

CLAUDE GOULEY

Directeur du centre hospitalier de Fécamp,
docteur en droit, délégué départemental FHF

Évaluation de la qualité

EVA, référentiel d'évaluation externe de la qualité des EHPAD

Le constat d'une meilleure qualité de vie des personnes âgées résidant en institution est réel.

Il ne peut toutefois faire abstraction de la nécessité, pour le secteur social et médico-social, de se doter des outils de mesure de la qualité des prestations servies. L'évaluation interne est une première étape, avant la mise en œuvre, à l'instar du secteur sanitaire, d'une évaluation externe fondée sur une méthodologie partagée.

Au rang de ces outils, EVA, référentiel d'évaluation externe de la qualité des EHPAD soutenu par la Fédération hospitalière de France.

L'exercice professionnel auprès des personnes âgées s'avère passionnant. Chaque résident est en effet un témoignage vivant de notre histoire, et de la complexité de la vie humaine. La qualité de vie des personnes âgées en établissement a connu des progrès considérables durant ces quinze dernières années,

les établissements devenant ce qu'ils auraient toujours dû être, malgré l'accroissement de la charge de soins : d'agréables lieux de vie.

Cet effort accompli, il est temps, en 2002, de se donner les moyens et les outils de mesure de la qualité des prestations proposées aux personnes âgées. Si l'évaluation interne constitue une

première étape, seul le regard de professionnels de gériatrie extérieurs et neutres, appuyé sur la même méthodologie, est capable de renvoyer ce que le quotidien a insensiblement érodé.

EVA

Devant l'importance pour les établissements et services médico-sociaux de la démarche qualité, le législateur, par la loi du 2 janvier 2002, a décidé l'évaluation de tous les établissements et services : autre évaluation tous les cinq ans, évaluation externe tous les sept ans, sachant que cette dernière conditionnera le renouvellement de l'autorisation tous les quinze ans.

La FHF a fait le choix de proposer le recours aux compétences des professionnels des EHPAD, qui évalueront eux-mêmes leurs pratiques entre établissements (hors du même département), sous forme d'échanges de prestations. La référence commune sera la méthodologie d'évaluation EVA. La formation des professionnels volontaires (animateurs, soignants, médecins, directeurs) sera assurée par le CNEH ainsi que l'organisation de l'évaluation. Ces actions de formations sont éligibles aux crédits de formations des établissements mutualisés à l'ANFH.



EVA est issu de la méthode PASS 3 d'évaluation/accréditation nord-américaine, réécrite entre 2000 et 2001 par un groupe de soignants et directeurs en gérontologie. La méthode EVA a été retravaillée avec les experts du ministère, de l'ANAES, de l'ENSP. Le manuel a été édité par le CEDIS en mai 2002.

EVA répond aux conditions fixées par le cahier des charges de l'annexe 1 du décret du 26 avril 1999. Il se place désormais dans le contexte nouveau issu de l'article 22 de loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

EVA s'articule avec le guide d'auto-évaluation Angélique: les établissements doivent réaliser au préalable d'une évaluation externe, une auto-évaluation avec la méthode Angélique. Un tableau de correspondance permet de corréliser les forces et défis relevés par la méthodologie EVA et ceux enregistrés par Angélique. Lors des évaluations d'EHPAD à l'aide d'EVA, la non-confirmation par des pairs extérieurs de quelques aspects actés par l'auto-évaluation Angélique a constitué une source d'interrogations très fructueuse pour les équipes évaluées. Dans le champ des institutions médico-sociales, la gérontologie dispose à elle seule d'atouts majeurs en matière d'évaluation:

une grille d'évaluation de l'autonomie des personnes (AGGIR) partagée par tous les établissements, une méthode d'évaluation interne commune (Angélique) et un outil commun soutenu par la FHF pour l'évaluation externe des EHPAD: EVA.

Les concepts

Aucun outil d'évaluation n'est neutre. Évaluer c'est juger. Une grille de points Qualité à observer n'a aucune valeur en soi dans le champ des rapports humains. C'est le regard de l'évaluateur qui fera basculer l'appréciation vers le positif ou le négatif.

Les auteurs se sont référés au concept de la Valorisation des Rôles Sociaux (Wolsfenberger). Chaque être humain doit disposer d'un rôle dans la société et ce rôle doit être important et valorisant pour la personne.

Les concepts sous-jacents sont ceux:

- > de la dévalorisation et de la stigmatisation (Erving Goffman¹) induites par la vie institutionnelle;
- > du modèle développemental soutenu notamment par Carl Rogers²: un résident se définit comme un être en évolution permanente «qui procède de l'interaction du biologique, du psychologique et du social»;

- > du rôle des attentes assignées aux personnes âgées qui maintiennent ces dernières dans des statuts et des rôles peu ou pas significatifs au niveau de la société: malades, inactifs, alités, incapables... Les attentes sociales vis-à-vis d'autrui induisent des attributions. Parfois, les attentes sont si fortes qu'elles induisent des comportements; c'est «l'effet Pygmalion³» décrit par Levingstone. Ces attentes peuvent aider ou desservir les résidents;

- > du rôle des images: les établissements renvoient parfois aux personnes âgées et à l'environnement des images à connotations négatives: des barreaux, des blouses blanches en dehors des soins, le langage employé, les symboles, les noms des services. Ou très positifs: beauté de l'environnement, du décor, de l'architecture, espaces extérieurs bien traités, respect...;

- > de la conservation de l'esprit critique dans les équipes de professionnels: c'est la place de l'empathie;

- > de la notion de besoins renvoyée à la Pyramide des besoins de Maslow⁴: elle classe les besoins indispensables à chaque être humain et donc aux personnes vivant en établissement;

- > de la notion d'intégration définie par SODERS: intégration physique (être parmi): insuffisante car le résident peut être seul dans un groupe. L'intégration fonctionnelle: étape supérieure mais une activité partagée implique l'établissement de liens sociaux. L'intégration sociale cherche à renouer des relations personnelles privilégiées. C'est l'intégration sociale qui demeure l'objectif des équipes d'animation en EHPAD. Les activités ne sont que des supports pour créer des occasions de tisser des relations, donner du plaisir et du goût à la vie.

L'outil d'évaluation

La méthodologie EVA n'évalue ni la compétence des membres du personnel ni l'autonomie des résidents. Elle apprécie un système: l'organisation de la prise en charge et la réponse apportée aux besoins des personnes âgées. C'est la structure EHPAD et son fonctionnement qui sont évalués.

Radiographie d'une réforme: la loi du 2 janvier 2002

Dossier

Droit
et jurisprudence

Sur le web

Réflexions
hospitalières

Actualités

Cultures
et cité

International

En filigrane

>> Pour commander le manuel EVA

CEDIS - 34, avenue de Mombray
47510 Foulayronnes
Tél. : 05 53 47 57 35
Prix : 20 € plus frais de port

Pour se proposer comme évaluateur :

Votre délégué FHF
CNEH - 9, rue Antoine Chantin - 75014 Paris
Tél. : 01 40 44 15 15
Fax : 01 40 44 82 34

Liste des auteurs du manuel EVA

C. Gouley	directeur CH de Fécamp (76) animateur / coordonnateur
A. Bonnière	directeur Maison de retraite d'Epéhy et Maison de retraite de Nesle (80)
D. Brival	cadre supérieur infirmier Hôpital local Saint-Romain-de-Colbosc (76)
B. Bue	directeur Maison de retraite de Warloy-Baillon (80)
C. Cuvillier	directeur centre hospitalier d'Albert (80)
J.-F. Descroix	cadre supérieur de santé CH d'Albert (80)
O. Dufil	animatrice DEFA CH de Fécamp (76)
M. Jamot	adjointe au responsable du Pôle vieillesse handicap, FHF
B. Lecadiou	directrice MAPA de Longueau (80)

Comité de lecture du manuel EVA

G. Vincent	délégué général de la FHF
M.-C. Allix	cadre supérieur de santé, CH de Fécamp (76)
Dr Brocker	gériatre CHU de Nice (06)
Dr J. Briere	gériatre CH de Fécamp (76)
D. Causse	responsable du Pôle vieillesse handicap et du secteur santé mentale, FHF
J. Clément	enseignant à l'ENSP
Dr F. Dubuisson	conseillère technique, Direction générale de l'action sociale
C. Lachnaye-Llanas	directrice de l'accréditation à l'ANAES
H. Leteurre	directeur qualité CHU de Nice (06), conseiller technique qualité, FHF
Dr V. Mounic	chargé de mission ANAES
Dr R.. Peschaud	chargé de mission ANAES
Dr P. Roussel	directeur gestion de la qualité et des risques à l'ENSP
Dr B. Vedrine	conseiller technique – vice-président AGHL, membre de la SFAP
K. Chauvon	conseillère à l'ENSP

L'EHPAD est apprécié au travers de soixante-neuf rubriques à l'aide des faits relevés. Chaque rubrique est cotée collectivement en équipe pluridisciplinaire selon quatre niveaux :

- > niveau A : indique que l'EHPAD satisfait totalement aux exigences de la rubrique ;
- > niveau B : l'EHPAD satisfait en grande partie aux exigences ;
- > niveau C : l'EHPAD ne satisfait que partiellement aux exigences ;
- > niveau D : l'EHPAD ne satisfait pas aux exigences ou met en jeu la qualité voire la sécurité.

Les niveaux cotés :

- > A et B sont situés du côté positif et constituent les forces de l'établissement ;
- > C et D relèvent d'une appréciation négative et déterminent les aspects qui forment les défis à relever pour l'établissement.

Affecté de forces ou de défis, l'ensemble des rubriques d'évaluation (voir encadré) est restitué dans un rapport d'évaluation. Ce rapport ne concerne que la période d'observation et l'évaluation peut être considérée comme une photographie à un moment donné d'un processus d'amélioration de la qualité inscrit dans la durée. Tous les évaluateurs présentent oralement l'intégralité du rapport aux membres du personnel de l'EHPAD évalué. Le document écrit n'est remis qu'à l'issue de cette restitution verbale, laquelle représente un moment important de l'évaluation. Il s'agit du moment où les deux équipes, évalués et évaluateurs, se rencontrent pour la présentation des forces et défis de l'EHPAD. Un suivi est proposé à l'équipe évaluée par le CNEH avec un professionnel de gérontologie différent de ceux qui ont effectué l'évaluation externe.

Une stratégie de développement comprenant cinq rubriques est proposée à l'équipe du site évalué. Elle classe les actions urgentes et les actions qui relèvent de la spécialisation. Ces axes de développement peuvent servir de base de négociation avec les autorités de tarification pour améliorer la qualité. Des pistes générales pour agir après une évaluation

sont proposées dans le manuel EVA comme dans le guide Angélique.

Temps d'évaluation

Trois ou quatre professionnels chevronnés en gérontologie évaluent l'établissement pendant 24 heures, nuit comprise. Une demi-journée est consacrée à la préparation de l'évaluation et une autre à la restitution orale.

L'expérience

Des évaluations effectuées avec EVA, il ressort :

- > que les équipes ne font pas de découvertes lors du rapport final. Les forces et défis sont plus ou moins connus consciemment. Mais, qu'ils soient mis en évidence par des tiers et étayés par des faits n'autorise plus d'éviter d'en parler ;
- > que la description des forces passe très bien mais que l'énumération des défis est difficile à admettre. L'encadrement est affecté à un travail d'écoute du personnel dès la fin de la restitution verbale ;
- > que les équipes demandant une évaluation sont de bonnes équipes qui cherchent à améliorer leurs pratiques professionnelles ;
- > que le questionnement lors de la phase d'observation permet que des écarts soient redressés avant la restitution verbale du rapport ;
- > qu'il n'est pas possible d'évaluer une équipe en crise ;
- > que subir une évaluation est révélateur d'une aptitude à se remettre en cause mais qu'une évaluation externe constitue une phase peu agréable à vivre par une équipe, même très bonne, et bien que l'esprit des évaluateurs soit d'aider leurs pairs.

1. Erving Goffman, *Stigmates, les usages sociaux des handicaps*, éditions de Minuit, Paris, 1975.

2. Carl Rogers, *Le développement de la personne*, éditions Dunod, 1977.

3. J. Sterling Livingstone, *Pygmalion et le management*, 1988.

4. Abraham H. Maslow, *Vers une psychologie de l'être*, Fayard, 1972.

>> Les rubriques d'évaluation

Intégration physique

- 1.1 Implantation de l'EHPAD dans la commune;
- 1.2 Localisation de l'EHPAD dans la zone d'attractivité;
- 1.3 Accessibilité de l'établissement;
- 1.4 Services, associations et commerces locaux existants;
- 1.5 Insertion de la structure dans l'environnement;
- 1.6 Potentiel intégratif de la ville ou du quartier.

Intégration sociale

- 2.1 Noms utilisés pour désigner l'établissement et ses services;
- 2.2 Perception de l'édifice;
- 2.3 Images suggérant la valorisation des personnes;
- 2.4 Coexistence de plusieurs projets;
- 2.5 Statuts des professionnels et transferts symboliques;
- 2.6 Mises en relation avec d'autres résidents ou d'autres personnes;
- 2.7 Activités favorisant l'intégration sociale.

Qualité de vie

- 3.1 Établissements, aménagements et équipements adaptés à l'âge et à la culture;
- 3.2 Confort hôtelier;
- 3.3 Beauté de l'environnement;
- 3.4 Apparence personnelle adaptée à l'âge et à la culture;
- 3.5 Activités, emplois du temps et rythmes adaptés à l'âge et à la culture;
- 3.6 Formes d'interpellations adaptées à l'âge et à la culture;
- 3.7 Libertés et droits;
- 3.8 Disposer de biens personnels;
- 3.9 Les relations humaines dans l'établissement (personnels, résidents, familles);
- 3.10 Vie affective et sexuelle.

Qualité de la prise en charge

- 4.1 Le projet institutionnel;
- 4.2 Le projet de soins;
- 4.3 L'accueil;
- 4.4 L'entretien des locaux;
- 4.5 L'entretien du linge;
- 4.6 Le service restauration;
- 4.7 La participation aux actes de la vie courante;

- 4.8 Les soins médicaux;
- 4.9 Les soins paramédicaux;
- 4.10 L'information du résident sur son état de santé et ses soins;
- 4.11 L'accompagnement des personnes en fin de vie;
- 4.12 La douleur et la souffrance;
- 4.13 Les troubles du comportement;
- 4.14 La prévention des infections;
- 4.15 La prévention des chutes et des fractures;
- 4.16 La prévention de la constipation;
- 4.17 La prise en charge de l'incontinence;
- 4.18 La dénutrition et la déshydratation;
- 4.19 L'organisation de la prise en charge et la continuité des soins;
- 4.20 Le dossier de soins;
- 4.21 La pharmacie;
- 4.22 L'urgence;
- 4.23 La vie sociale (animation);
- 4.24 Pertinence et cohérence de la prise en charge.

Développement de l'autonomie

- 5.1 Individualisation;
- 5.2 Surprotection physique;
- 5.3 Surprotection sociale;

Politique d'ouverture

- 6.1 Coordination et réseaux;
- 6.2 Utilisation des ressources accessibles au public;
- 6.3 Participation des résidents et des familles;
- 6.4 Information et communication externe;
- 6.5 Innovation

Management

- 7.1 Gestion administrative;
- 7.2 Évaluation interne et externe;
- 7.3 Contribution à la recherche;
- 7.4 Formation continue;
- 7.5 Participation à la formation professionnelle;
- 7.6 Sensibilisation de futurs professionnels en gérontologie;
- 7.7 Gestion financière;
- 7.8 Rapport coûts/efficacité.

Développement

L'évaluation externe selon la méthode EVA sera animée par le réseau des représentants médico-sociaux de la FHF qui servent de relais dans les départements. Ils recenseront les demandes d'évaluation, feront connaître la méthode lors des réunions départementales, rechercheront des évaluateurs et proposeront des formations. Le Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) forme les évaluateurs. Il détient les droits sur les kits pédagogiques. Il forme les formateurs d'évaluateurs, met en place des actions régionales et nationales de formations et coordonne les démarches d'évaluation. Les délégations de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) pourraient financer les formations à la demande des établissements et organiseraient selon leurs déci-

sions régionales des actions prioritaires régionales d'évaluation qualité des EHPAD. Le CEDIS est l'éditeur du manuel EVA dont il détient les droits d'auteur en

accord avec l'auteur initial aux États-Unis de la méthode PASS. Le CEDIS vend les manuels aux EHPAD et aux organismes de formation.

La gérontologie, une discipline d'avenir

Garantir la qualité des prestations des EHPAD, au-delà même de l'obligation légale, est une exigence incontournable de la société. Les EHPAD deviennent des lieux de vie agréables. Au stade de développement actuel, leur évolution qualitative ne peut plus se produire que par l'apport d'un regard extérieur pertinent. C'est ce que propose la FHF avec la méthode EVA.

La gérontologie se placera de plus en plus au centre des préoccupations de nos sociétés modernes où les exigences consuméristes plus prégnantes vont crescendo. La gérontologie est une discipline d'avenir, avec les avantages et les inconvénients des disciplines en vue. À elle de répondre au mieux aux aspirations des personnes âgées et de leurs familles. ■

Radiographie d'une réforme :
la loi du 2 janvier 2002

Dossier

Droit
et jurisprudence

Sur le web

Réflexions
hospitalières

Actualités

Cultures
et cité

International

En librairie