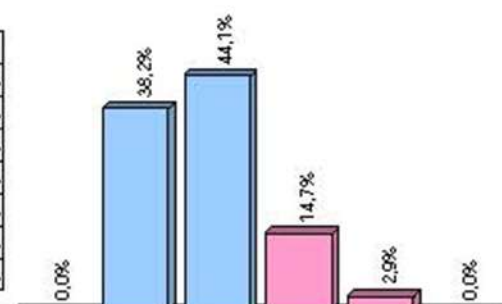
	Nb	% ct.
Très bonne	2	5,6%
Bonne	17	47,2%
Assez bonne	16	44,4%
Assez difficile	1	2,8%
Difficile	0	0,0%
Inexistante	0	0,0%
Total	36	100,0%



8. Comment jugez-vous la COMMUNICATION entre les professionnels concernant le travail ? (1 seule réponse)

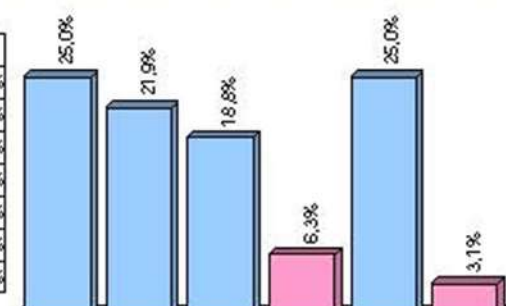
Taux de réponse : 94,4%

	Nb	% cit.
Très bonne	0	0,0%
Bonne	13	38,2%
Assez bonne	15	44,1%
Assez difficile	5	14,7%
Difficile	1	2,9%
Inexistante	0	0,0%
Total	34	100,0%


9. Comment vivez-vous votre travail en relation avec les résidents ? (1 seule réponse)

Taux de réponse : 88,9%

	Nb	% cit.
J'adore ce travail	8	25,0%
J'aime beaucoup ce travail	7	21,9%
J'aime ce travail	6	18,8%
C'est un travail plaisant	2	6,3%
C'est intéressant mais lourd	8	25,0%
A la longue, j'ai de la difficulté à vivre ce travail	1	3,1%
Total	32	100,0%

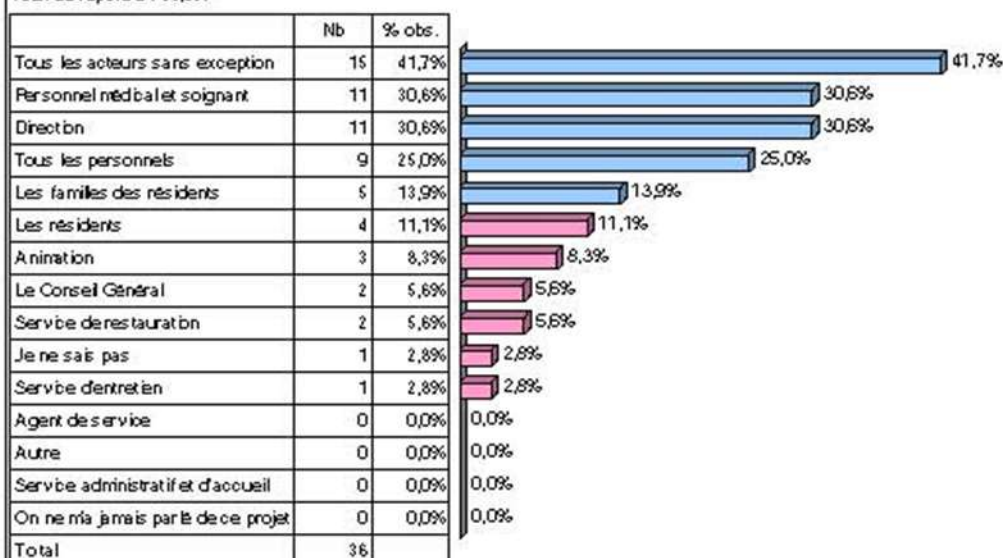

10. Quelles sont les trois difficultés majeures que vous avez rencontrées ces deux derniers mois dans l'exercice de vos fonctions ?

Taux de réponse : 91,7%

	Nb	% obs.
Des problèmes de surcharge de travail	14	38,9%
Des conflits dans le travail	9	25,0%
Un manque de formation dans certains aspects de mon travail	8	22,2%
Des problèmes de matériels pour exercer convenablement mon travail	8	22,2%
Des difficultés de communication avec les collègues	6	16,7%
Des problèmes liés à l'agencement des locaux	5	13,9%
Une démotivation pour le travail	5	13,9%
Des problèmes de santé personnels	4	11,1%
Un manque de confiance dans les relations au sein du travail	3	8,3%
Des problèmes extérieurs qui influent sur mon travail	3	8,3%
Autres	3	8,3%
Des difficultés de communication avec la direction	2	5,6%
Un manque de supervision	2	5,6%
Un planning inadéquat	1	2,8%
Total	36	

13. Pour vous qui est concerné par la mise en place et la réalisation du projet de vie? (3 réponses au plus)

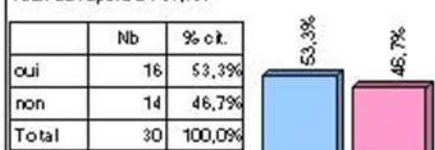
Taux de réponse : 88,9%


14. Comment jugez-vous votre situation d'employé au sein de cet EHPAD ?

Taux de réponse : 91,7%


15. Avez-vous pris connaissance du projet d'établissement des Aiguères?

Taux de réponse : 83,3%

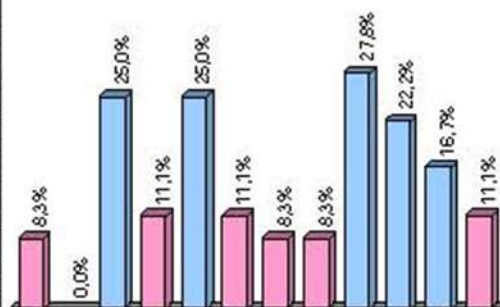


Intérêt et besoins en formation

16. Quelles sont les formations que vous avez déjà suivies depuis moins de cinq ans? (Plusieurs réponses possibles)

Taux de réponse : 61,1%

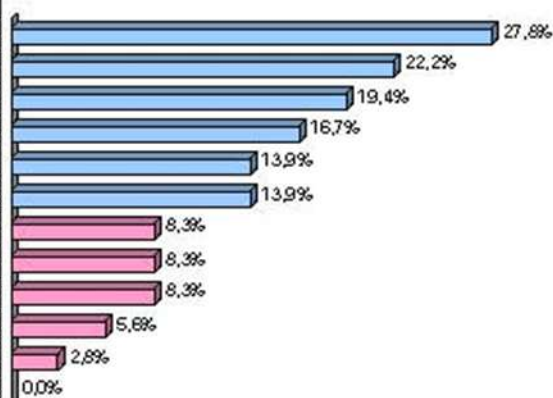
	Nb	% obs.
Accueil du public, des résidents et de leurs familles	3	8,3%
Répondre au téléphone	0	0,0%
Bien-traitance	9	25,0%
L'écoute et la relation au résident	4	11,1%
L'accompagnement en fin de vie	9	25,0%
La communication dans le cadre professionnel	4	11,1%
La gestion du stress	3	8,3%
Optimiser l'organisation	3	8,3%
Prévention des risques	10	27,8%
Gestes et postures	8	22,2%
L'hygiène au quotidien	6	16,7%
Autre	4	11,1%
Total	36	



17. Selon vous, quelles sont les formations que vous souhaiteriez suivre? (2 réponses au plus)

Taux de réponse : 83,3%

	Nb	% obs.
La gestion du stress	10	27,8%
L'accompagnement en fin de vie	8	22,2%
Gestes et postures	7	19,4%
La communication dans le cadre professionnel	6	16,7%
Prévention des risques	5	13,9%
Bien-traitance	5	13,9%
Autre	3	8,3%
L'écoute et la relation au résident	3	8,3%
Optimiser l'organisation	3	8,3%
Accueil du public, des résidents et de leurs familles	2	5,6%
L'hygiène au quotidien	1	2,8%
Répondre au téléphone	0	0,0%
Total	36	

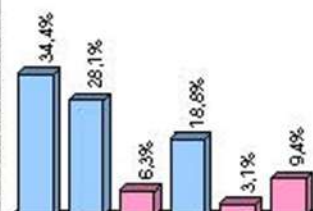


Propositions et opinions

18. Que pensez-vous de la démarche qui consiste à vous demander votre avis sur le fonctionnement de l'EHPAD? (1 seule réponse)

Taux de réponse : 88,9%

	Nb	% c.t.
C'est très important dans la prise en compte de nos attentes	11	34,4%
C'est important dans la prise en compte de nos attentes	9	28,1%
C'est assez important dans la prise en compte de nos attentes	2	6,3%
C'est peut être utile	6	18,8%
Je n'en vois pas l'utilité	1	3,1%
On ne tient jamais compte de nos besoins, alors pourquoi demander notre avis!	3	9,4%
Total	32	100,0%



Q- Annexe 08 : Tris à plat Réponses des personnels – bientraitance

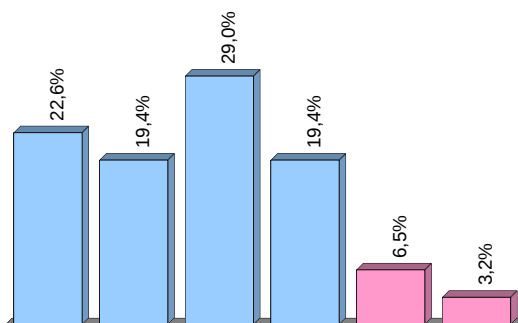
Annexe 8

Questionnaire bientraitance

1. Depuis combien de temps travaillez vous dans cet établissement?(1 seule réponse)

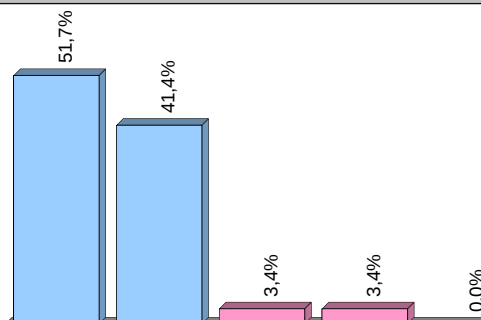
Moyenne = 2,77 '2 à 5 ans'

Moins d'un an	7	22,6%
1 à 2 ans	6	19,4%
2 à 5 ans	9	29,0%
6 ans à 10 ans	6	19,4%
11 ans à 15 ans	2	6,5%
Plus de 15 ans	1	3,2%
Total	31	100,0%



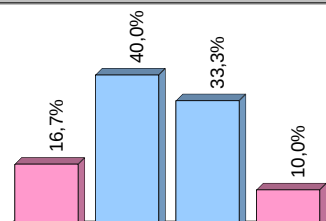
2. Quelle est votre situation administrative par rapport à l'EHPAD?(1 seule réponse)

Employé à temps complet	15	51,7%
Employé à temps partiel	12	41,4%
Employé par une entreprise extérieure	1	3,4%
Indépendant	1	3,4%
Autre intervenant	0	0,0%
Total	29	100,0%



3. Quel est votre rôle au sein de l'EHPAD? (1 seule réponse)

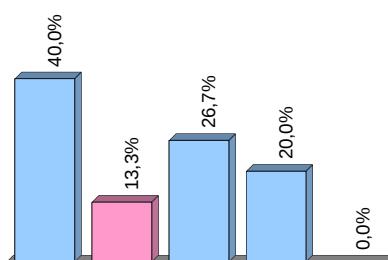
Cadres - Service administratif - Animation	5	16,7%
Personnel soignant	12	40,0%
Service d'entretien, de restauration et de ménage	10	33,3%
Autre intervenant	3	10,0%
Total	30	100,0%



4. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

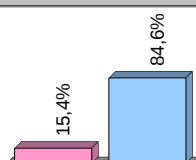
Moyenne = 2,27 '30 ans à 40 ans'

Moins de 30 ans	12	40,0%
30 ans à 40 ans	4	13,3%
41 ans à 50 ans	8	26,7%
51 ans à 60 ans	6	20,0%
Plus de 60 ans	0	0,0%
Total	30	100,0%



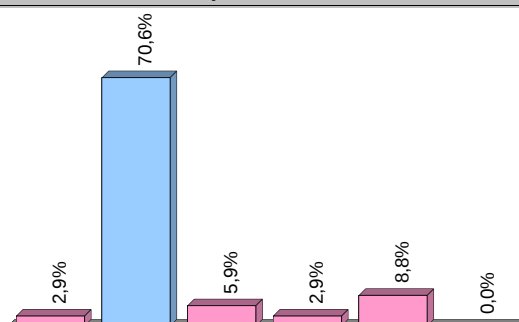
5. Sexe?

Homme	4	15,4%
Femme	22	84,6%
Total	26	100,0%



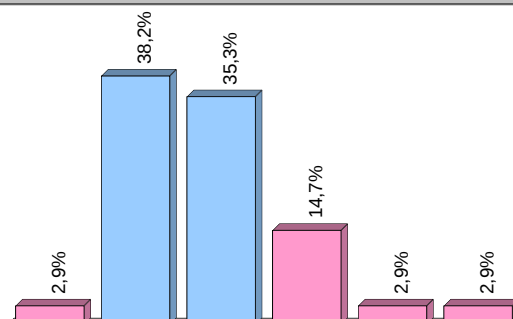
6. Pour le Ministère de la Santé, la bienveillance est une des priorités des EHPAD. Dans votre EHPAD, à votre avis, la bienveillance est toujours ?

Très satisfaisante	1	2,9%
Satisfaisante	24	70,6%
Rarement mal assurée	2	5,9%
Trop souvent mal assurée	1	2,9%
Il y a de la maltraitance	3	8,8%
Il y a trop de maltraitance, c'est un scandale	0	0,0%
Total	34	



7. Le suivi individualisé des besoins des résidents est une obligation en EHPAD. Dans votre EHPAD, à votre avis, ce suivi est réalisé :

Parfaitement	1	2,9%
Correctement	13	38,2%
Assez bien	12	35,3%
Assez mal	5	14,7%
Très peu	1	2,9%
Il est à mettre en place	1	2,9%
Total	34	

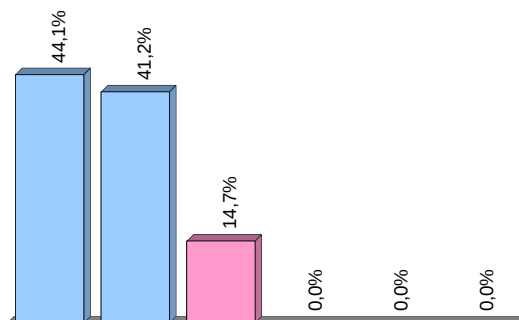


Les relations avec les résidents

8. Ces deux derniers mois, comment avez-vous vécu votre relation avec les résidents ?(1 seule réponse)

Moyenne = 1,71 'Bien'

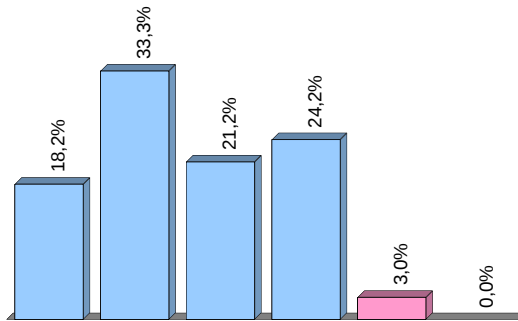
Très bien	15	44,1%
Bien	14	41,2%
Assez bien	5	14,7%
Assez mal	0	0,0%
Mal	0	0,0%
Très mal	0	0,0%
Total	34	100,0%



9. Comment jugez-vous le fait de tutoyer un résident sans entente préalable ? (1 seule réponse)

Moyenne = **2,61** 'Assez grave'

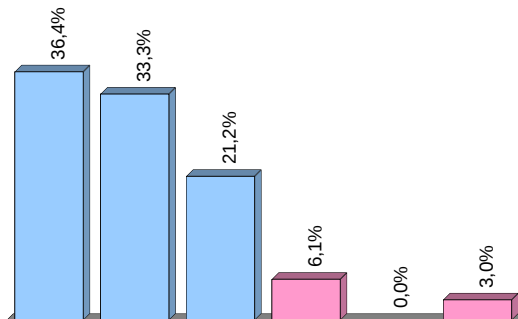
Très grave	6	18,2%
Grave	11	33,3%
Assez grave	7	21,2%
Pas très grave	8	24,2%
Assez normal	1	3,0%
Très normal	0	0,0%
Total	33	100,0%



10. Comment jugez-vous le fait de réaliser une tâche (toilette, ménage, repas) sans s'adresser au résident présent? (1 seule réponse)

Moyenne = **2,09** 'Grave'

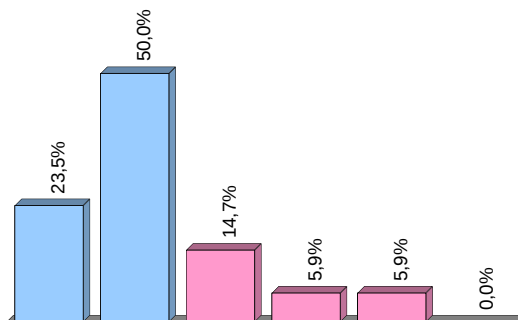
Très grave	12	36,4%
Grave	11	33,3%
Assez grave	7	21,2%
Pas très grave	2	6,1%
Assez normal	0	0,0%
Très normal	1	3,0%
Total	33	100,0%



11. Comment jugez-vous le fait d'avoir une attitude de rejet vis à vis du résident aidé?(1 seule réponse)

Moyenne = **2,21** 'Grave'

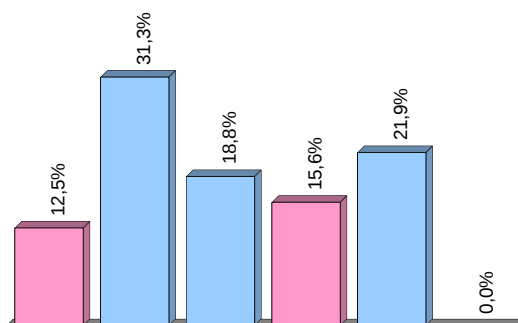
Très grave	8	23,5%
Grave	17	50,0%
Assez grave	5	14,7%
Pas très grave	2	5,9%
Assez normal	2	5,9%
Très normal	0	0,0%
Total	34	100,0%



12. Comment jugez-vous le fait d'imposer un rythme, des types d'aliments, des comportements au résident en fonction de l'organisation du service ? (1 seule réponse)

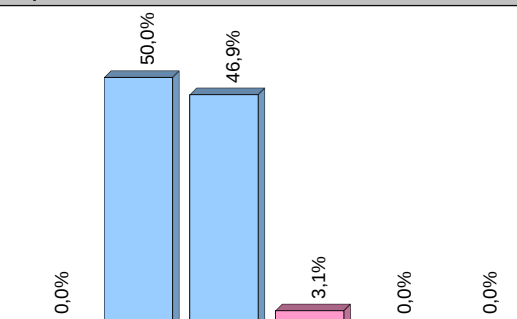
Moyenne = 3,03 'Assez grave'

Très grave	4	12,5%
Grave	10	31,3%
Assez grave	6	18,8%
Pas très grave	5	15,6%
Assez normal	7	21,9%
Très normal	0	0,0%
Total	32	100,0%



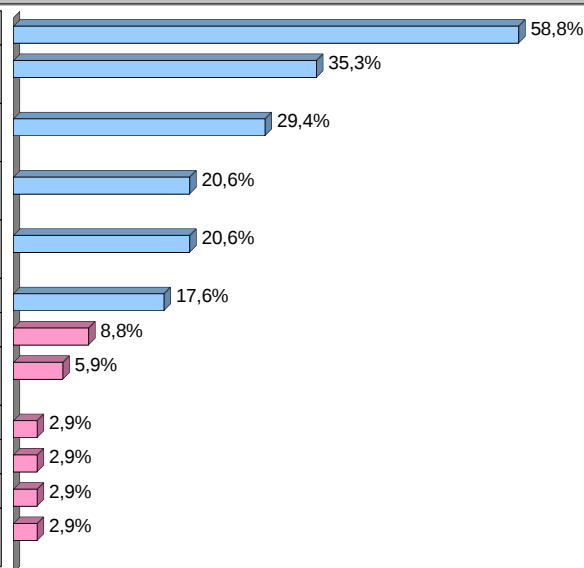
13. Au cours des deux derniers mois, en fonction de vos observations comment qualifieriez-vous les évolutions de la qualité des relations avec les résidents de l'EHPAD?

Très positives	0	0,0%
Positives	16	50,0%
Inchangées	15	46,9%
Légères dégradées	1	3,1%
Dégradées	0	0,0%
Très dégradées	0	0,0%
Total	32	100,0%



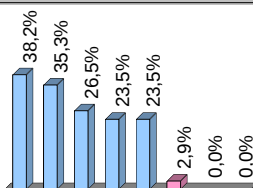
14. Au cours des deux derniers mois, quelles sont les attitudes négatives les plus fréquentes que vous avez constatées dans les relations des professionnels avec les résidents ? (trois réponses au plus)

Manque de patience	20	58,8%
Manque d'investissement dans le travail	12	35,3%
Manque d'application dans le travail	10	29,4%
Manque de respect des désirs des résidents	7	20,6%
Manque de conscience professionnelle	7	20,6%
Familiarité	6	17,6%
Indifférence ou ignorance	3	8,8%
Manque de respect de l'intimité des résidents	2	5,9%
Pressions ou chantage	1	2,9%
Vulgarité ou insulte	1	2,9%
Agressivité	1	2,9%
Manque de considération du résident ou des familles	1	2,9%
Total	34	



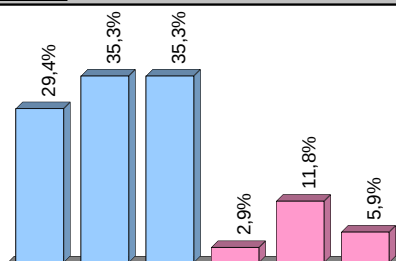
15. Quelles sont vos demandes en relation avec la bienveillance pour les deux mois à venir ?

Aucune demande particulière	13	38,2%
Demande d'une réflexion collective sur les objectifs de travail et sur les finalités poursuivies	12	35,3%
Demande d'une réunion par service pour faire le point	9	26,5%
Demande de plus de contrôle par la direction	8	23,5%
Demande d'aide à travers une formation	8	23,5%
Demande d'aide de la part de l'encadrement	1	2,9%
Demande de rencontre avec la direction	0	0,0%
Autre	0	0,0%



16. Quelles sont vos demandes en relation avec le suivi individualisé des résidents pour les deux mois à venir ?

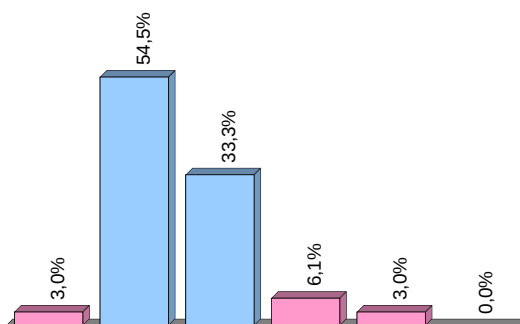
Aucune demande particulière	10	29,4%
Demande d'une réunion par service pour faire le point	12	35,3%
Demande d'une réflexion collective sur les objectifs du suivi	12	35,3%
Demande de rencontre avec la direction pour l'organisation du suivi	1	2,9%
Demande d'aide à travers une formation	4	11,8%



17. Au cours des deux derniers mois, comment avez-vous vécu le travail au quotidien ? (1 seule réponse)

Moyenne = 2,52 'Assez bien'

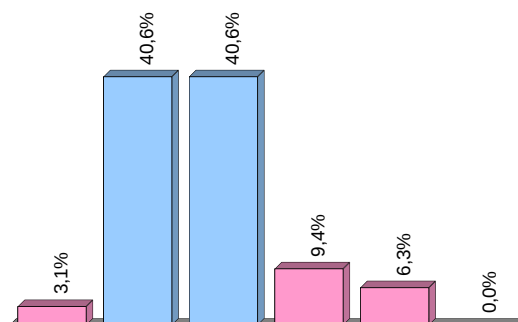
Très bien	1	3,0%
Bien	18	54,5%
Assez bien	11	33,3%
Assez mal	2	6,1%
Mal	1	3,0%
Très mal	0	0,0%
Total	33	100,0%



18. Sur les deux derniers mois, comment jugez-vous les relations au sein du personnel concernant le travail ? (1 seule réponse)

Moyenne = 2,75 'Assez bonnes'

Très bonnes	1	3,1%
Bonnes	13	40,6%
Assez bonnes	13	40,6%
Assez mauvaises	3	9,4%
Mauvaises	2	6,3%
Très mauvaises	0	0,0%
Total	32	100,0%



R- [Annexe 09 : Tableau de bord relationnel](#)

Annexe 09

Tableau de bord relationnel

		La question posée	Objectif de la mesure	Code	Résultat attendu	Valeur haute	Valeur basse	Constat pour L'EHPAD	Alertes pour l'EHPAD
USAGERS	Satisfaction des usagers	Pensez-vous que le personnel fait son possible pour répondre aux besoins des résidents?	Engagement du personnel	SU-Q6	76%	77%	56%	50%	A regarder
		Comment jugez-vous les conditions matérielles de vie dans l'EHPAD?	Qualité d'accueil matériel des résidents	SU-Q11	94%	99%	87%	91%	Correct
		Comment jugez-vous la qualité des services à la personne apporté par le personnel?	Bienveillance	SU-Q9	99%	100%	92%	90%	A regarder
PERSONNELS	Relations	Comment vivez-vous votre travail en relation avec les résidents	Vécu du professionnel dans sa relations avec les résidents	Fct-Q8	67%	74%	66%	66%	A regarder
		Comment jugez-vous la communication entre professionnels au travail	Qualité de la communication entre professionnels	Fct-Q9	76%	82%	71%	82%	Très bon
		Comment jugez-vous le fait de tutoyer un résident sans entente préalable	Bienveillance 1: Respect de la dignité de la personne	BT-Q9	78%	83%	70%	73%	Correct
		Comment jugez-vous le fait de réaliser une tâche (toilette ...) sans s'adresser au résident présent?	Bienveillance 2: communication	BT-Q10	91%	96%	90%	91%	Bon
	Bienveillance	Comment jugez-vous le fait d'imposer un rythme, des types d'alimentation, des types de comportements, aux résidents en fonction de l'organisation du service?	Bienveillance 3: Respect besoins des résidents	BT-Q12	73%	76%	65%	63%	A regarder
			Bienveillance	Fct-Q17	13%	23%	13%	13%	Des besoins importants
			L'écoute et la relation au résident	Fct-Q17	33%	39%	19%	8%	Des besoins isolés
	Besoins en formation	Selon-vous quelles sont les formations que vous souhaiteriez suivre? (Deux réponses possibles sur 9)	La communication dans le cadre professionnel	Fct-Q17	17%	20%	13%	17%	Des besoins importants
			La gestion du stress	Fct-Q17	28%	33%	21%	28%	Des besoins importants

DIFFICULTÉS DES SERVICES		Difficultés de fonctionnement							Sachant qu'il n'est pas possible qu'un service ne rencontre pas de difficultés, désignez les services qui vous semblent rencontrer le plus souvent des problèmes? (trois réponses possibles sur 14)	
		Entretien et réparation des locaux	Fct-Q11	8%	15%	6%	6%	6%		
		Soins de jour (nursérie, Toilette,...)	Fct-Q11	24%	28%	16%	28%	28%	A regarder	Très bon
		Soins de nuit	Fct-Q11	9%	10%	3%	19%	19%	A regarder	
		Restauration	Fct-Q11	14%	26%	2%	14%	14%	Correct	
		Service de table	Fct-Q11	9%	19%	8%	8%	8%	Très bon	
		Animation	Fct-Q11	7%	12%	3%	8%	8%	Correct	
		Organisation administrative	Fct-Q11	3%	4%	2%	3%	3%	Correct	
		Planning	Fct-Q11	17%	33%	11%	11%	11%	Très bon	
		Organisation du travail au quotidien	Fct-Q11	21%	24%	16%	22%	22%	Correct	
		Hygiène des locaux	Fct-Q11	15%	20%	7%	8%	8%	Bon	
		Service du lever	Fct-Q11	2%	8%	1%	0%	0%	Très bon	
		Service d'accompagnement du petit déjeuner	Fct-Q11	12%	15%	6%	17%	17%	A regarder	
		Soins infirmiers	Fct-Q11	4%	11%	2%	11%	11%	Correct	
		Soins médecins	Fct-Q11	3%	6%	0%	0%	0%	Très bon	

QUALITÉ DU FONCTIONNEMENT	Difficultés de Fonctionnement	Selon vous quelles sont les difficultés que rencontre l'organisation des services? (trois réponses au plus sur 13 possibles)	Manque de communication de la direction	Fct-Q12	7%	22%	5%	6%	Bon
			Manque de communication entre les personnels	Fct-Q12	28%	36%	19%	19%	Très bon
			Manque de communication entre services	Fct-Q12	25%	27%	10%	25%	Correct
			Manque de clarté des instructions	Fct-Q12	5%	7%	0%	0%	Très bon
			Manque d'initiative du personnel	Fct-Q12	11%	13%	7%	6%	Très bon
			Manque d'adhésion de certains personnels aux objectifs de l'EHPAD	Fct-Q12	10%	13%	8%	8%	Très bon
			Manque de conscience professionnelle de certains	Fct-Q12	24%	30%	21%	31%	A regarder
			Manque d'autorité	Fct-Q12	5%	6%	3%	3%	Très bon
			Abus d'autorité	Fct-Q12	2%	3%	0%	3%	A regarder
			Moyens insuffisants face aux tâches	Fct-Q12	19%	21%	10%	17%	Bon
			Manque de respect du travail par les collègues	Fct-Q12	13%	22%	11%	28%	A regarder
			Manque d'esprit d'équipe dans le travail	Fct-Q12	31%	38%	24%	28%	Bon
Besoins de repère et d'évaluation		Que pensez-vous de la démarche qui consiste à demander votre avis sur le fonctionnement de l'EHPAD?	Besoins de repère et d'évaluation	Fct-Q18	81%	91%	72%	69%	A regarder

S- Annexe 10 : Contrat AuditPro

Annexe 10

Contrat AuditPro (Anonymé)

T- [Annexe 11: Habilitation ANESM](#)

Annexe 11

Habilitation ANESM



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

DECISION n°H2009-11-280 PORTANT HABILITATION A L'EVALUATION EXTERNE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

Vu le code de l'Action sociale et des familles, notamment ses articles L.312-8 et R.312-201,

Vu l'arrêté du 13 avril 2007 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux »,

Vu la délibération n°20081113-4 du conseil d'administration de l'Anesm en date du 13 novembre 2008 approuvant la procédure d'habilitation et la composition du dossier de demande d'habilitation,

Vu l'avis favorable n°2008-09 du conseil scientifique de l'Anesm en date du 2 octobre 2008 approuvant les conditions et modalités de l'habilitation,

Vu la demande reçue le 20 juillet 2009 présentée par Monsieur Gabriel COHEN sous la dénomination « AUDITPRO » et le dossier joint à cette demande en vue d'obtenir l'habilitation de l'Anesm pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles, en application des dispositions des articles L.312-8 et R.312-201 du code de l'Action sociale et des familles,

Le Directeur de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) décide :

Article 1^{er} : Monsieur Gabriel COHEN sous la dénomination « AUDITPRO », sis 31 avenue Clémenceau – 34060 MONTPELLIER Cedex 02, dont le n° Siren est 500007331, est habilité sous le n°H2009-11-280 à procéder à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles.

Cette habilitation est délivrée pour une durée indéterminée sous réserve d'une suspension ou d'un retrait par décision de l'Anesm.

Cette habilitation est valable sur l'ensemble du territoire national français.

Article 2 : la présente décision est notifiée à Monsieur Gabriel COHEN.

Article 3 : la liste des organismes habilités à procéder à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles est publiée par insertion au Bulletin officiel du ministère chargé de l'Action sociale et consultable sur le site internet de l'Anesm (www.anesm.sante.gouv.fr).

Fait à Saint-Denis, le 9 octobre 2009

Le Directeur de l'Anesm
Didier CHARLANNE

U- Annexe 12 : Équipe d'intervenants et calendrier de réalisation

Annexe 12

Calendrier de réalisation et Équipe d'intervenants

Phase	Mois				
	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier
Prise de connaissance					
Réunions groupe de pilotage					
Questionnaires : Elaboration et dépouillement					
Entretiens et audit terrain					
Synthèse et Pré-rapport					
Présentation Pré-rapport					
Rapport définitif					

PERSONNEL-CLE

Nom	Poste
Gabriel COHEN-PITIOT	Chef de mission
Safiétou	Assistante

Directeur Gabriel Cohen -Pitiot

Téléphone : 06 84 35 81 99 E-mail : gabriel.cohen@auditpro.org N° SIRET 500 007 331 00019

Numéro d'enregistrement de prestataire de formation 91 34 06332 34

Habilitation à l'évaluation externe des établissements et services médicaux sociaux par l'ANESM décision H2009-11-280

V- Annexe 13 : Contrôles risque alimentaire

Annexe 13

Contrôles risques alimentaires (Anonymé)