

## ABREGÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

### CENTRE GERIATRIQUE ERNEST GUERIN

Chemin des Plumets – BP 707  
85 167 Saint Jean de Monts

Directrice : Madame KESLLER

*« Vous êtes reconnu »*

#### **Equipe évaluateur**

Nom responsable de l'évaluation

B. BOEFFARD

Noms des autres évaluateurs

F. COOLS

Date de la visite : Octobre 2013

<b>1. LA DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE .....</b>	<b>3</b>
<b>2. LA PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES .....</b>	<b>4</b>
<b>3. LES CONDITIONS D'ELABORATION, DE MISE EN ŒUVRE ET D'ACTUALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE ET L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE OU DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS.....</b>	<b>5</b>
<b>4. L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE.....</b>	<b>6</b>
<b>5. PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT .....</b>	<b>7</b>
<b>6. L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS.....</b>	<b>8</b>
<b>7. LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES .....</b>	<b>9</b>
<b>8. APPRECIATION GLOBALE DE L'EVALUATEUR EXTERNE.....</b>	<b>10</b>
<b>9. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION EXTERNE.....</b>	<b>11</b>
<b>10. COMMENTAIRES DE L'ESSMS SUR L'EVALUATION EXTERNE .....</b>	<b>12</b>

## 1. La démarche d'évaluation interne

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne,	Taux de participation à l'évaluation interne remarquable Rapport d'évaluation interne très détaillé	L'établissement n'a pas pu s'appuyer sur la recommandation sur l'évaluation interne de Février 2012 (évaluation réalisée en décembre 2011)	S'appuyer sur la recommandation de février 2012 pour réaliser la prochaine évaluation interne Superposer évaluation interne et actualisation du projet d'établissement
Modalités de participation des usagers	Participation ciblée sur 3 thèmes Participation d'un représentant des familles et 2 représentants Utilisation des résultats des enquêtes	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation
Communication et diffusion des propositions d'amélioration	Restitution générale Aux instances et aux personnels. Utilisation de différents supports : - Le mensuel qualité (EHPAD infos) - Personnel - Tableau d'affichage dans les services- Personnel - Le journal « Quoi de neuf ? » - Résidents, familles, bénévoles, et administrateurs	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation
Modalités d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité,	Plan d'actions de chaque secteur Les fiches actions du projet d'établissement sont reliées à ces plans d'actions Les plans d'actions de chaque secteur sont actualisés par des actions issues des contrôles réglementaires, des audits et des enquêtes de satisfaction, de la convention tripartite,  Plan d'actions consolidé	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation
Modalités de suivi des résultats	Les plans d'actions sont construits à partir de fichiers Excel permettant des extractions et un suivi régulier. Des revues de Direction sont planifiées tous les trimestres pour faire le point sur le taux d'avancement du plan d'actions.	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation

## 2. La prise en compte des recommandations des bonnes pratiques professionnelles

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Modalités d'appropriation des recommandations</p> <p>Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités</p>	<p>Les recommandations sont citées dans les documents qualité en tant que références</p> <p>Les recommandations sont connues de la cadre de santé et de l'équipe de Direction.</p> <p>Les recommandations sont listées en références des documents qualité</p>	<p>Les recommandations en tant que telles ne sont pas connues des acteurs de terrain (IDE, AS, ASH).</p> <p>L'utilisation des outils proposés par les recommandations doit continuer d'être développée (projet d'établissement, évaluation interne, indicateurs, ...)</p>	<p>Formation des personnels au contenu des recommandations et à leurs modalités de lecture.</p> <p>S'appuyer sur les recommandations pour construire le prochain projet d'établissement, les documents qualité et tableaux de bord.</p>

### 3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Caractérisation de la population accompagnée</p> <p>Modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement ou de service</p> <p>Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée</p>	<p>L'établissement s'appuie sur les orientations régionales, départementales et locales pour suivre l'évolution des besoins externes , et sur l'évolution du GMP et du PATHOS en interne</p> <p>Le projet d'établissement s'appuie sur les concepts de l'Humanitude</p> <p>Suivi des plans d'actions formalisés.</p> <p>Les activités et les prestations sont adaptées</p>	<p>L'évolution en interne de de la population accompagnée n'est pas spécifiée dans le projet d'établissement</p> <p>Sur le terrain, les pratiques ne sont pas toujours en cohérence avec les principes Humanitude énoncés par le projet d'établissement (regard, parole, toucher, verticalité)</p> <p>Les personnes en grande dépendance participent peu à la vie collective et sociale</p>	<p>Mesurer les indicateurs préconisés par les recommandations de bonnes pratiques pour adapter le projet d'établissement à l'évolution interne</p> <p>Continuer à évaluer les pratiques collectives et corriger les écarts par des actions appropriées.</p> <p>Adapter le projet aux spécificités des personnes en grande dépendance</p>

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'usager</p> <p>Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires,</p> <p>Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu, contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement,</p> <p>Contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement,</p>	<p>L'établissement a développé des collaborations avec des partenaires extérieurs. Aujourd'hui, ils sont au nombre de 17. Chaque collaboration fait l'objet d'une convention.</p> <p>Perception excellente des partenaires (actif, moteur, etc.) de l'établissement</p> <p>Cette prise en compte est effective L'établissement (en s'appuyant sur le GCS Marais Breton Vendéen et d'autres partenaires) essaie d'utiliser de manière optimale les ressources extérieures</p> <p>Rôle moteur de l'établissement dans : Le développement du réseau qualité L'organisation de sorties inter EHPAD La coordination des différents acteurs du secteur pour l'organisation des entrées/sorties des résidents</p>	<p>L'ancrage des activités dans le territoire (partenariats et ouverture) n'est pas suffisamment explicité dans le projet d'établissement</p> <p>Cette perception n'est pas mesurer</p> <p>Pas de faiblesse identifiée</p> <p>Pas de faiblesse identifiée</p>	<p>Formaliser la politique d'ouverture existante et l'inscrire dans le projet d'établissement</p> <p>Mesurer de manière structurée (sur la base de critères) la perception des partenaires</p> <p>Pas de préconisation</p> <p>Pas de préconisation</p>

## 5. Personnalisation de l'accompagnement

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>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,</p>	<p>Les besoins des usagers sont évalués par une équipe pluridisciplinaire et en concertation avec le résident et sa famille. Ces informations sont formalisées (dont toilettes évaluatives) Une journée d'essai est mise en place pour les personnes sollicitant le Cantou. L'accompagnement de fin de vie fait l'objet d'une démarche active au sein de l'établissement, prenant en compte les besoins et les attentes de la personne, de sa famille.</p>	<p>La participation de la personne de confiance n'est pas systématisée</p>	<p>Identifier la personne de confiance et promouvoir son rôle dans l'accompagnement du résident.</p>
<p>Conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé</p>	<p>Une réunion spécifique est mise en place pour l'élaboration et l'actualisation des projets personnalisés.</p>	<p>La moitié des projets personnalisés sont formalisés</p>	<p>Continuer la formalisation des projets personnalisés et suivre leur actualisation.</p>
<p>Réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers</p>	<p>Un référent institutionnel est nommé pour chaque résident. Son rôle est de rassembler les informations collectées auprès des professionnels, auprès de la personne et de son entourage pour réajuster en continu les prestations mises en place.</p>	<p>Sans objet.</p>	

## 6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Effectivité des droits individuels et collectifs, de la participation collective des usagers</p> <p>Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers</p>	<p>Le projet d'établissement rappelle le cadre éthique dans lequel évoluent les professionnels</p> <p>Les outils de la loi du 02 Janvier 2002 existent</p> <p>Les recommandations concernant cet item sont respectées</p> <p>Les attentes des usagers sont identifiées</p> <p>Effectivité du CVS</p> <p>D'autres commissions existent (commission menu, commission animation, assemblée des bénévoles, comité éthique et bientraitance)</p>	<p>Pas de faiblesse identifiée</p> <p>La présidente du CVS n'a plus de parent dans la structure</p> <p>Des membres du CVS ne participent pas à la préparation de l'ordre du jour</p> <p>Les débats traitent peu ou pas des sujets suivants :</p> <p>La vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle car traité en assemblée des bénévoles</p> <p>Pas d'indicateur de suivi des actions décidées en CVS</p>	<p>Pas de préconisation</p> <p>Elire un nouveau président du CVS</p> <p>Instaurer une préparation de l'ordre du jour avec des membres du CVS</p> <p>Mettre en place un suivi des actions décidées en CVS</p>
<p>Dispositif d'écoute</p>	<p>Le dispositif d'écoute des résidents est complet, structuré et effectif</p> <p>Une culture de la déclaration des événements indésirables</p> <p>Une culture positive des dysfonctionnements</p> <p>Un processus de suivi des plaintes formalisé</p> <p>Une évaluation de la satisfaction des résidents quasi continue grâce à un dispositif simple, efficace et approprié</p>		

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité,</p> <p>Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement identifiés par l'ESSMS,</p> <p>Dispositions mises en place dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques</p> <p>Modes de concertation</p> <p>Traitement des faits de maltraitance,</p>	<p>L'établissement met en œuvre des pratiques qui respectent la dignité et le droit à l'intimité</p> <p>Les principaux risques sont pris en compte, suivi et des pistes d'amélioration sont posées. Des indicateurs et tableaux de bord existent.</p> <p>Lits dits « Alzheimer » en cours d'installation.</p> <p>Formation à l'Humanitude, à la mobilisation 2 fois par an, participation aux réunions thématiques, à la démarche qualité.</p> <p>Le système de signalement et le traitement des événements indésirables, des chutes, des erreurs médicamenteuses,... est en place.</p> <p>Les contentions sont prescrites et évaluées en équipe pluridisciplinaire. La personne, la famille sont informées des risques de la contention.</p> <p>Un Référent Ethique et Bientraitance est désigné (psychologue).</p> <p>Les faits de maltraitance sont traités en tant qu'évènements indésirables. Le comité éthique et bientraitance se réunit 1 fois/trimestre</p>	<p>Sans objet</p> <p>Glissement de tâches (AS vers ASH)</p> <p>Sans objet</p> <p>Pas de procédure spécifique formalisée pour le traitement et le suivi de la maltraitance.</p>	<p>Profiter de la restructuration en cours pour réorganiser l'établissement en évitant le glissement de tâches et professionnaliser les ASH en poste de soignant.</p>

## 8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'évaluation s'est déroulée dans un climat transparent et ouvert. La direction s'est montrée à l'écoute des pistes de progrès possibles afin d'être en cohérence avec les attentes des populations accompagnées, les bonnes pratiques professionnelles et les exigences des textes de référence pour la réalisation de prestations à caractère sanitaire et social.

La formalisation du projet d'établissement, la définition d'objectifs qualité, permettent d'établir un cadre de référence pour l'ensemble du personnel et d'inscrire les actions à venir dans une perspective structurée et cohérente.

Nous avons noté une réelle volonté de la Direction d'inscrire la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations dans le fonctionnement de l'établissement.

Cela se traduit par la mise en place d'un système de management de la qualité avec les moyens suivants :

- Présence d'un qualicien
- Mise en place d'un COPIL selon une procédure de fonctionnement institutionnel
- Des revues de direction
- Une évaluation de la satisfaction des résidents quasi continue grâce à un dispositif simple, efficace et approprié
- Des référents qualité dans chaque service
- Un affichage d'un tableau de bord qualité dans les services

L'analyse détaillée a permis d'identifier des points forts majeurs et des points sensibles généralement mineurs

## 9. Méthodologie de l'évaluation externe

Thèmes	Commentaires
Descriptif des outils utilisés pour conduire et mettre en œuvre la démarche	Caractérisation du questionnement lors d'une phase de cadrage Recueil des informations lors des entretiens Croisement des informations entre les 2 évaluateurs Croisement des informations entre les entretiens et les observations Analyse selon le décret du 15 mai 2007
Modalités d'implication des équipes (Direction et personnels)	3 niveaux d'implication : - Entretien individuel (en salle et au poste) - Entretien collectif (en salle) - Partage de la pratique en observation
Modalités d'association des usagers et des partenaires	Le président du conseil d'administration La présidente du CVS Un bénévole La responsable du CLIC Le responsable du service commun mandataire judiciaire Le responsable du CRIQUES
Nombre d'entretiens conduits	Voir programme d'évaluation externe en annexe
Nombre de jours pour conduire l'évaluation externe	Préparation en amont : 1,5 jour Evaluation sur site : 4,5 jours Rédaction du pré-rapport : 1 jour Restitution sur site : 0,5 jour
Dates de début et de fin de mission	30 Septembre : Visite et présentation 15, 17, 18, 23, 28 Octobre : Visite 28 Novembre : Présentation du rapport

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

<b>Commentaires de l'ESSMS</b>	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>L'évaluation externe s'est déroulée selon un objectif de co-construction respecté.</p> <p>La démarche a été en tout point transparente dans un dialogue de confiance partagé.</p> <p>La diversité des prestations réalisées ont été prises en compte et l'observation du travail de nuit a été appréciée de l'équipe.</p> <p>Les entretiens se sont déroulés selon le questionnaire établi et la planification définie avec le comité de pilotage.</p> <p>Les diverses étapes ont été respectées ainsi que le calendrier, cependant le nombre de jours a peut-être été sous-évalué compte tenu de la taille du site.</p> <p>2 évaluateurs sur 3 prévus initialement étaient présents.</p>	<p>Les évaluateurs ont été à l'écoute de l'historique, des contraintes actuelles et des missions de l'établissement.</p> <p>La forme est respectée dans la prise en compte des obligations réglementaires et la rédaction des documents, cependant les thèmes 12 et 13 de la section 3 n'ont pas été abordés : le questionnement éthique et la formation du personnel.</p> <p>Le constat, l'analyse et les préconisations sont clairs et précis, ils prouvent une compréhension juste et éclairée du fonctionnement de l'établissement et de son organisation.</p>