

## **ABRÉGÉ du RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**

**EHPAD du CENTRE HOSPITALIER de CLUNY**



*« Vous êtes reconnu »*

Nom responsable de l'évaluation : Pascale COSSON  
Noms des autres évaluateurs : Dr BLACKER-SCHOLLER et Martine BERTHO

Date de la visite : 17 -18 et 19 juin 2014

## SOMMAIRE

PRÉSENTATION DE L'ETABLISSEMENT.....	3
1. LA DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE.....	4
2. LA PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	5
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.....	6
4. L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE .....	7
5. PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT .....	8
6. L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS .....	9
7. LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES .....	10
8. APPRECIATION GLOBALE DES EVALUATEURS EXTERNES.....	11
9. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION EXTERNE.....	12
10. COMMENTAIRES DE L'ESSMS SUR L'EVALUATION EXTERNE .....	13
11. PLANNING DES ENTRETIENS EHPAD + SSIAD .....	14

## PRÉSENTATION DE L'ETABLISSEMENT

### Le statut de l'établissement

Raison sociale : EHPAD du Centre Hospitalier de Cluny	
Nom du Directeur : Madame Corinne MARFIL	
Adresse : 13, Place de l'Hôpital	
Code Postal : 71250	Ville : CLUNY
Tél. : 03 84 85 59 59	Fax : 03 85 59 59 99
e-mail : <a href="mailto:direction@hopital-cluny.fr">direction@hopital-cluny.fr</a> site web : <a href="http://www.ch-cluny.fr">www.ch-cluny.fr</a> (à compter du 20 juin 2014)	
Code FINESS : 710972514	N° Siret : 26710014700045
Type établissement Etablissement Public Communal d'Hospitalisation	Autres Implantations éventuelles : /

### Autorisation :

- 130 lits d'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD),
- 8 places d'Accueil de Jour, destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

*Pour mémoire: Un SSIAD est également attaché au Centre Hospitalier de Cluny. Il a fait l'objet d'un temps de visite sur la même période, et de la production d'un rapport d'évaluation externe spécifiques. Rattaché à la même direction, il bénéficie des services communs (services administratifs, services généraux...).*

## ABREGE DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

### 1. La démarche d'évaluation interne

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<b>Modalités d'implication des acteurs dans l'évaluation interne</b>	Bonne représentativité des différents métiers dans l'évaluation interne. Des représentants des usagers et des familles, ainsi que des associations et partenaires extérieurs, ont également été sollicités.	<i>Pas de faiblesse identifiée</i>	<i>Pas de préconisation.</i>
<b>La mise en œuvre des actions d'amélioration</b>	La mise en œuvre est effective. On peut citer notamment : - La mise en place des premiers projets personnalisés - L'élaboration de protocoles : Hygiène, Prise en charge de la Douleur, Prévention de la Dénutrition - La formation « Humanitude » suivie par tout l'encadrement et qui va être déclinée à l'ensemble du personnel.	<i>Pas de faiblesse identifiée</i>	<i>Pas de préconisation.</i>
<b>Le suivi du plan d'actions</b>	Le suivi du plan d'actions est assuré lors des réunions trimestrielles du COPIL-QGDR.	Le suivi au fil de l'eau incombe à la qualitiennne qui assure la relance des responsables d'action.	Faire figurer à l'ordre du jour la présentation par chaque pilote de l'avancement des actions dont il a la responsabilité, afin de les rendre porteurs et surtout proactifs dans leur suivi.
<b>Les modalités de diffusion de l'évaluation interne</b>	Les conclusions de l'évaluation interne ont été présentées dans les services, l'information du CVS a commencé et se poursuit.	<i>Pas de faiblesse identifiée</i>	<i>Pas de préconisation.</i>

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<i>La prise en compte des RBPP</i>	La RBPP portant sur l'évaluation interne a été prise en compte dans l'élaboration du référentiel d'évaluation interne.	Le rapport d'évaluation interne, pas plus que d'autres documents institutionnels, ne fait mention des autres RBPP sur lesquelles s'appuient les travaux menés.	S'appuyer sur les recommandations pour construire le prochain projet d'établissement.
<i>La mobilisation des professionnels autour des RBPP</i>		Les recommandations en tant que telles ne sont pas identifiées par beaucoup de professionnels, y compris les cadres de santé et les médecins libéraux, leur contenu est mal ou méconnu et il n'y a pas eu appropriation.	Former les professionnels au contenu des recommandations et à leurs modalités de lecture. Planifier sur 5 ans un travail de prise en compte des RBPP transverses, avec une priorité sur la bientraitance, puis sur les recommandations spécifiques (voir liste page 6 de ce rapport).

### 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
<b>Le projet d'établissement</b>	Un travail a été engagé sur le prochain projet médical.	Le projet d'établissement date de 1999 et n'a pas été actualisé. Un projet institutionnel propre à l'EHPAD a été rédigé en 2005 et n'a pas été retravaillé depuis.	Une fois le projet médical élaboré, engager un travail préparatoire sur les différents axes du projet d'établissement.
<b>Caractérisation de la population accompagnée</b>	La caractérisation de la population est assurée dans le cadre de la convention tripartite et du rapport d'activité.	Au-delà des perceptions, il n'y a pas d'analyse quantitative relative à l'évolution du profil des résidents. Pas de rapport d'activité médicale en 2013.	Mettre en place une analyse de l'évolution des profils des résidents qui étayera les réflexions quant aux évolutions à apporter à la prise en charge.  Elaborer le compte-rendu d'activité médicale dans les formes prévues par les textes ( <i>travail en cours de finalisation à la date de la remise du présent rapport</i> ).
<b>Adaptation de l'offre à la population accompagnée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Fonctionnement de l'Accueil de Jour en bonne adéquation avec les textes réglementaires et, plus concrètement, avec les spécificités des personnes accompagnées.</li> <li>✚ Une ergothérapeute en poste.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Le temps de kinésithérapeute est notoirement insuffisant au regard du nombre de résidents.</li> <li>✚ L'absence de psychologue sur l'EHPAD au sein de la convention tripartite est pénalisante pour la qualité de l'accompagnement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Accorder le temps nécessaire à une réelle prise en charge en kinésithérapie.</li> <li>✚ Examiner les modalités de mise en place d'un psychologue, au moins à mi-temps.</li> </ul>
<b>L'organisation de la qualité de la prise en charge</b>	L'adossement de l'EHPAD au secteur sanitaire du CH, l'existence des services de SSIAD et Accueil de Jour favorisent une bonne logique de coordination et du suivi de l'utilisateur.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Il n'y a pas de réunions de synthèse dans les services</li> <li>✚ Tant la direction que le CHSCT constatent de la part de certains agents : <ul style="list-style-type: none"> <li>- un non-respect des modalités de la prise en charge bien que celles-ci soient discutées en équipe</li> <li>- un non-respect des planifications des tâches</li> <li>- un non-respect des protocoles.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Mettre en place les réunions de synthèse dans chaque service</li> <li>✚ Au-delà du constat, travailler sur le respect des règles par une posture managériale affichée et partagée. Rappeler aux agents leurs obligations professionnelles.</li> </ul>

#### 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
<b><i>L'inscription dans l'environnement</i></b>	La localisation de l'établissement pourrait laisser croire à un établissement isolé, ce qui n'est pas le cas au regard des collaborations existantes.	<i>Pas de faiblesse identifiée</i>	<i>Pas de préconisation.</i>
<b><i>Les coopérations et leur formalisation</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Des conventions sont formalisées.</li> <li>✚ Des collaborations inter-EHPAD ou inter CH sont mises en œuvre.</li> </ul>	Les médecins libéraux n'ont pas signé de convention.	Conformément à l'arrêté du 30/12/2010, poursuivre l'incitation des médecins libéraux à signer une convention contribuant à la cohérence du parcours d'accompagnement des personnes fragiles et/ou dépendantes (ANESM V4).
<b><i>Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu</i></b>	Des pratiques remarquables telles que : la contribution bimensuelle de lycéens à l'animation, des étudiants impliqués auprès des résidents pour les aider à répondre aux enquêtes de satisfaction, sont à souligner et à pérenniser.	<i>Pas de faiblesse identifiée</i>	<i>Pas de préconisation.</i>

## 5. Personnalisation de l'accompagnement

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<b>Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Le recueil des besoins et attentes est assuré à l'Accueil de Jour.</li> <li>✚ EHPAD : Le temps de l'admission favorise notamment le recueil de demandes.</li> </ul>	EHPAD : Les besoins et attentes des résidents ne sont pas tous questionnés (goûts alimentaires, activités, ...).	Compléter la grille de recueil des besoins et attentes des résidents.
<b>Conditions d'élaboration du projet personnalisé</b>	Une procédure est mise en œuvre. Celle-ci s'appuie sur une concertation pluridisciplinaire dans l'élaboration du projet personnalisé.	<p>L'établissement en est au début de l'élaboration des projets personnalisés.</p> <p>Le support utilisé n'est pas réellement adapté à l'Accueil de Jour.</p>	<p>Planifier l'élaboration des projets personnalisés (rythme et échéance).</p> <p>Adapter le support du projet personnalisé aux spécificités de l'Accueil de Jour.</p>
<b>L'actualisation du projet personnalisé</b>	Pas encore d'actualisation régulière car la mise en œuvre des projets personnalisés est récente, mais des réévaluations sont organisées au regard de l'évolution de la situation des résidents.	<i>Pas de faiblesse identifiée</i>	<i>Pas de préconisation.</i>
<b>Les activités et la vie sociale</b>	<p>EHPAD : De nombreuses activités sont proposées y compris dans les services par des professionnels volontaires, des sorties sont également organisées.</p> <p>Accueil de Jour : les activités proposées répondent aux critères réglementaires (4 types) et le consentement de chacun pour y participer est recherché.</p>	EHPAD : L'animation n'est pas structurée et manque d'objectifs. Les compétences sont manquantes en termes de pilotage et de mise en œuvre d'un projet d'animation.	EHPAD : Le groupe Coordination de l'Animation (PEGASE) doit finaliser l'élaboration d'un projet d'animation incluant des objectifs, une évaluation et une traçabilité.



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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p><b>Effectivité des droits individuels et collectifs</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Les outils de la loi du 02 Janvier 2002 existent.</li> <li>✚ Le dossier des résidents est totalement informatisé et une Charte Informatique a été rédigée.</li> <li>✚ Les modalités d'exercice des droits individuels et collectifs sont évoquées dans le Règlement de Fonctionnement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Le Règlement de Fonctionnement n'est communiqué qu'aux résidents.</li> <li>✚ Le personnel n'est pas suffisamment sensibilisé à la nature et au respect des droits des résidents.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Organiser et tracer la diffusion du Règlement de Fonctionnement à tout intervenant dans la structure.</li> <li>✚ Organiser la diffusion et surtout la sensibilisation des professionnels (anciens, nouveaux, cadres et non-cadres de tous les services, stagiaires) au contenu de la Charte de la Personne Agée.</li> </ul>
<p><b>La prise en compte de l'expression individuelle</b></p>	<p>Une procédure de gestion des plaintes est en place.</p>	<p>Dans la pratique, le registre en place à l'accueil est peu utilisé, par ailleurs l'émission et la transmission des plaintes verbales ne sont pas suffisamment cadrées.</p>	<p>Organiser et communiquer sur l'expression et le traitement des réclamations, orales et écrites.</p>
<p><b>Capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Effectivité du CVS. Des comptes rendus de CVS qui traduisent de bons échanges.</li> <li>✚ Des enquêtes de satisfaction sont organisées à destination des résidents d'une part, des familles d'autre part.</li> </ul>	<p>Les enquêtes de satisfaction sont triennales.</p> <p>Il n'y a pas d'enquête de satisfaction à l'Accueil de Jour.</p>	<p>Adopter un rythme annuel pour les enquêtes de satisfaction, qui sont à mettre en place également pour l'Accueil de Jour.</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
<b>Les règles d'hygiène et de sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Le circuit du médicament est documenté et sécurisé, il est opérationnel.</li> <li>✚ Les contrôles et formations réglementaires sont assurés.</li> </ul>	Pas de faiblesse identifiée	Pas de préconisation.
<b>La gestion des risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ L'établissement a défini une politique Qualité - Gestion des risques.</li> <li>✚ Le Plan Bleu est en place, ainsi que le signalement des événements indésirables.</li> <li>✚ Le DUERP est en place et son actualisation va être finalisée.</li> <li>✚ Le circuit du médicament est sécurisé et opérationnel.</li> </ul>	Le taux d'absentéisme élevé et certains non-remplacements sont préjudiciables au bon fonctionnement et au maintien de la motivation, ce qui induit un risque pour les résidents.	Remettre à l'ordre du jour le sujet et le groupe relatifs à la qualité de vie au travail (travail prévu dans le cadre de la démarche PEGASE).
<b>Dispositions mises en place dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques</b>	Trois professionnels ont été formés PRAP2S et vont déployer cette formation sur l'établissement.	Plus d'une quinzaine d'ASH faisant-fonction d'AS (incluant les remplacements)	Faire bénéficier ces personnels de formations approfondies et régulières en gérontologie pour une prise en charge adaptée en adéquation avec le poste occupé (en attendant une formation qualifiante ou le recrutement d'agents qualifiés).
<b>Les risques de maltraitance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ La direction est sensibilisée et en alerte sur les faits de maltraitance.</li> <li>✚ La formation « Humanité » a été suivie par tout l'encadrement et un programme de déploiement à l'ensemble des professionnels est prévu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Le risque de maltraitance par négligence ne peut être écarté.</li> <li>✚ Les contentions sont prescrites mais le renouvellement est parfois trimestriel et ne se fait pas toujours en équipe pluridisciplinaire.</li> <li>✚ La procédure de signalement de la maltraitance n'est pas en place.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Organiser et formaliser le sujet des contentions (audit des systèmes utilisés, prescriptions, évaluations, sensibilisation et formation du personnel).</li> <li>✚ Elaborer la procédure de signalement de la maltraitance.</li> </ul>

## 8. Appréciation globale des évaluateurs externes

L'établissement est aujourd'hui confronté à un enjeu majeur de changement :

- Evolution nécessaire et surtout harmonisation des pratiques liées à la prise en charge
- Changement de locaux et, en conséquence, de l'organisation et du fonctionnement
- Changement des lignes managériales
- Cohésion entre l'équipe médicale et équipe de direction pour partager des objectifs communs autour de la qualité de prise en charge des résidents
- Passer de l'EHPAD « lieu de soins » à l'EHPAD « lieu de vie ».

Si la limite des contraintes budgétaires constitue, certes, une difficulté qui méritera d'être débattue au regard de ses conséquences en termes de moyens disponibles (humains notamment), elle ne peut être posée comme le seul obstacle limitant à l'amélioration de la prise en charge.

La démarche PEGASE a favorisé l'émergence d'une véritable équipe de direction, solidaire et centrée sur des objectifs communs, que chacun décline de manière concertée dans son service. Les interactions entre l'amont et l'aval sont prises en compte afin de faire des choix éclairés et réfléchis.

Il est essentiel maintenant que se rétablissent une concertation et une coopération avec la communauté médicale, avec des acteurs tous mobilisés autour de la qualité de l'accompagnement dû aux usagers, qui sont la raison d'être de l'établissement.

Les règles de bonnes pratiques, existantes tout autant que celles qui restent à poser et à travailler en équipe, doivent être appliquées par tous, soutenues par un questionnement permanent de leur pertinence et de leur adéquation et par l'évaluation de leur impact au bénéfice des résidents.

## 9. Méthodologie de l'évaluation externe

Thèmes	Commentaires
Descriptif des outils utilisés pour conduire et mettre en œuvre la démarche	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyse documentaire des 9 pièces techniques et de nombreux autres documents fournis par l'établissement</li> <li>2. Entretiens individuels et collectifs</li> <li>3. Temps d'observation</li> <li>4. Restitutions intermédiaires et réunion de clôture avec la Direction.</li> </ol>
Modalités d'implication des équipes (Direction et personnels)	Des représentants du corps médical, la direction et l'encadrement ont été rencontrés, ainsi que des représentants de tous les corps de métier et de tous les services.
Modalités d'association des usagers	Des familles et des résidents, élus au CVS, ont été rencontrés ainsi que des partenaires extérieurs.
Nombre d'entretiens conduits	<p>12 entretiens individuels  12 entretiens collectifs  1 entretien téléphonique</p>
Nombre de jours pour conduire l'évaluation externe	<p>1,5 journée pour l'analyse documentaire  3,5 jours-homme d'entretiens sur site.</p>

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

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p><i>L'Evaluation s'est déroulée de manière très professionnelle, à l'écoute des agents de terrain mais aussi de l'encadrement.</i></p> <p><i>Chaque catégorie d'agents a été rencontrée permettant de croiser les informations. Pour autant l'établissement exprime le regret que les évaluateurs n'aient pas eu plus de temps pour investir le cœur des services à divers moments de la journée et/ou de la nuit.</i></p> <p><i>L'établissement ne peut qu'apprécier que les évaluateurs étaient avant tout ciblés sur le bien être et les droits du résident plutôt que dans une démarche certificatrice.</i></p> <p><i>Le plan d'évaluation est conforme au cahier des charges. Cependant l'établissement maintient sa volonté sur le fait qu'une restitution soit faite à l'ensemble des agents.</i></p>	<p>Le rapport et ses conclusions sont en adéquation avec la réalité de l'établissement, ce qui permet d'être un réel outil managérial.</p> <p>Les préconisations apportées sont concrètes et réalisables, celles-ci vont dans le sens du bien être du résident et de l'établissement.</p>

## 11. Planning des entretiens EHPAD + SSIAD

	Mardi 17 Juin			Mercredi 18 Juin	Jeudi 19 Juin
	Dr BLACKER	M.BERTHO	P.COSSON		
8h00					
8h30	Visite du site de 8h30 à 9h30			PEGASE Comité de Progrès - 8h30 à 9h30	CLIC - 9h - 10h00
9h00					
9h30	Benoit KROELY - Pharmacien - 9h30 à 10h30	Carole LEBIAN Cadre de santé 9h30 à 10h30	Corine JACQUIN Ressources Humaines 9h30 à 10h15	Lingerie - 9h30 à 10h00	
10h00				Services Techniques - 10h00 à 10h30	Florence RAVANEL Secrétaire SSIAD -10h00 à 10h45
10h30	Médecins libéraux - 10h30 à 11h15	Delphine LAGRUE IDE Hygiène - 10h30 à 11h15	Sonia FAVIER Responsable Qualité 10h15 à 11h45	Bureau des entrées- Accueil 10h30 à 11h15	Usagers aidants - 10h45 à 11h30
11h00					
11h30	Mr GEORGE Médecin Coordonnateur 11h15 à 13h00	MARION CHARPENTIER Ergothérapeute - 11h15 à 12h00		Accueil de Jour - Observation - 11h15 à 11h45	
12h00			Entretien tél CPE Lycée a Prat's		
12h30					
13h00				Equipe AS SSIAD - 1h30	
13h30	Kiné libéraux - 13h30 à 14h00	Groupe IDE - 13h00 à 14h00	Groupe ASH - Référents Hygiène - 13h30 à 14h15		Accueil de jour - Rencontre avec les agents - 13h30à 15h30
14h00					
14h30	Référents Douleur 14h00 à 15h00	Groupe AS/AMP - 14h00 à 15h00	Restauration 14h15 à 15h00	Christine LAPALUS - IDEC SSIAD - 1h30	
15h00	Dossier des résidents 15h00 à 15h30	Groupe Coordination de l'Animation 15h00 à 16h00	Résidents Familles 15h00 à 15h45		Accueil de jour - Observation - 15h30 à 16h30
15h30				Cabinet de soins infirmiers - 0h45	
16h00	Agnès RAFFIOT Cadre de santé transversal de 16h00 à 17h00		CVS -15h45 à 16h30		
16h30				CHSCT - 16h30 à 17h30	Services d'aide à domicile - 0h45
17h00		Dossiers résidents - 0h15			
17h30					
18h00					
18h30					
19h00					
19h30					
20h00					
20h30					Equipe de nuit - Aides soignantes 20h00 à 21h00