

# Fondation Père Favron

## Evaluation externe de l'EHPAD Les Alizés

### Rapport

Type d'établissement	EHPAD
Coordonnées	22 Rue des Scalaires - Trou d'Eau-la Saline les Bains 97 434 St Gilles les Bains
Numéro FINESS	970 402 673

Janvier 2015

## Sommaire

<b>1. Eléments de cadrage</b> .....	<b>3</b>
1.1. Description de l'établissement .....	3
1.2. Missions .....	4
1.3. L'environnement : situation géographique .....	4
1.4. La population accompagnée .....	4
1.5. L'activité .....	5
<b>2. La procédure d'évaluation externe</b> .....	<b>5</b>
2.1. Démarche .....	6
2.2. Sources .....	7
2.3. La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée .....	7
<b>3. Résultats de l'analyse détaillée</b> .....	<b>9</b>
<b>3.1. La stratégie du service</b> .....	<b>9</b>
3.1.1. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement .....	9
3.1.2. La pertinence et la cohérence de la stratégie .....	11
<b>3.2. Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue</b> .....	<b>13</b>
3.2.1. Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne .....	13
3.2.2. Priorisation et communication des propositions d'amélioration .....	13
3.2.3. Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration .....	14
3.2.4. Les autres volets de la dynamique d'amélioration continue de la qualité .....	14
<b>3.3. Le parcours de l'utilisateur</b> .....	<b>15</b>
3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil .....	15
3.3.2. L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé .....	17
3.3.3. La fin d'accompagnement .....	18
<b>3.4. La qualité de l'accompagnement proposé</b> .....	<b>19</b>
3.4.1. Qualité du cadre de vie .....	19
3.4.2. L'accompagnement proposé .....	22
3.4.3. La coordination de l'accompagnement .....	28
<b>3.5. L'effectivité des droits des usagers</b> .....	<b>29</b>
3.5.1. Le respect des droits fondamentaux .....	29
3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits .....	30
<b>3.6. La prévention et la gestion des risques</b> .....	<b>32</b>
3.6.1. Sécurité des lieux et des personnes .....	32
3.6.2. La prévention des risques professionnels et la santé au travail .....	34
3.6.3. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance .....	35
<b>3.7. L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement</b> .....	<b>36</b>
3.7.1. L'inscription du service dans le territoire .....	36
3.7.2. La perception de l'établissement par son environnement .....	37

<b>3.8.</b>	<b>Organisation, gestion des ressources humaines et management.....</b>	<b>38</b>
3.8.1.	La politique de gestion des ressources humaines .....	38
3.8.2.	Organisation et management .....	40
<b>4.</b>	<b>Synthèse de l'évaluation externe .....</b>	<b>40</b>
<b>4.1.</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>40</b>
<b>4.1.1.</b>	<b>La démarche d'évaluation interne .....</b>	<b>40</b>
4.1.2.	Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM .....	41
<b>4.2.</b>	<b>Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de l'accompagnement des usagers.....</b>	<b>41</b>
4.2.1.	Le projet d'établissement .....	41
4.2.2.	L'organisation de l'accompagnement des usagers .....	42
<b>4.3.</b>	<b>L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio culturel et économique .....</b>	<b>42</b>
<b>4.4.</b>	<b>Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers</b>	<b>43</b>
<b>4.5.</b>	<b>La garantie des droits et la politique de prévention des risques .....</b>	<b>43</b>
4.5.1.	Les droits des usagers .....	43
4.5.2.	La politique de prévention des risques.....	44
<b>5.</b>	<b>Abrégé du rapport d'évaluation externe .....</b>	<b>45</b>
5.1.	La démarche d'évaluation interne .....	45
5.2.	La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm.....	47
5.3.	Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de l'accompagnement des usagers .....	48
5.4.	L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique .....	53
5.5.	La personnalisation de l'accompagnement.....	54
5.6.	L'expression ou la participation individuelle et collective des usagers.....	56
5.7.	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques .....	58
5.8.	L'appréciation globale de l'évaluateur externe.....	62
5.9.	Méthodologie de l'évaluation externe .....	63
5.10.	Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe .....	64
<b>6.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>65</b>
6.1.	Contrat .....	65
6.2.	Composition des équipes.....	70
6.3.	Calendrier de réalisation .....	74
6.4.	Attestation sur l'honneur .....	75

## 1. Eléments de cadrage

**L'EHPAD Alizés est géré par la Fondation Père Favron.** Créée en 1946, la Fondation assure « la conception, la réalisation, la gestion et l'exploitation de toutes œuvres à but non lucratif présentant un caractère médical, social ou éducatif. Elle assure le fonctionnement et l'entretien des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Elle s'engage aussi à poursuivre l'œuvre de l'Union des Œuvres Sociales Réunionnaises créée par le Père FAVRON » (article 1 des statuts de la Fondation).

Elle regroupe 35 établissements sociaux et médicosociaux, accompagne 1 455 personnes et emploie 1 200 professionnels.

L'offre de la Fondation s'organise en trois filières :

- Une filière personnes âgées ;
- Une filière handicap enfants et adultes;
- Une filière sociale.

La Fondation Favron défend et promeut les valeurs suivantes :

- « L'Humanisme, philosophie qui met l'homme et les valeurs humaines au-dessus de tout et se traduit par le respect des droits fondamentaux de la personne, tels qu'ils sont énoncés dans :
  - o la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ;
  - o la Déclaration Universelle des Droits de la Personne Handicapée ;
  - o la Charte des Droits et Libertés de la Personne Âgée ;
  - o la Charte de l'Economie Sociale.
- La solidarité, par le choix du statut associatif qui permet d'associer administrateurs, bénévoles, personnels salariés, environnement social et partenaires locaux pour aider la personne dans une relation de confiance, sans but lucratif.
- La qualité de l'accompagnement, respectueux des droits fondamentaux de la personne accueillie et sa prise en charge globale, du domicile à l'institution et quelles que soient ses difficultés, par un travail en équipe pluridisciplinaire et l'implication de tous les acteurs travaillant en réseau.
- La proximité, pour que l'action s'inscrive dans le territoire, au plus proche des besoins.
- La promotion et la formation des salariés pour un bon développement des actions dans la démarche qualité au service de l'usager. »

### 1.1. Description de l'établissement

#### Autorisation

**Le cadre d'intervention de l'EHPAD Les Alizés a été défini par son arrêté d'autorisation initial du 15 septembre 1998** prévoyant une capacité d'accueil de 90 places d'hébergement.

**L'EHPAD est également signataire d'une convention tripartite** avec ses autorités de contrôle et de financement pour la période 2009-2013 afin :

- De définir les objectifs poursuivis par l'établissement tant sur le plan quantitatif qu'au regard de la qualité de vie assurée aux résidents et de la qualité de soins prodigués ;
- De définir les conditions dans lesquelles fonctionne l'établissement ;
- De déterminer les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs énoncés dans le cadre de chaque section tarifaire.

Une nouvelle convention tripartite 2014-2018 est en cours quoique non signée au moment de l'évaluation externe.

### **Capacité**

**L'établissement dispose d'une capacité autorisée de 90 places d'hébergement** permanent pour personnes âgées dépendantes, seules ou en couple, âgées de soixante ans ou plus.

**L'établissement dispose d'une unité protégée de 24 places.**

## 1.2. Missions

**L'EHPAD Les Alizés cherche à tout mettre en œuvre pour favoriser la qualité de vie et la sécurité des personnes** qu'il accompagne dans leur nouveau lieu de vie, tout en leur assurant le respect de leur citoyenneté.

**L'établissement s'emploie à développer des moyens leur permettant de conserver leur autonomie, leur culture, leur personnalité, leur histoire, les liens sociaux** et de développer toute action favorable à leur épanouissement personnel.

**La structure est un lieu de vie** où sont offertes des prestations de soins dans le cadre d'une dynamique qualité.

## 1.3. L'environnement : situation géographique

L'EHPAD Les Alizés est situé à La Saline Les Bains, une commune rattachée à celle de Saint-Gilles Les Bains. L'EHPAD se situe dans une zone touristique, à proximité d'une plage et d'un lagon, dans l'Ouest de l'île de La Réunion, à 30 minutes de Saint-Denis et 15 minutes de Saint-Paul en voiture. L'EHPAD est aisément accessible car situé à proximité immédiate de la Nationale 1.



## 1.4. La population accompagnée

**L'EHPAD Les Alizés accueille une population à prédominance féminine (79%).** L'âge moyen atteint 82 ans ce qui est proche de la moyenne nationale qui s'élève à 83 ans (DREES avril 2006 n°485).

**L'établissement présente un GMP de 725,80 en 2013** et les principales pathologies rencontrées sont le diabète, les maladies cardiaques, les démences, les accidents vasculaires cérébraux, l'épilepsie, les maladies respiratoires, les arthroses et fractures et les maladies urinaires.

## 1.5. L'activité

L'activité réalisée en 2013 est de 32 532 jours. A titre de comparaison, l'établissement avait réalisé en 2012, 32 682 journées soit une diminution de 150 jours. Le taux d'occupation de l'établissement s'établit à plus de 99% depuis 2011.

	2011	2012	2013
<b>Budget d'exploitation</b>	4 752 604	4 719 167	4 698 544
<b>Capacité d'accueil autorisée</b>	90	90	90
<b>Capacité installée</b>			
<b>Nombre de journées budgétées</b>	32 705	32 752	32 745
<b>Nombre de journées réalisées</b>	32 786	32 682	32 532
<b>Taux d'occupation</b>	99.8	99.2	99.03

## 2. La procédure d'évaluation externe

L'évaluation externe est une obligation pour tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Instaurée par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, elle est encadrée par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations. Elle a pour objectifs principaux de :

- porter une appréciation globale en s'attachant à la mise en œuvre de la mission et du projet de l'établissement ;
- étudier les suites données aux résultats de l'évaluation interne ;
- examiner plusieurs thématiques spécifiques en lien avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM, en s'attachant à l'effectivité du droit des usagers ;
- interroger l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement.

Elle s'intègre à la démarche de progrès de l'établissement, en contribuant à l'amélioration continue de la qualité des prestations. Elle se centre sur les axes de travail développés par l'établissement, en termes d'accompagnement, de respect des droits, des choix et des interactions avec les proches et l'environnement des usagers.

La procédure d'évaluation externe se décompose en quatre étapes principales :

- définition du projet évaluatif ;
- étude et analyse ;
- synthèse ;
- rapport d'évaluation externe.

La circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 vient compléter le décret de 2007 en détaillant notamment le cadre du rapport d'évaluation externe et en précisant le calendrier des évaluations externes.

## 2.1. Démarche

L'évaluation externe est appréhendée comme un diagnostic partagé entre l'établissement et l'organisme évaluateur, à partir duquel sont émises des propositions d'amélioration et des préconisations.

La démarche d'évaluation externe est structurée en trois étapes, s'étendant sur trois mois, du mois de novembre 2014 au mois de janvier 2015.



### Etape 1 : Le projet évaluatif

Elaboré par le cabinet EQR Conseil en lien avec la Direction de l'établissement, le projet a fait l'objet d'une validation.

En conformité avec le décret, il définit notamment le cadre de référence de l'évaluation, les questionnements évaluatifs (inspirés des objectifs du décret) qui fondent l'appréciation des évaluateurs externes, la méthode et les outils de l'observation.

### Etape 2 : l'évaluation sur site

L'évaluation sur site s'est déroulée autour de plusieurs temps :

- Une visite complète de l'établissement ;
- Des entretiens avec :
  - o La Directrice
  - o Le médecin coordonnateur
  - o Le médecin traitant
  - o Le cadre de santé
  - o L'équipe infirmière
  - o La psychologue
  - o L'animatrice
  - o Deux groupes d'AS – AMP
  - o Les maîtresses de maison
  - o Une infirmière de nuit
  - o Le technicien administratif
  - o L'intendant et personnel de maintenance
  - o L'équipe de rééducateurs
  - o Et d'autres professionnelles ont été interrogées de façon inopinée.
- Une consultation des usagers et de leurs familles : 6 résidents ont été rencontrés lors de la visite sur site, pour certains élus au Conseil de la Vie Sociale (CVS), et deux familles ont été interrogées
- Une consultation des membres du COPIL Qualité
- Des temps d'observation des pratiques : observation de repas, de temps d'activités, de temps de transmission.
- Une analyse documentaire sur site et hors site : outils de la loi 2002-2, rapport de l'évaluation interne, dossiers usagers, projets personnalisés, classeur qualité, procédures, etc...;
- Des entretiens avec des partenaires :

Etablissement	Interlocuteur
<b>ARAR HAD</b>	Infirmière Coordinatrice
<b>ESAT Edmond Albius</b>	Mr Jimmy Cantina
<b>Association Lire et Faire Lire</b>	Mme Béliard

**Etape 3 : le rapport** a fait l'objet d'un pré-rapport, composé d'une synthèse tenant compte des résultats de la consultation des usagers et des partenaires, et enrichie de propositions d'améliorations et de préconisations, transmis à la direction le 13 janvier 2015 aux fins d'échanges et éventuels amendements.

Le rapport final a été remis le 26 janvier 2015.

Le questionnaire évaluatif se fonde sur des sources règlementaires et/ou au regard des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

## 2.2. Sources

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM applicables à la structure évaluée :

- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (Juillet 2012)
- Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Octobre 2010)
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (Mai 2010)
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (Novembre 2009)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (Septembre 2009)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services (Juillet 2009)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (Décembre 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (Décembre 2008)
- La Bienveillance, définition et repères pour la mise en œuvre (Juillet 2008)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (Juillet 2008)
- Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles (Avril 2008)

Recommandations spécifiques aux Ehpad :

- Qualité de vie en EHPAD (volet 4) L'accompagnement de la santé du résident (Novembre 2012)
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement (Avril 2012)
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Février 2012)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 3) La vie sociale des résidents en EHPAD (Janvier 2012)
- Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (Septembre 2011)
- Qualité de vie en Ehpad (Volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement (Février 2011)
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (Février 2009)

## 2.3. La réglementation spécifiquement applicable à la structure évaluée

Les principaux textes applicables aux établissements hébergeant des personnes âgées ont été pris en compte au cours de la démarche d'évaluation externe :

- Code de l'action sociale et des familles,
- Code de la santé publique et notamment les articles L 6111-2 et 6111-3,
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,



- Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie,
- Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance,
- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999, modifié par le décret 2001-388 du 4 mai 2001, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes,
- Arrêté du 26 avril 1999 modifié relatif à la composition du tarif journalier afférant aux soins résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes,
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

## 3. Résultats de l'analyse détaillée

### 3.1. La stratégie du service

#### 3.1.1. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement

##### ▪ La démarche d'élaboration du projet

Le projet d'établissement a été révisé par l'ancienne Direction en 2013. Si auparavant, son élaboration s'était fondée sur une méthodologie participative, sa révision en 2013 a été réalisée par le Directeur de l'établissement. Cette révision a repris la terminologie utilisée dans le document mais n'a pas modifié substantiellement le contenu du projet initial.

**La mission d'évaluation pointe l'absence d'association des professionnels, des résidents, familles et partenaires de l'établissement, comme recommandé par la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM afférente.**

**Il a été validé par le conseil d'administration de la Fondation Père Favron.**

##### ▪ L'exhaustivité des éléments de contenu au regard de la réglementation en vigueur et de la recommandation de bonne pratique de l'Anesm

Le projet est en conformité avec les obligations légales découlant de la loi du 2 janvier 2002. Il intègre en effet un descriptif des activités, les modalités de coopération/partnersariat, les modalités d'évaluation des activités.

Il est également en correspondance avec les éléments de contenu précisés dans la recommandation ANESM :

- Le cadre d'intervention (missions, réglementation, politiques publiques, contractualisation)
- Le public accueilli et les enjeux d'évolution
- La nature de l'offre de service et son organisation
- L'expression et la participation des usagers
- Les principes d'intervention
- La démarche d'amélioration continue de la qualité
- Les professionnels et les compétences mobilisées :
  - o Les compétences et qualifications
  - o La dynamique de travail d'équipe (réunions, articulation des coopérations...)
  - o Soutien aux professionnels (supervision, analyse pratique) et actions de formation/VAE

**Quelques points d'amélioration sont relevés par la mission d'évaluation :**

- **Le projet ne restitue pas l'établissement dans les orientations de politiques publiques territoriales (schéma gérontologique, SROMS etc..).**
- **Hormis la Charte de la Fondation Père Favron annexée au projet, ce dernier ne développe pas l'histoire et le projet de l'organisme gestionnaire et n'inscrit pas l'établissement dans la politique de la Fondation (ex : logique de filière gérontologique).**
- **Le contenu est essentiellement descriptif et le projet ne dispose pas de dimension programmatique, c'est-à-dire fixant les grandes orientations et objectifs de l'établissement pour les 5 ans à venir.**

##### ▪ Forme et structuration du projet d'établissement

Le projet présenté est structuré de façon pertinente et logique et permet une bonne progressivité dans la lecture. Le projet présente une forme agréable et sa compréhension est favorisée par un style rédactionnel adapté ainsi que par la présence de quelques schémas.

Le projet ne définit pas d'objectifs d'évolution, ni de plan d'action.

Un point de vigilance est identifié : la taille du projet (70 pages annexes comprises) n'est pas en correspondance avec une des préconisations de la recommandation ANESM relative au projet d'établissement/de service (30 pages).

Une synthèse pourrait être rédigée comme outil de communication interne (professionnels, conseil d'administration de la Fondation) et externe (partenaires).

▪ **Le rôle d'outil de pilotage du projet d'établissement et son appropriation par les professionnels**

Le projet est mis à disposition des professionnels. Il n'est toutefois pas remis ou communiqué lors de l'embauche de nouveaux professionnels. Il est généralement demandé par les stagiaires accueillis par l'établissement.

**La plupart des professionnels rencontrés dans le cadre de l'évaluation externe ont témoigné d'une connaissance du document**, avec toutefois une appropriation très variable, la plupart n'ayant pas participé à son élaboration.

Une nouvelle Direction est arrivée en 2014 avec des objectifs clairs, parmi lesquels : mener à bien la démarche de projet personnalisé et les travaux de rénovation. En l'absence de dimension programmatique du projet d'établissement, **la mission d'évaluation recommande** :

- Actualiser le projet d'établissement ou y annexer une feuille de route avec les objectifs de l'établissement pour les années à venir
- Organiser un suivi et un état d'avancement des objectifs fixés : la définition de la nouvelle démarche de PP avec la semaine du résident témoigne des avancées stratégiques déjà menées.

### 3.1.2. La pertinence et la cohérence de la stratégie

#### ■ La cohérence du projet au regard des orientations de l'organisme gestionnaire

Le projet a été validé en novembre 2013 par la Fondation Père Favron.

Le projet d'établissement et plus généralement la stratégie de l'EHPAD Les Alizés est pleinement en cohérence avec les valeurs et orientations associatives.

Le projet engage l'établissement à exercer son activité dans le respect des valeurs de la Fondation.

#### ■ La cohérence des objectifs et leur pertinence au regard notamment des missions et orientations de politiques publiques

**Le cadre juridique est bien rappelé et l'établissement inscrit bien son action dans le cadre des missions telles que définies au CASF.** Le projet d'établissement décline également pleinement les thématiques de personnalisation de l'accompagnement et d'ouverture-partenariat, droits des usagers et de promotion de la bientraitance découlant de la mise en œuvre de la loi 2002-2 et ses différents décrets d'application. Toutefois, le projet d'établissement ne mentionne pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

Le projet de l'établissement apparaît en bonne cohérence avec les orientations de politiques publiques nationales (Plan Bien vieillir, Plan Alzheimer, Plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019 etc..).

A titre illustratif, la présence d'une unité Alzheimer et d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) l'attestent. En effet, la mise en place d'un PASA (12 places), est en pleine correspondance avec la mesure 26 du Plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019 qui prévoit de poursuivre le déploiement des pôles d'accompagnement et de soins adaptés (PASA) et inscrire cette offre au sein des filières de soins et accompagnement de « droit commun ».

Le projet n'aborde pas les orientations départementales et régionales en matière gérontologique et médico-sociales. Il s'inscrit toutefois dans les orientations des SROMS et Schéma départemental d'organisation sociale médico-sociale (volet personnes âgées) 2013-2017. Ainsi, l'unité Alzheimer, Jade et le PASA ainsi que le public accompagné (GMP élevé supérieur à celui observé en moyenne à La Réunion) s'inscrit dans les objectifs opérationnels N° 17 et N°18 du SROMS :

- Conforter les EHPAD dans l'accompagnement de personnes âgées lourdement dépendantes (Objectif opérationnel n°17) ;
- Poursuivre la déclinaison locale des orientations du Plan Alzheimer (Objectif opérationnel n°18).

Le projet est également en correspondance avec les deux grandes orientations du SDOSMS :

- Favoriser l'exercice des droits fondamentaux des personnes âgées ;
- Accompagner le projet de vie des personnes âgées.

**La convention tripartite de l'EHPAD doit être prochainement renouvelée pour la période 2014-2018. Toutefois, la Fondation Père Favron envisage la contractualisation d'un CPOM avec le CG et l'ARS qui serait spécifique au secteur gérontologique.**

#### ■ Pertinence de la stratégie et du dispositif au regard des besoins du public

**En terme de réponse aux besoins et d'attractivité, l'établissement dispose d'un taux d'activité satisfaisant : 99 % en 2013.** Avec un taux d'occupation de 99%, et l'existence d'une liste d'attente conséquente (environ 174 dossiers), l'établissement bénéficie d'une bonne visibilité et attractivité et s'inscrit dans une réponse aux besoins des populations du territoire de vie (et au-delà). En témoigne, l'ouverture récente d'un autre EHPAD de 90 places à proximité, qui n'a pas impacté l'attractivité et l'activité de l'EHPAD Alizés. La liste d'attente est en revanche moins importante sur l'unité protégée JADE.

**Au plan de la localisation**, l'implantation de l'EHPAD à la Saline les Bains, quartier de la commune de Saint-Paul, à proximité immédiate du lagon, présente des avantages en termes d'accessibilité et d'inscription dans la cité. Toutefois, le climat y est le plus chaud de l'île et l'établissement est insuffisamment équipé en climatisation (*cf problématique architecturale ci-dessous*).

**Le dispositif en place et le projet d'établissement témoignent d'une bonne prise en compte des besoins du public accueilli :**

- Un dispositif diversifié composé de places d'hébergement, d'une unité protégée (24 places), accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, d'un Pôle de Soins et d'Activités Adaptées ;
- L'organisation de l'établissement en trois unités de vie adaptées aux pathologies et au degré d'autonomie, permet un accompagnement au plus près des besoins spécifiques de chaque population ;
- Un dispositif adapté aux personnes souffrant de démences et pas seulement au sein de l'unité Alzheimer : par exemple avec une conciliation entre liberté d'aller et venir et sécurité (mise en place de caméras, port de bracelet pour certains résidents).
- Une politique de formation soutenue, des équipes spécialisées (personnel formé à la gestion des troubles du comportement sur l'unité Jade) et l'apport du personnel médical et paramédical en place (présence d'un ergothérapeute et d'un psychomotricien) ;
- Des partenariats engagés avec l'extérieur.

**Au plan des moyens matériels, si la configuration actuelle dispose de quelques atouts : un bâtiment de plein pied atour d'un espace central, l'Agora ; ce dernier date 1998 avec de nombreuses problématiques architecturales parmi lesquelles :**

- Un cadre vétuste avec des travaux de rénovation engagés : désenfumage, robinetterie et étanchéité, câblage et électricité sur l'unité Jade réalisés ;
- La présence de 10 chambres doubles et d'un WC pour quatre personnes dans certaines unités ;
- Une faible réserve d'eau (trois ballons d'eau chaude) ;
- Un sol glissant entraînant des fissures : une étude est en cours sur ce point ;
- L'absence de locaux dédiés au PASA et de financements adéquats pour sa construction ;
- Un approvisionnement électrique insuffisant pour climatiser l'ensemble des pièces de l'établissement.

**Un Plan Pluri-annuel d'Investissement (PPI) a été validé avec l'organisme gestionnaire pour la période 2014-2018** afin de remédier aux problématiques évoquées. Les priorités de 2015 seront axées sur la climatisation et la peinture, l'extension et le rééquipement de la lingerie.

**L'EHPAD dispose d'un GMP élevé** (725.80 en 2013) par rapport à la moyenne nationale des EHPAD (GMP moyen de 657 pour les EHPAD privés non lucratifs et 709 pour les EHPAD public en 2012)<sup>1</sup>. Le PMP de l'EHPAD Alizés (180,96) est plus élevé que celui observé en moyenne dans les établissements non lucratifs (172) mais moins élevé que le PMP moyen dans les établissements publics (187).

**Au plan des moyens humains**, le ratio global ETP/place est actuellement de 0,66. L'établissement apparaît correctement doté au regard de la moyenne nationale (0,59 pour les EHPAD privés non lucratifs et 0,69 pour les EHPAD publics<sup>2</sup>) tant sur le nombre de professionnels en poste que sur la diversité des compétences. A date d'évaluation, tous les postes budgétés sont pourvus.

---

<sup>1</sup> Observatoire des EHPAD – KPMG- Avril 2014

<sup>2</sup> Idem

## 3.2. Les suites données à l'évaluation interne et dynamique d'amélioration continue

### 3.2.1. Les conditions d'élaboration de l'évaluation interne<sup>3</sup>

**L'établissement a réalisé son évaluation interne sur la période 2011-2013**, accompagné par un organisme extérieur pour la réalisation de cette démarche, menée conjointement avec les 4 autres EHPAD Père Favron (même méthode, construction d'un référentiel commun). Cette démarche a été pilotée et suivie par la Direction et par un professionnel de l'établissement nommés référents qualité (un personnel administratif), formés à cette fonction et avec un temps dédié (deux jours par semaine).

**Le référentiel** créé par les référents qualité des 5 EHPAD, intègre les 4 volets réglementaires ainsi que les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'Anesm.

**La démarche a été réalisée de façon participative et pluridisciplinaire** : un groupe qualité représentant tous les corps de métiers (Directeur, cadre de santé, Référent familial, infirmier, aide-soignant, AMP, agent administratif et maîtresse de maison, un kinésithérapeute).

L'ensemble des professionnels ont été associés aux remplissages de 182 fiches descriptives des pratiques et de l'organisation, que le groupe qualité a centralisé et relu.

**Une consultation des résidents et des familles a été organisée** avec des questionnaires de satisfaction. Le CVS a été consulté sur le questionnaire de satisfaction. Les résultats ont été intégrés aux différents indicateurs et constats de l'évaluation. Les résultats de l'enquête et des fiches ont été traités en réunions du groupe qualité.

Ce dernier s'est réuni quatre fois sur la période 2013-2014. Il a déterminé les axes d'amélioration et élaboré un **Plan d'Amélioration Continue de la Qualité à partir des fiches**.

**Un rapport final de diagnostic a été élaboré et transmis aux autorités de tutelle (ARS et CG) en 2013**. Pour chaque sous-thème (dimension) du référentiel, les idées clés sont renseignées et les points forts et les points d'amélioration de l'établissement sont clairement mis en évidence.

**Toutefois, un axe d'amélioration est identifié concernant la méthodologie déployée : l'absence d'association des partenaires** de l'établissement à la démarche, comme préconisé par la recommandation de l'Anesm afférente à l'évaluation interne.

### 3.2.2. Priorisation et communication des propositions d'amélioration

A l'issue du travail d'autodiagnostic, **un plan d'action d'amélioration continue de la qualité a été réalisé**. Comportant près de 90 actions, son dimensionnement est ambitieux. Il est **décliné de façon opérationnelle** en mentionnant l'action, les effets attendus, les moyens à mettre en œuvre, le niveau de priorité et de difficulté, le délai de réalisation, l'échéance et le pilote. Des items prévoient le suivi et l'évaluation de l'action mais n'ont pas été remplis.

La démarche a été participative et est connue des professionnels rencontrés. Un support de restitution PowerPoint a cependant été réalisé et une restitution de l'évaluation interne a été faite le **29 mai 2013 par la Direction** à l'ensemble du personnel de l'EHPAD en présence du DGA et d'un Administrateur.

**La mission d'évaluation identifie un axe d'amélioration quant à la communication de la démarche aux parties prenantes** : le plan d'action n'a pas fait l'objet **d'une présentation et d'échanges en CVS, auprès de l'ensemble des professionnels, voire des partenaires**.

---

<sup>3</sup> 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 (Juillet 2009)

### 3.2.3. Mise en œuvre et suivi de la démarche d'amélioration

**Le groupe qualité s'est réuni à quatre reprises en 2013. Cependant, il ne s'est pas réuni depuis près d'un an. Il n'y a pas de réel suivi de l'avancement de la mise en œuvre du PACQ.**

**Toutefois, plusieurs actions du PACQ ont été mises en œuvre, telles que (*liste non exhaustive*) :** l'affichage de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, le recueil des habitudes de vie formalisé au travers d'un document type, la formalisation du protocole de signalement des événements indésirables, la mise en place des projets personnalisés...

**Pour autant, l'établissement sera encouragé à :**

- **Réactiver le groupe qualité** pour assurer le suivi et la mise à jour du PACQ (ex : 3 à 4 réunions par an).
- Veiller à la représentation des différentes composantes métiers de l'établissement, et des usagers et familles au sein du groupe ;
- Définir des indicateurs de suivi et des modalités d'évaluation des actions ;
- Réaliser un travail de mise en cohérence du plan avec les actions d'amélioration issues des autres démarches (PE, Evaluation externe...);
- **Poursuivre la communication sur le plan d'actions** et veiller à associer les professionnels dans la mise en œuvre des actions ;
- Enfin, conformément à la réglementation, l'établissement devra **mentionner dans son rapport d'activité annuel un état d'avancement** de la mise en place des actions du PACQ.

### 3.2.4. Les autres volets de la dynamique d'amélioration continue de la qualité

#### ▪ Le pilotage de la démarche qualité

**Le pilotage de la démarche qualité n'est pas structuré au moment de l'évaluation.** La mission d'évaluation invite l'établissement à réactiver le groupe qualité, l'implication de référents qualité parmi les professionnels et plus largement des différents corps de métier. L'implication de la Direction est indispensable pour la réussite de la démarche (*cf ci-dessus 3.2.3 Mise en œuvre et suivi de la démarche*).

Un **manuel qualité** a été formalisé début 2014 par un référent qualité (occupant la fonction de référent familial au sein de l'établissement) au cours de sa licence professionnelle Hygiène, Qualité, Sécurité, Environnement. Le Manuel décrit le système de management de la qualité en vigueur au sein de l'établissement. Ce manuel, approuvé par la Direction de l'établissement est un outil intéressant pour mettre en œuvre la démarche qualité et diffuser la culture qualité au sein de l'établissement.

#### ▪ Le recueil de la satisfaction des usagers

**Le recueil de la satisfaction des usagers n'est pas effectif sur l'établissement** en dehors de la tenue du Conseil de Vie Sociale : il n'y a pas d'enquête de satisfaction régulière, hormis celle réalisée dans le cadre de l'évaluation interne.

**L'établissement a cependant réalisé une enquête ciblée en juin-juillet 2014 portant sur les heures de repas.** Cette enquête a donné lieu au décalage de l'heure du repas, auparavant à 17h30, et actuellement à 18h. La mise en place de questionnaires réguliers de satisfaction ciblés est un souhait exprimé par les familles.

**Plusieurs projets de recueil de la satisfaction et de l'avis des résidents sont en cours :**

- La commission menu ne se réunit plus depuis près d'un an ;
- Une commission animation va être réactivée en février 2015.

La mission d'évaluation invite l'établissement à réaliser une enquête de satisfaction régulière et à mettre en œuvre ses projets de commissions associant la participation des résidents.

## ▪ Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations

**Le système de recueil et le traitement des plaintes et réclamations n'est pas formalisé.** Les remontées sont orales. Toutefois, le référent familial, également référent qualité, tient un registre des insatisfactions sur le plan de l'hygiène et de l'entretien.

La mission d'évaluation recommande à l'établissement de définir les modalités de recueil et de traitement des plaintes afin d'assurer une bonne traçabilité des plaintes et réclamations, une analyse consolidée et l'élaboration d'un plan d'actions correctives.

## ▪ La gestion documentaire

**De nombreuses procédures et documents existent** à l'EHPAD Alizés. Quelques outils existent et sont effectifs :

- Les protocoles sont accessibles dans des classeurs au sein de chaque PC soins.
- Des règles et pratiques d'archivage sont en place avec un stockage organisé sur le site de Bois d'Olive
- Les médecins des 5 EHPAD de la Fondation disposent d'un intranet commun pour échanger des protocoles et documents
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont à disposition en format papier, dans le bureau du cadre de santé, celui du référent familial et en salle de réunion.

**Toutefois, la gestion documentaire pourrait être davantage structurée (procédure d'archivage, procédure de validation des documents...).** Le manuel qualité esquisse quelques pistes sur la structuration d'une gestion documentaire et des documents qualité.

**La mission d'évaluation émet les propositions suivantes quant à la gestion documentaire :**

- Organiser la gestion documentaire : procédures des procédures (circuit de création, de révision et de diffusion des documents ; trame commune de procédures ; archivage, modalités de mise à disposition des professionnel et règles de conservation des documents) ;
- Formaliser une liste des procédures avec suivi des mises à jour nécessaires ;
- Finaliser la migration des outils vers le numérique et poursuivre la formation des équipes à son utilisation ; à terme la mise en place d'un intranet pourrait faciliter l'accès et la consultation des documents par les professionnels (ex : borne documentaire sur le PHD).

## ▪ La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm

La connaissance des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm est hétérogène selon les professionnels interrogés par la mission d'évaluation. Elles sont à disposition des professionnels en format papier, dans le bureau du cadre de santé, celui du référent familial et en salle de réunion.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ont été utilisées dans le cadre de certaines démarches structurantes : l'évaluation interne et la démarche de projet personnalisé notamment. Elles ne sont toutefois pas mentionnées dans le projet d'établissement.

## 3.3. Le parcours de l'utilisateur

### 3.3.1. Le processus d'admission et d'accueil

#### ▪ Accueil physique et téléphonique

**Les conditions matérielles d'accueil sont globalement adaptées.** La zone d'accueil est placée à l'entrée de l'EHPAD, est facilement repérable et est accessible pour les personnes à mobilité réduite. Néanmoins, l'établissement ne dispose pas d'un agent dédié à l'accueil physique des familles, partenaires et visiteurs : il n'y a personne pour assurer une permanence derrière la banque d'accueil, ce qui n'est pas optimal. Toutefois, **la fonction d'accueil est bien assurée par le référent familial**, dont le bureau est accolé à la banque d'accueil. Ce dernier les oriente en fonction de leurs demandes et de leurs besoins.



## ■ Processus d'admission

**Le processus d'admission fait l'objet d'une démarche formalisée** (procédure détaillée dans le livret d'accueil et dans le projet d'établissement), **structurée et progressive au sein de l'établissement**. Cette démarche inclut des moyens permettant d'évaluer l'adéquation du profil du nouveau résident au projet de l'établissement (entretien avec la famille, visite préalable de l'établissement, fiche de contact, etc.).

Dans un premier temps, le dossier d'admission doit être rempli (notamment le dossier médical) et renvoyé à l'établissement. **Les décisions d'admission sont prises dans le cadre d'une commission d'admission**, de manière pluridisciplinaire (participation du cadre de santé, du médecin coordonnateur, de la pharmacienne de PUI, de la directrice, du technicien administratif ayant un rôle de référent familial), qui émettent un avis défavorable ou pré-favorable dans l'attente de place vacante. En cas d'avis défavorable un courrier est envoyé aux familles.

Si l'avis est favorable, une visite de pré-accueil avec le futur résident et son entourage est ensuite programmée. Si le résident ne peut pas se déplacer, elle peut avoir lieu au domicile du résident, ce qui constitue une bonne pratique. Ce rendez-vous permet de recueillir le consentement éclairé de la personne sur son admission au sein de l'établissement. Cette première visite est aussi l'occasion d'évaluer les capacités physiques et cognitives, de revenir sur les antécédents médicaux, etc. Suite à cette visite de pré-accueil, plusieurs solutions sont possibles :

- Refus de prise en charge, avec orientation le cas échéant vers une autre structure plus adaptée ;
- Admission de la personne au sein de l'EHPAD ;
- Admission différée, si la personne ne se sent pas encore prête à intégrer l'établissement.

**Les documents légaux sont remis et explicités au cours du processus d'admission** (livret d'accueil, règlement de fonctionnement). Un contrat de séjour est également remis au nouveau résident, et doit être signé dans les délais réglementaires. Un temps est prévu avec l'agent administratif pour la lecture et la signature de ces documents.

La liste d'attente est tenue à jour tous les deux mois par le référent familial qui se charge d'appeler les personnes ayant fait une demande pour vérifier qu'elles sont toujours intéressées. Actuellement, la liste d'attente se compose de 174 dossiers.

**La mission d'évaluation souligne le bon déroulement du processus d'admission, dont la qualité a été signalée également par les familles des résidents de l'EHPAD.**

## ■ L'attention portée à l'accueil du nouvel usager et son suivi

**Une procédure d'accueil formalisée a été mise en place sur l'établissement** (procédure commune avec celle décrivant l'admission dans le « guide de l'accueil »). L'entrée est préparée en amont (information du personnel dans le logiciel PSI, et au cours de transmissions quelques jours avant l'arrivée du résident). Avant son entrée dans l'établissement, le résident a la possibilité de participer à un temps de repas ou à un temps d'activités.

L'accueil du nouveau résident est prévu le jour de présence du médecin traitant et de son référent, interlocuteur privilégié des familles et de la personne. Un état des lieux est effectué à l'entrée de la personne.

**De nombreux dispositifs permettent d'accompagner le nouvel usager dans sa découverte et sa prise de repères** sur l'établissement : un(e) référent(e) est désignée afin d'être l'interlocutrice privilégiée du nouveau résident et de sa famille s'ils ont des questions ; une visite de l'établissement est systématiquement proposée afin de permettre la prise de repère ; présentation des activités, etc. Les habitudes et l'histoire de vie du nouveau résident sont systématiquement recueillies afin de personnaliser l'accompagnement dès l'entrée.

**Les autres usagers sont également informés de l'arrivée d'un nouveau résident et présentés** par le référent ou un autre professionnel, selon la volonté de la personne. Les échanges avec les professionnels de l'établissement sont favorisés afin de faciliter l'intégration de la personne, et les liens avec les résidents sont favorisés notamment lors des animations.

### 3.3.2.L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé

#### ▪ L'effectivité des projets personnalisés

Tous les résidents de l'EHPAD Les Alizés ne bénéficient pas d'un projet personnalisé. Actuellement, une cinquantaine de projets d'accompagnement personnalisés (PAP) sont élaborés sur l'établissement. **Les projets réalisés sont réactualisés.**

La mission d'évaluation relève l'effort fourni par l'établissement en juillet 2014 pour relancer la démarche de projet personnalisé : une nouvelle démarche a été élaborée favorisant une participation accrue des familles et l'implication de tous les corps de métiers. Elle va être expérimentée à partir de janvier 2015.

#### ▪ Les modalités d'élaboration du projet personnalisé

La démarche projet personnalisé a donné lieu à l'élaboration d'un descriptif détaillé dans le projet d'établissement. L'établissement expérimente actuellement une nouvelle démarche « La semaine du résident », qui a fait l'objet d'une procédure formalisée très récemment (novembre 2014). Elle détaille notamment les objectifs et les supports du PAP. Par ailleurs, les modalités de co-construction et de mise en œuvre y sont précisées (entretien du résident avec son référent, etc.).

La « semaine du résident » s'organise comme suit : chaque semaine est consacrée à 3 résidents (un sur chacune des unités). Une synthèse médicale est élaborée en début de semaine en présence du médecin coordonnateur, du cadre de santé, d'un infirmier, de la psychologue et du soignant référent de la personne. Au cours de la semaine, chacun des professionnels sera amené à observer plus particulièrement un résident afin de proposer un accompagnement au plus près des besoins, des difficultés et des attentes de la personne accueillie. Des outils d'évaluation pour chaque professionnel (psychologue, kinésithérapeute : test « up and go » notamment) sont utilisés afin de garantir l'homogénéité de la démarche. **Cette nouvelle procédure prévoit donc une phase d'observation, d'évaluation et de recueil des besoins du résident sur une semaine avec le concours de l'ensemble des professionnels participant à l'accompagnement du résident.**

La nouvelle démarche de PAP est pilotée par la psychologue nouvellement arrivée. La coordination et la dimension pluridisciplinaire des PAP est effective. Une réunion pluridisciplinaire (réunissant notamment les référents, le cadre de santé, le médecin coordonnateur, la psychologue, et également s'ils sont disponibles le référent famille, l'animatrice, les IDE, la pharmacienne) permet de garantir la pluridisciplinarité de la démarche projet personnalisé. De même, l'identification de soignants référents au sein de la démarche permet de garantir une bonne coordination du projet.

Le projet d'accompagnement personnalisé est co-construit avec l'utilisateur. Un temps de recueil des attentes et de formulation des objectifs est prévu. Un temps de présentation et d'échanges autour du PAP avec l'utilisateur est organisé suite à la réunion pluridisciplinaire. Le consentement oral et les remarques du résident y sont recueillis, de manière à ce qu'il puisse apporter des modifications au projet s'il le souhaite (au sein du document « Informations complémentaires sur le PAP, suite à la lecture et signature avec le résident et/ou représentant légal).

Afin de garantir l'appropriation du PAP par le personnel de l'établissement n'ayant pas participé à son élaboration, le projet est mis à disposition sur PSI et accessible aux équipes.

La mission d'évaluation encourage l'établissement à mettre en œuvre cette démarche de « semaine du résident » permettant d'avoir une vision globale du résident quant à ses besoins, ses habitudes de vie et de permettre :

- A chaque résident de disposer d'un PAP;
- De veiller à leur actualisation annuelle ce n'est pas le cas à date d'évaluation.

#### ▪ Le contenu du projet personnalisé

Les projets personnalisés seront rédigés selon une trame commune permettant de garantir leur homogénéité. Cette trame inclut les différentes dimensions de l'accompagnement (vie sociale, prendre soin, animation...).

**Le projet comprend des objectifs, des actions, des intervenants.** Un outil de suivi des objectifs à réaliser est formalisé et servira lors de la réactualisation des projets.

- **Suivi et évaluation du projet personnalisé**

**Les projets personnalisés peuvent être revus en cours d'année si des modifications importantes surviennent.** Le soignant référent est en charge du suivi et de l'évaluation du projet personnalisé. Il peut ainsi alerter les équipes si un projet personnalisé a besoin d'être réactualisé, ou si un résident en émet le souhait.

**Si très peu de PAP étaient réactualisés annuellement à la date de l'évaluation–la nouvelle démarche prévoit une réactualisation annuelle des projets.**

### **3.3.3. La fin d'accompagnement**

- **La gestion des fins de vie**

**Il existe un protocole de conduite à tenir en cas de décès et un questionnaire des souhaits en cas de décès transmis et rempli par le résident et sa famille ou son représentant légal lors de l'admission. Ce dernier permet de recueillir les souhaits de la personne en cas de décès (aspect culturel, personnes à prévenir, mutuelle décès).** Les familles sont prévenues en cas de dégradation de l'état de santé de la personne.

**L'établissement travaille sur l'actualisation d'un protocole d'accompagnement à la fin de vie en lien avec l'EMSP, sur la mise en place d'un protocole de toilette mortuaire en tenant compte des différents cultes existants et sur une conduite à tenir vis-à-vis des personnes accueillies, des salariés quant à l'annonce du décès et l'accompagnement des familles endeuillées. Une réflexion est en cours avec la psychologue de l'Equipe mobile de soins palliatifs** autour de la vie institutionnelle après un décès, suite au constat d'un malaise des équipes à ce sujet.

**Les équipes ont été formées à l'accompagnement à la fin de vie** et il est prévu que la formation soit renouvelée prochainement.

**Les professionnels de l'établissement se rendent particulièrement disponibles et se montrent très attentifs et à l'écoute** auprès des résidents et de leur familles. Il n'existe pas à l'heure actuelle de réunion de deuil systématique ni de désignation de la personne chargée de l'animer.

**L'établissement a noué des partenariats avec des acteurs spécialisés dans les fins de vie et les soins palliatifs,** de manière à assurer le meilleur accompagnement possible et le soutien des équipes. Des conventions ont été signées avec l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Saint-Paul et des structures d'HAD (ARAR et ASDR). L'EHPAD peut donc faire appel à ses partenaires, avec l'accord de la famille et du médecin traitant, si le résident est en souffrance malgré les traitements qui lui sont proposés.

**La gestion des fins de vie constitue un point fort de l'établissement.**

En outre, **l'établissement dispose d'une salle mortuaire** avec table réfrigérée, ce qui permet de conserver les corps dans l'établissement suite à un décès et aux familles de se recueillir.

- **Les réorientations**

Préparation et organisation des réorientations

**Les réorientations peuvent se réaliser dans le cadre d'un rapprochement familial,** ou d'un retour à domicile, qui peut être effectué en cas de difficultés financières ou en cas d'amélioration de l'état de santé du résident. Ces évolutions sont inscrites dans le contrat de séjour. La réorientation peut également être envisagée quand la situation de la personne ne correspond plus à la prise en charge qui peut lui être offerte au sein de l'établissement. Les fins de prise en charge et changements de structure sont vus avec la famille ; ils sont réalisés rapidement. Les réorientations peuvent concerner le secteur psychiatrique.

## 3.4. La qualité de l'accompagnement proposé

### 3.4.1. Qualité du cadre de vie

#### ▪ Les locaux

**L'établissement se situe sur la route principale de La Saline Les Bains**, un quartier de la commune de Saint-Paul, dans un lieu calme, visible et facile d'accès. Il est situé à proximité du bord de mer.

L'EHPAD est constitué de bâtiments de plain-pied mais le terrain présente un dénivelé. Les bâtiments sont accessibles aux personnes à mobilité réduite, et sont équipés de rampes de déambulation ce qui facilite les déplacements des résidents. L'extérieur du site est particulièrement agréable par la présence de l'agora, espace central extérieur protégé du soleil, et d'espaces extérieurs, fleuris, soignés et bien entretenus. L'entretien est réalisé par un travailleur mis à disposition par l'ESAT Edmond Albius.

Les bâtiments anciens, sont en cours de rénovation : des travaux ont été initiés en 2014 notamment sur l'électricité et le câblage (*cf partie 3.1.2 pertinence et cohérence de la stratégie de l'établissement*).

**L'établissement s'organise autour de différentes unités. Chaque unité dispose d'une salle de soins, bien équipée, dans lesquelles s'effectuent les transmissions sur PSI. Les espaces collectifs sont aérés, et sont ouverts sur l'extérieur.** Dans la configuration actuelle, l'établissement comprend des espaces variés :

- Un hall d'accueil assez spacieux, accolé au bureau de l'agent administratif également référent familles, et à une salle de réunion ;
- Un espace bien-être, comprenant des sièges inclinables et un ciel étoilé, utilisé notamment par la psychomotricienne dans le cadre de traitements non médicamenteux ;
- Un salon de beauté, bien décoré : ce dernier est notamment utilisé par une coiffeuse et par une bénévoles ;
- Les bureaux administratifs (directrice, cadre de santé, comptabilité, ressources humaines), situés à l'étage, sont propres et vastes.

L'établissement ne bénéficie pas d'un espace dédié pour l'accueil des familles : les résidents peuvent accueillir leurs proches dans leurs chambres, dans les espaces communs ou encore au sein de l'Agora.

**Une unité Alzheimer baptisée « unité Jade » a été intégrée à l'établissement.** Il s'agit d'un espace autonome, avec chambres, salon, cuisine, salle à manger disponible pour les résidents et les personnes qu'ils souhaitent accueillir. La salle à manger donne sur une terrasse et sur un jardin. Cet espace est intégré au sein de l'établissement et accessible à l'aide d'un code.

**Les résidents bénéficient chacun d'une chambre avec salle de bain équipée d'un lavabo, d'une douche et de sanitaires. Elles sont meublées et adaptées à l'état de dépendance des résidents (usage de lits médicalisés par exemple).** Les résidents peuvent personnaliser leurs chambres à leur goût. Les chambres donnent sur une terrasse. L'établissement dispose également de 10 chambres doubles pour lesquelles la salle de bains est partagée. Deux chambres doubles sont utilisées par un couple, les autres peuvent être utilisées par des membres d'une même famille ; certains résidents doivent cependant cohabiter dans la même chambre. **Par ailleurs, sur l'espace Jade, les résidents ne disposent pas de toilettes individuelles : chaque WC est partagé entre quatre personnes. Ces espaces privés sont peu spacieux**, et certaines chambres sont vétustes (peinture des murs).

**Les pièces collectives (salles de restauration notamment) sont lumineuses et particulièrement bien décorées** (mobiles, décorations de Noël). **La qualité des espaces collectifs contribue à créer un lieu de vie convivial et apaisant, pour les résidents comme pour les professionnels.**

**Globalement, la configuration architecturale du site présente certains atouts :**

- Les bâtiments sont bien entretenus, équipés et ils répondent aux normes de sécurité (barres d'appui,...) ;
- Les logements sont individualisés et appropriés par les usagers (nom sur la porte, aménagement intérieur...)
- Les espaces communs sont bien décorés et chaleureux : les résidents ont participé activement à la décoration ;

- L'Agora confère à l'établissement une certaine convivialité et constitue un support pertinent dans l'accompagnement ;
- Les animations se tiennent dans des espaces ouverts : agora ou salle à manger notamment.

**Cependant quelques points d'amélioration sont relevés par la mission d'évaluation :**

- Renforcer la signalétique interne afin de faciliter le repérage des résidents ;
- Certaines parties du bâtiment, et certaines chambres sont aujourd'hui vétustes : des travaux sont en cours ;
- De nombreuses problématiques et des gros travaux nécessaires (*cf partie 3.1.2*) ;
- L'absence de locaux dédiés au PASA ;
- L'aménagement des circulations amenant à l'agora pour y faciliter l'accès : absence de distinction entre les passages en pente douce et les accès avec des marches, absence de bandes d'éveil... ;
- L'établissement ne dispose pas d'une salle d'activités dédiée ;
- Une seule salle dédiée aux séances de rééducation.

■ **L'entretien des locaux**

**La visite de l'établissement a permis de constater la propreté des locaux et le respect de l'hygiène.** Les lieux fréquentés par les résidents sont entretenus au même titre que les locaux administratifs. L'entretien des locaux collectifs est réalisé par une équipe de travailleurs de l'ESAT Edmond Albius, localisé à Saint-Paul.

Les chambres sont nettoyées chaque matin, tous les jours, par les agents salariés de l'unité en-dehors des horaires de sieste ou de toilette et sous réserve d'acceptation de l'habitant.

**L'établissement a mis en place un protocole de bionettoyage, disponible sur chacune des unités.** La traçabilité est assurée par une feuille de traçabilité insérée dans un classeur et complétée à chaque passage. Toutefois, la traçabilité pourrait être améliorée, comme cela a été identifié dans la démarche d'évaluation interne.

**Le personnel est soucieux de respecter les normes de sécurité et d'hygiène.** Les produits sont stockés dans des espaces sécurisés. Le stock de produits est géré par l'intendant. Le matériel observé est de bonne qualité.

**Le registre de traitement des insatisfactions de février 2014** fait apparaître des insatisfactions des familles concernant la régularité de la prestation ménage dans les chambres des résidents, notamment dans les salles de bain et placards, qui s'explique entre autres par des tensions ponctuelles sur les effectifs ne permettant de réaliser qu'un ménage léger.

**La mission pointe un enjeu d'amélioration :** l'absence de distinction entre l'entretien de fond (placards notamment) et l'entretien quotidien des chambres des résidents

■ **L'entretien du linge**

**L'entretien du linge est assuré par une équipe de deux personnes** à temps plein.

Les lingères traitent tout le linge des résidents, assurent la gestion des produits lessiviels stockés dans la lingerie. L'entretien du linge plat est effectué par un prestataire extérieur, Tounet Pressing et l'entretien des tenues de travail en location est assuré par un autre prestataire, Interlinge.

Le linge est collecté tous les jours. En cas d'urgence, le linge peut être collecté à toute heure. La distribution du linge propre et sec est effectuée par les lingères dans les différentes unités.

**Le renouvellement du linge est à la charge du résident. A l'entrée, le linge du résident doit être étiqueté par des étiquettes cousues.**

La lingerie comprend deux machines professionnelles mais le matériel utilisé est aujourd'hui obsolète. Les procédures d'utilisation sont affichées et les produits sont stockés de façon sécurisée.

**Quelques réserves peuvent néanmoins être émises quant à l'entretien du linge :**

- Bien que les locaux dédiés à l'entretien du linge distinguent la zone sale et propre pour les accès machines, ils sont aujourd'hui vétustes et non dimensionnés au traitement du linge de tous les résidents. Des travaux sont prévus pour mettre les locaux aux normes.

- La livraison du linge requiert une sortie à l'extérieur des bâtiments (la buanderie étant située dans une annexe), ce qui peut poser problème, par temps de pluie notamment

#### ■ **La restauration**

**Les repas sont confectionnés sur place**, par une équipe constituée de quatre maîtresses de maison (soit 4 ETP), au sein des cuisines sur les unités 2 et 4. Les cuisines sont configurées à l'américaine et donnent directement sur les salles à manger de ces unités, elles permettent de donner à voir et à sentir aux résidents, voire favoriser leur participation à quelques tâches. Les repas sont servis par les aides-soignants et les agents, à l'assiette.

**Les règles liées à la démarche HACCP (contrôles, prises de température, prélèvements) sont respectées.** En dépit des atouts mentionnés ci-dessus, les locaux des cuisines sont assez étroits et ne permettent pas de respecter les normes HACCP, même si des travaux ont été menés pour pouvoir respecter la marche en avant. Un projet de cuisine centrale commune aux EHPAD Lataniers, EHPAD du Port et à l'EHPAD Alizés, située sur l'EHPAD Lataniers est envisagé.

**Les menus sont mis en oeuvre par les maitresses de maison. Ils ont été validés par une diététicienne lors d'une formation de décembre 2013 et mis en place en mai 2014**, afin de garantir un bon équilibre alimentaire sur la semaine. Une commission menus est en place : elle réunit les différents référents cuisine (sur les différents unités), les résidents et leurs familles, la direction, et permet d'aborder les insatisfactions relatives à la prestation restauration. Ceci étant, l'établissement respectera avant tout les habitudes alimentaires des personnes accueillies, en s'adaptant au maximum : par exemple si des repas créoles sont proposés, une adaptation est faite pour les métropolitains.

**Les repas sont confectionnés dans le respect des régimes individuels** avec des préparations et textures particulières adaptées le cas échéant (normale, hachée, mixée). Un plat de substitution peut être proposé ; les goûts et aversions de chacun sont respectés. L'information est transmise en cuisine par les personnes en charge du service.

**Les résidents sont placés selon les affinités des uns et des autres (connaissances, loisirs communs, etc), et les portions sont individuelles.**

**L'observation d'un temps de repas a permis de noter le bon déroulement de ce moment fort de la journée des résidents :**

- La livraison des repas dans des conditions de service et d'hygiène adaptées
- Une ambiance calme et apaisante, propice au bon déroulement des repas, et de l'entre-aide entre les résidents
- Un respect des rythmes de chacun.
- Un accompagnement adapté des personnes le nécessitant (aide à la prise de repas, stimulation...).

**Des menus spéciaux sont prévus pour certaines occasions**, auxquelles les familles peuvent être conviées : anniversaires des résidents, Noël, repas du réveillon notamment.

**Les résidents et familles rencontrés dans le cadre de la mission d'évaluation ont fait part de leur satisfaction quant à la prestation restauration** (qualité et variété des menus, cadre de prise de repas et mobilier, dressage des tables et couverts, qualité du service, ..). **Quelques éléments de réflexion/pistes d'amélioration sont toutefois à considérer :**

- **L'horaire de service du diner est un peu tôt (18H).** Même si c'est une volonté des résidents, ce point est à souligner car cet horaire ne permet pas de respecter le temps de jeûne nocturne recommandé par l'HAS (<12H). Ce point est en partie compensé par une collation proposée le soir au coucher.  
**La mission souligne les efforts fournis par l'établissement avec un décalage du repas de 17H30 à 18H depuis l'été 2014**, et l'attention portée à ne pas bousculer brutalement les habitudes de vie des résidents : une enquête sur l'heure des repas auprès des résidents a été réalisée en amont.
- Si les maitresses de maison ont toutes suivi une formation HACCP, elles n'ont pas reçu de formation à l'accompagnement des publics accueillis.

### 3.4.2. L'accompagnement proposé

#### ▪ Les soins

L'équipe soignante est composée de :

- Un médecin coordonnateur (0,6 ETP)
- Un médecin traitant (0,2 ETP)
- Un cadre de proximité/cadre de santé-(1 ETP)
- Une équipe infirmière (7,5 ETP)
- Une équipe d'AS-AMP (19 ETP)
- Une équipe de paramédicaux : deux kinésithérapeutes, une psychomotricienne et une ergothérapeute (cf détail ci-après).

Un médecin psychiatre intervient tous les 15 jours sur l'établissement et une orthophoniste libérale également.

#### Le projet de soin et la conformité avec les exigences du médecin coordonnateur

**Le projet de soins est formalisé dans le projet d'établissement.**

**Les missions du médecin coordonnateur** fixées à l'article D312-158 du CASF **sont globalement bien mises en œuvre sur l'établissement :**

- **un avis médical est donné sur les admissions** : le médecin coordonnateur donne son avis à partir du dossier médical et de la visite à domicile généralement réalisée par le cadre de santé et le référent familial. Le GMP a été évalué à 725,80 en 2013 et le PMP à 180,96.
- **la commission gériatrique** n'est pas effective ; les relations sont informelles mais régulières avec les médecins traitants, l'équipe mobile de soins palliatifs et le médecin psychiatre qui intervient tous les 15 jours sur l'établissement.
- **Le médecin coordonnateur veille et suit l'application des bonnes pratiques gériatriques.** Il est gériatre et appartient à la société réunionnaise de gérontologie. Cela se traduit par exemple par :
  - Une grande attention sur la iatrogénie
  - La mise place de protocoles/procédures
  - La prise en charge des escarres et éviter les hospitalisations
- Le médecin participe aux actions **d'information** et de formation des professionnels exerçant dans l'établissement. A titre d'exemple, une formation sur la grippe a été organisée.
- Le médecin coordonnateur établit **un rapport annuel d'activité médicale** sur la base **des éditions du logiciel PSI composé des principales données médicales consolidées.** Il **n'existe pas de rapport d'activité produits par les autres corps de métier.**
- **Veille sanitaire** : le médecin coordonnateur a participé activement à différentes actions qui ont été conduites sur l'établissement : Plan cyclone...

#### L'organisation et la coordination des soins

Prescription des soins et articulation avec les professionnels libéraux.

La prescription est assurée par le médecin traitant du résident dans le respect du principe de libre choix. Aujourd'hui, 2 médecins interviennent sur l'établissement : le médecin coordonnateur intervient le mardi et le vendredi de 8h à 17h et le mercredi de 8h à 12h30. Un médecin traitant deux fois par semaine, le mardi après-midi et le jeudi de 10h à 13h30. **Tous les soins font l'objet d'une prescription.** L'accès aux médecins spécialistes est organisé en lien avec le médecin traitant. Les résidents vont en consultation chez les spécialistes principalement à Saint-Paul, située à 15-20 minutes en voiture. Ils sont accompagnés par un personnel soignant, par leur famille ou par une ambulance.



**La coordination et la collaboration avec les médecins est globalement bonne** : les médecins se rendent dans l'établissement dans le cadre de visites programmées, sur des temps repérés. Lors de leur venue, les médecins sont généralement accompagnés d'une infirmière (sauf avis contraire du résident). Dans tous les cas, le médecin passe à la fin de sa visite dans le bureau infirmier pour élaborer ses prescriptions et échanger avec l'infirmière. Le second médecin traitant utilise également le logiciel PSI pour saisir les comptes rendus de consultation et les prescriptions.

Une orthophoniste libérale intervient également dans l'établissement. L'articulation est effective. Une convention précisant ses conditions d'intervention a été signée avec l'établissement.

#### La coordination et l'organisation des soins en interne

**La coordination des soins et l'encadrement de l'équipe soignante sont assurés par le cadre de santé**, qui élabore notamment les plannings des équipes soignantes.

#### **L'organisation horaire et la présence des professionnels se présentent comme suit :**

Du lundi au vendredi :

Matin	Après-midi	Nuit
9 AS/AMP (3/unité) : 6h-13h30	3AS/AMP (1/unité) : 13h-20h30	1 IDE
3 ASL (1/unité) : 6h-16h	3 ASL (1/unité) : 10h30-20h30	1 AS/AMP 20h15 -06h15
2 IDE : 6h-16H	1 IDE 10h30-20h30	1 ASL

Le week-end :

Matin	Après-midi	Nuit
6 AS/AMP (2/unité) : 6h-16h00	3AS/AMP (1/unité) : 10h30-20H30	1 IDE
3 ASL (1/unité) : 6h-16h	3 ASL (1/unité) : 10h30-20h30	1 AS/AMP 20h15 -06H15
2 IDE : 6h-16H	1 IDE : 10H30-20H30	1 ASL

**L'EHPAD Les Alizés dispose donc d'une présence infirmière en continue, y compris la nuit.**

**L'organisation et le suivi des plans de soins individualisés sont formalisés pour les résidents en plusieurs étapes.** Dès l'arrivée d'un résident dans l'établissement, un plan de soin provisoire est établi à partir du recueil des habitudes de vie. Après une période d'observation, des objectifs de soins sont définis en réunion projet personnalisé. Les plans de soins sont suivis et réajustés en continu par l'équipe soignante.

**La traçabilité des soins et les transmissions se font dorénavant exclusivement à travers PSI. Peu de supports papiers subsistent**, ce qui permet d'éviter une dispersion de l'information. **L'outil PSI permet notamment de recueillir de manière formalisée les habitudes de vie quotidienne** : établies à l'arrivée du résident, elles sont réactualisées entre 1 mois et 2 mois après l'admission puis de façon régulière ensuite par le référent du résident. Ces habitudes de vie permettent ensuite d'élaborer le projet personnalisé. L'outil PSI permet également de retracer les soins, les pesées et les changes (type de protection adaptée à la personne, nombre de changes nécessaires par jour et la nuit).

**Le logiciel PSI est de mieux en mieux investi par les différents professionnels**, qui ont bénéficié de formations. Pour autant l'outil n'est pas encore utilisé dans toutes ses fonctionnalités par les personnels soignants.

**L'établissement a formalisé des protocoles de soins (29 au total). Ces protocoles ont été travaillés** par le médecin coordonnateur, la cadre de santé en lien avec les infirmières. Plus globalement, les protocoles et procédures sont travaillés en réseau entre les différents médecins coordonnateurs de l'île de La Réunion. Certains sont en cours de réactualisation ou à venir. Les protocoles sont disponibles dans les salles de soins, à la disposition de tous, afin que les soignants puissent s'y référer.



**Un enjeu d'amélioration est relevé par la mission d'évaluation** : aucun temps de présentation formalisé des protocoles n'est prévu (par exemple lors d'une réunion). Le médecin coordonnateur et le cadre de santé se chargent de leur diffusion progressive au sein de l'équipe soignante, de façon informelle.

#### Personnalisation et adaptation des soins et de l'accompagnement à la vie quotidienne

**Les équipes sont attentives au respect du rythme du résident. Le respect du rythme du résident est au cœur du projet d'accompagnement des équipes de l'EHPAD. L'organisation et les soins réalisés sont pensés et réalisés selon une approche personnalisée prenant en compte les habitudes de vie, le rythme et les préférences de chaque résident :**

- fréquence et le nombre de douches, les types de toilettes adaptées en fonction des souhaits et habitudes de vie de chacun ;
- Respect des heures de lever et coucher de chaque résident ;
- Adaptation des horaires de réalisation des soins du quotidien (toilettes, douches,..) en fonction des heures de lever et des préférences des résidents ; les toilettes ne sont pas réalisées chambre après chambre, le circuit est adapté ;
- Réalisation des soins du quotidien (toilettes, soins de corps, soins médicaux) en fonction du rythme du résident ;
- Possibilité de prendre ses repas en chambre ou en salle à manger ;

Une attention est également assurée pour préserver un bon équilibre entre les temps d'animation et de soin : mise en place de siestes au besoin, échanges avec l'équipe d'animation.

**En plus de la prise en charge au quotidien, l'équipe a le souci de préserver et stimuler l'autonomie. Quelques illustrations :**

- Si une personne peut prendre son traitement elle-même, l'infirmière pose les médicaments à côté de la personne (ne met pas dans la bouche) et vérifie la prise ;
- Un résident peut participer aux tâches de la vie quotidienne (faire son lit, débarrasser, menues tâches de cuisine).

**La mission d'évaluation tient également à faire ressortir la qualité des pratiques professionnelles des personnels dans la prise en charge quotidienne. Les temps d'observation ainsi que les entretiens conduits avec les résidents et familles attestent de l'éthique et du professionnalisme des équipes. Les discours sont respectueux, les postures sont adaptées, et une attention est portée aux résidents (écoute, échange, dialogue, réactivité).**

Par ailleurs, la mission d'évaluation repère également une bonne dynamique d'équipe, une capacité à travailler ensemble (bonne articulation et collaboration entre les infirmières, les aides-soignantes) et une volonté d'amélioration qui se traduit par une remise en question régulière des pratiques.

#### La prise en compte des thématiques de soin spécifiques

**Le public accueilli à l'EHPAD Les Alizés est concerné par la problématique de la désorientation, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés – à plus forte raison que l'EHPAD dispose d'une unité dédiée (Jade) et d'un PASA.**

**Bien qu'il ne fasse pas l'objet d'un protocole, l'accompagnement de la fin de vie fait l'objet d'une réflexion et d'une attention particulière de l'équipe soignante.** Certains professionnels ont été formés. Un groupe de parole animé par le psychologue de l'équipe mobile de soins palliatifs se réunit une fois par mois : il constitue un espace d'écoute et d'aide pour le personnel. Le recueil des attentes du résident concernant les personnes de confiance se fait à l'entrée en établissement. La famille est souvent rencontrée par le cadre de santé en fin de vie bien qu'il n'y ait pas d'entretien systématique. Par ailleurs, une convention a été signée avec l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital Gabriel Martin de Saint Paul, et les structures d'HAD notamment pour la prise en charge de la douleur chronique et dans le cadre du soutien aux équipes. Lors d'un décès, la conservation du corps peut se faire dans l'établissement (salle mortuaire) jusqu'à l'enterrement. La toilette mortuaire est réalisée. **Par ailleurs, un travail est un cours sur la vie institutionnelle après un décès avec la psychologue de l'EMSP.**

**Une procédure existe sur le thème de la douleur.** Les équipes ont été sensibilisées à l'utilisation des échelles ECPA et Doloplus. Des prescriptions anticipées existent, notamment pour les cas de fin de vie. La présence de douleur est tracée sur PSI, remontée en transmission par les équipes, de sorte que **les délais de prise en charge de la douleur sont rapides**. De plus, l'usage de la salle bien-être peut aider à surmonter les douleurs chroniques dans une approche non médicamenteuse.

**Le taux d'apparition des escarres est faible dans l'établissement. Le traitement des escarres s'inscrit dans une prise en charge pluridisciplinaire (infirmiers, médecins, kinésithérapeute) :** une mobilisation (changement de position), des pansements adaptés, une mise au fauteuil, l'usage de matelas et de coussins anti-escarres, une surveillance de l'état cutané et de l'équilibre nutritionnel.

**En matière de prévention des chutes,** plusieurs mesures ont été prises : rédaction d'un protocole spécifique, installation d'une barre de marche pour aider la rééducation, incitation des soignants à favoriser la marche, élaboration de fiches chutes sur PSI, analyse des chutes (causes, cas particuliers, liens avec les thérapeutiques). Par ailleurs, les familles sont prévenues. Différentes actions préventives et correctives sont mises en œuvre : par exemple, des séances de kinésithérapie pour des ateliers équilibre ou de prévention des chutes peuvent être prescrites.

**Les mesures de contentions fauteuil ou lit sont mises en place à la suite d'une réflexion commune de l'équipe, seulement s'il y a un risque avéré de chute ou à la demande d'un résident (et en l'absence de contre-indication).** Une solution alternative est systématiquement recherchée. Les prescriptions médicales sont systématiques et limitées dans le temps. Des prescriptions d'arrêt de contention sont également demandées, lors de la visite du médecin. Les demandes de contentions sont régulièrement réévaluées.

**L'établissement dispose d'un protocole en matière de dénutrition et de difficultés à s'alimenter.** A l'entrée, un bilan sanguin est effectué ainsi que la prise de la taille et du poids de la personne. Un suivi mensuel du poids est assuré à minima et des compléments alimentaires peuvent être donnés ; dans certains cas, une fiche de suivi alimentaire peut être mise en place, retraçant l'alimentation du résident et définissant au besoin un régime.

**En matière d'hydratation,** une surveillance est opérée et est renforcée lors des périodes de chaleur, et des solutions (sirops sans sucre, eau gélifiée...) sont essayées en cas de difficulté et des perfusions sous-cutanées peuvent être mises en place. Des fiches de suivi (sur PSI) sont alimentées.

**Un bilan incontinence** est réalisé au cours des premières semaines d'observation suivant l'admission, puis réévalué régulièrement. La prévention de l'incontinence est assurée par une mise aux toilettes régulière (plages définies dans la journée en fonction des étapes : avant la toilette, avant le coucher par exemple).

Une procédure sur la prescription anticipée de contention est formalisée.

Néanmoins, un point d'amélioration est identifié par la mission d'évaluation :

- En raison du nombre importants de décès enregistrés annuellement sur l'établissement, la mission d'évaluation préconise **la formalisation d'un protocole sur l'accompagnement à la fin de vie.**

## ■ La prise en charge rééducative et psychologique

### La prise en charge rééducative

**L'équipe rééducative est composée de :**

- **Deux kinésithérapeutes à 0,5 ETP chacun**
- **Une psychomotricienne à 0,4 ETP assurant les activités du PASA**
- **Une ergothérapeute à 0,2 ETP présente le mardi de 13h à 16h et le mercredi de 8h à 12h**

Par ailleurs, une orthophoniste intervient à titre libéral sur l'établissement.

La psychomotricienne propose des ateliers de stimulation en faveur du maintien des capacités des résidents. Elle utilise des techniques corporelles, sportives, manuelles ou de médiations telles que le jeu (ballons), le chant, l'expression artistique, l'éducation gestuelle, la relaxation afin de travailler les réflexes et la coordination. **A chaque entrée, des bilans en kinésithérapie et ergothérapie, prescrits par le médecin coordonnateur, sont réalisés.** Les soins de kinésithérapie sont pratiqués essentiellement en séances individuelles, dans une salle dédiée, spacieuse et bien équipée. Les prises en charge sont mises en place sur prescription médicale ou s'inscrivent dans le projet personnalisé du résident. Ils dispensent un accompagnement sur prescription du médecin : suivi traumatologique, orthopédique, kiné respiratoire, etc. Ceux-ci ajustent eux-mêmes la fréquence et le type de suivi selon les besoins. Des prescriptions ponctuelles peuvent être établies (suite à une chute par exemple).

**Des séances de gymnastique douce en binôme** sont proposées aux résidents valides par les kinésithérapeutes dans l'Agora. La psychomotricienne utilise également l'espace bien être situé dans l'unité protégée pour des prises en charge individuelles, dans le cadre d'une approche non médicamenteuse. L'équipe de rééducation participe également aux activités : ils accompagnent les résidents volontaires dans le cadre d'une activité Handi-Plage.

**Par ailleurs, le personnel rééducatif a assuré des formations en interne pour le personnel soignant :** une formation manutention a notamment été assurée par un kinésithérapeute et l'ergothérapeute.

**Une traçabilité est assurée sur PSI par l'ensemble de l'équipe rééducative.** Un cahier est également en place entre les kinésithérapeutes et l'ergothérapeute tient un registre pour les fauteuils de location.

**Si l'accompagnement rééducatif est globalement bien organisé et structuré,** des enjeux d'amélioration sont relevés par la mission d'évaluation :

- **L'équipe rééducative ne participe pas à des réunions avec l'équipe soignante** ce qui peut constituer un frein à la coordination autour de la prise en charge des résidents ; (excepté la psychomotricienne qui participe aux réunions du PASA où elle intervient pour moitié de son temps) ;
- **L'association de l'équipe rééducative aux projets personnalisés (prévue dans la nouvelle démarche à compter de janvier 2015) ;**
- Les professionnels ne disposent que d'une salle dédiée faute de locaux disponibles ;
- La mission d'évaluation encourage l'établissement à la diffusion des pratiques à travers le développement d'action de sensibilisation et de formation des rééducateurs auprès des équipes comme cela a déjà été le cas.

### **L'accompagnement psychologique**

L'accompagnement psychologique est assuré par une psychologue (0,5ETP) récemment arrivée (juillet 2014). Depuis son arrivée, **elle a en charge la coordination du P.A.S.A et la mise en place de la nouvelle démarche de projet d'accompagnement personnalisé.** Progressivement, elle met en place des suivis individuels de certains résidents mais son action est à ce stade essentiellement tournée vers les équipes (répondre à leur questionnement en réunion, apporter des éclairages sur la gestion des troubles du comportement).

### **Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés**

**Le Projet du P.A.S.A est formalisé :** il prévoit le fonctionnement actuel sur trois jours et sa progressive montée en charge avec un fonctionnement sur cinq jours.

**L'entrée au PASA est décidée à partir d'une évaluation neuropsychologique (NPI)** réalisée par la psychologue et validée par le médecin coordonnateur et du consentement de la personne et de sa famille. Le PASA bénéficie aujourd'hui à 14 résidents, avec une file active estimée à 20 résidents.

**Le PASA ne dispose pas de locaux propres à date d'évaluation.** Un projet de construction est en cours mais doit être revisité, le terrain envisagé étant occupé pour moitié par la mairie qui y a créé un bassin de collecte des eaux pluviales. Un accord a été trouvé et la planification du projet va prochainement être arrêtée. Les activités se déroulent dans les différentes pièces souvent au sein de l'unité Jade ou en extérieur.

A date d'évaluation, le PASA fonctionne trois jours par semaine de 8h30 à 16h. Des activités de stimulation sont proposées afin de maintenir les capacités des résidents, en fonction des projets et sur la base de la pyramide de Maslow et des 14 besoins fondamentaux définis par Henderson. On peut citer notamment, parmi ces activités :

- Cuisine et repas thérapeutique
- Jardinage
- Chants
- Contes
- Gymnastique douce

**Le projet du PASA comprend le détail de chaque projets d'activité avec** notamment les objectifs, les intervenants, la fréquence. Des bilans personnalisés sont effectués suite à chaque activité.

Le futur PASA sera ouvert 5 jours, du lundi au vendredi de 8h30 à 16h. Il prévoit la mise en place d'activités sensorielles et créatives (telles que la peinture, le dessin, le dressage, etc), d'un atelier musique, de sorties socioculturelles, etc.

**L'établissement n'a pas prévu les modalités de sortie du PASA à ce stade, ces modalités pourraient être formalisées :** annonce au résident et à la famille, arrêt progressif...

#### ■ **La vie sociale et culturelle**

**L'accompagnement à la vie sociale et culturelle mis en place au sein de l'EHPAD Les Alizés est structuré et coordonné.** Le projet d'animation, compris dans le projet d'établissement (chapitre 3.4), précise les objectifs et principes de l'animation sur l'établissement. Des projets d'animation sont également formalisés (projet « valorisation de la personne âgée via l'esthétique », projet « prestation danse et chants » etc.). Une animatrice à temps plein (AMP de formation initiale, ayant suivi un BPJEPS animation sociale) intervient du lundi au vendredi de 8h30 à 15h30 sur la base d'un planning d'animation mensuel et hebdomadaire qu'elle construit et adapte en fonction des événements nationaux et des actualités locales (Noël, etc.). Suite à chaque séance d'animation, l'animatrice effectue des comptes rendus sous la forme d'un tableau indiquant le nombre de participants, la durée de l'animation, les objectifs recherchés et effectue un bilan global de la séance. Lors des week-ends, consacrés prioritairement aux visites des familles, les animations sont assurées par les soignants.

**Les animations ont lieu tous les jours de la semaine.** Elles débutent généralement entre 9h30 et 10h et durent une heure. Les supports d'animation sont plutôt variés et pertinents (chant et danse, activité cuisine, confection de décorations de Noël, etc.). Le matériel utilisé est diversifié et pertinent. Le mardi, un groupe de bénévoles anime un atelier lecture et de la gymnastique douce, assuré par les kinésithérapeutes de l'établissement, est proposée tous les vendredis matins. L'année est ponctuée par des temps festifs, tels que Noël, le premier de l'an, la semaine bleue, Pâques, etc

**Les activités proposées sont majoritairement collectives.** Elles s'organisent généralement par petits groupes le matin (atelier pâtisserie, atelier esthétique, etc.) et l'après-midi. Elles ont lieu dans des espaces communs avec du passage (Agora, etc.) afin de susciter l'intérêt des résidents et familles qui n'avaient pas prévu de participer à l'animation. Avant la séance d'activité, l'animatrice passe dans les différentes unités pour expliquer le programme de la journée. Par ailleurs, la présence de bénévoles permet de mettre en place des activités individuelles (esthétique notamment, visite individuelle des résidents). Par ailleurs, des rencontres intergénérationnelles sont en place, notamment avec les enfants d'une école de Saint-Gilles et avec des jeunes de l'ALEFA (Association Laïque pour l'Education, la Formation et l'Autonomie) qui se rendent au sein de l'établissement afin d'assurer un spectacle.

**Des sorties en dehors de l'établissement sont également régulièrement proposées :** sortie au marché de Saint-Paul, au Parc du Colorado à Saint-Denis, au cinéma, au cirque, par exemple.

**L'établissement ne dispose pas d'une commission animation (en projet).** L'animatrice a également le projet d'organiser un court séjour à l'île Maurice avec quelques résidents de l'EHPAD. Dans cette optique, il est envisagé de mettre en place un séjour d'une ou 2 nuits sur l'île de la Réunion en amont.

**Si la mission d'évaluation souligne positivement l'organisation, la structuration et la qualité des animations mises en place sur l'établissement, elle a pu constater au cours de sa visite des temps d'inactivité/passivité des résidents assis en salle à manger, la télévision allumée sans même la regarder. Elle invite l'établissement à renforcer sa dynamique d'animation et d'activités.**

Par ailleurs, l'établissement ne dispose pas d'une salle d'activités dédiée, ce qui oblige l'animatrice à réaliser les séances au sein de l'Agora ou dans les salles de restauration (pour un temps limité en raison des contraintes liées aux repas).

**La mission d'évaluation a pu observer un temps d'animation le matin.** L'animation se tenait au sein de l'Agora, et une douzaine de résidents y participaient, encadrés par l'animatrice et deux stagiaires. Une partie des résidents confectionnaient des décorations de Noël avec un matériel adapté (peinture, assiette en carton) pendant qu'une autre partie jouait aux dominos. Les postures et propos des professionnelles étaient de grande qualité, l'équipe se tenant à l'écoute de chacun et veillant au respect du choix de tous les participants.

### 3.4.3. La coordination de l'accompagnement

#### Les réunions

**La dynamique de réunion n'est pas encore stabilisée, elle est en cours de révision avec l'arrivée de la nouvelle Directrice en 2014.** Certains temps sont toutefois en place ou en cours de mise en place :

- une réunion bi-mensuelle d'information réunissant l'ensemble du personnel ;
- une réunion mensuelle du PASA (compte rendu systématique)
- Des réunions tous les mois ou deux mois de l'équipe soignante va être remise en place ;
- Des réunions d'équipes par unité aujourd'hui au cas par cas pourraient être instituées ;
- Une réunion liée aux prestations hôtelières est organisée avec les maîtresses de maison, et le cadre de santé en fonction de l'actualité ;
- Une réunion du personnel de nuit (2 à 3 fois par an) ou leur intégration à la réunion de l'équipe soignante est prévue ;
- Une réunion de cadre hebdomadaire : avec la Directrice, la pharmacienne, le médecin coordonnateur, le cadre de santé, le référent familial et la psychologue.
- Deux commissions de coordination gériatrique par an seront instituées en 2015.

A date d'évaluation, il n'y a pas de comptes rendus formalisés des réunions. Les professionnels interrogés ont souligné l'importance de temps d'échange pluridisciplinaires et regrettent la suspension de certaines réunions.

#### Les transmissions

Plusieurs temps de transmission sont en place :

- Un temps de transmissions chaque matin avec une lecture des transmissions en équipe pour les AS-AMP et des temps de transmissions écrites sur PSI ;
- Trois temps de transmissions orales et écrites pour l'équipe infirmière de 6h à 6h15, de 10h30 à 11h et de 20h15 à 20h30.

Une réflexion sur les temps de transmissions est en cours en lien avec la prise en charge Humanitude, pour instaurer la formule la plus pertinente.

#### ■ Le dossier de l'usager

**Le dossier du résident est principalement informatisé via le logiciel PSI. Toutefois, une version papier subsiste conservée de manière sécurisée, avec une partie administrative distincte de la partie médicale.**

**L'accès aux différentes parties sur PSI et en version papier est différencié** selon la fonction occupée par les professionnels. Le dossier administratif est conservé au sein du bureau du référent familial dans une armoire fermée à clef. Sa structuration est homogène et organisée en sous-pochettes : identification, pensions, aides sociales, admission. Le dossier médical papier est stocké de façon sécurisée dans le bureau du médecin coordinateur : l'accès est limité au médecin et à l'équipe infirmière. Le dossier papier contient les comptes rendus complets des RDV chez des spécialistes, les retours d'hospitalisation, les évaluations et examens complémentaires, ainsi que les courriers médicaux.

Il est à noter que la Fondation Père Favron est engagée dans une démarche régionale inter-association pour le choix d'un logiciel de gestion de l'usager. La procédure d'appel d'offre est en cours. L'objectif est de doter l'ensemble des établissements du logiciel retenu. **Cette démarche s'inscrit dans une informatisation plus complète du dossier de l'usager et du respect du principe du dossier unique.**

**Le droit d'accès de l'usager et de ses ayants droits à son dossier** est mentionné dans le contrat de séjour ainsi que les modalités (demande au secrétariat). Une procédure d'accès au dossier est inscrite dans le contrat de séjour.

**La mission d'évaluation pointe l'enjeu suivant : il n'y a pas de procédure de constitution et d'archivage du dossier formalisée.**

### 3.5. L'effectivité des droits des usagers

#### 3.5.1. Le respect des droits fondamentaux

##### ▪ **L'existence et la mise en œuvre des outils de la loi 2002-02**

**L'établissement est en conformité avec les exigences de la loi 2002-02** et a intégré la plupart des recommandations de l'ANESM afférentes. Le livret d'accueil, la Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie, et le règlement de fonctionnement sont formalisés, disponibles, expliqués et remis aux familles. En revanche, le règlement de fonctionnement n'est pas remis aux nouveaux salariés.

**La charte des droits est affichée dans plusieurs lieux stratégiques de l'établissement** (hall d'accueil, salles de restauration), conformément à la réglementation.

**Le livret d'accueil de l'EHPAD** remplit correctement sa vocation d'information de l'usager et des familles. Il reprend les éléments de contenu utiles donnés à titre indicatif dans la circulaire du 24 mars 2004<sup>4</sup> : localisation de l'établissement, prestations, participation des usagers (CVS), formalités d'admission... Des précisions pourraient y être ajoutées comme l'organigramme, la liste des personnes qualifiées et les modalités pratiques de leur saisine. Le livret est illustré de photographies.

**Le contrat de séjour** respecte le contenu du décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004. Il présente les prestations globales de l'établissement, les modalités d'accès au dossier, la description des conditions de séjour, les conditions financières et les tarifs en annexe, ainsi que les clauses de réserve et de résiliation. Le contrat de séjour est lu avec le référent familial, puis signé par le résident ou par son représentant et la Direction, puis classé dans le dossier administratif de l'usager, dans le délai légal d'un mois après l'admission de la personne.

**Le règlement de fonctionnement** est remis à chaque usager et son représentant et lu avec l'agent administratif à l'entrée afin de permettre son appropriation. Il est également affiché à l'accueil. Il correspond bien aux éléments contenus dans **le décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003** relatif au règlement de fonctionnement.

---

<sup>4</sup>Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

Il précise notamment certaines obligations et droits de l'usager (culte par exemple) et de l'institution et les modalités de participation des résidents à la vie de l'EHPAD (Conseil de la Vie Sociale). Il décrit aussi les prestations assurées par l'établissement mais ne développe pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement quand elles ont été interrompues, ni les règles de vie collectives. **Par ailleurs, le règlement de fonctionnement pourrait être davantage adapté** à la compréhension des usagers à travers l'utilisation d'un support plus attractif (plaquette, photos...).

### 3.5.2. Les modalités concrètes d'exercice des droits

#### ▪ Le droit d'expression et de participation

**L'établissement a mis en place un Conseil de la Vie Sociale.** Ce CVS se réunit 3 fois par an mais ne s'est réuni que deux fois en 2014. Il est composé de 4 représentants des familles, et la participation aux réunions se fait sur la base du volontariat : l'instance est ouverte à toutes les familles et à tous les résidents. Le CVS est présidé par le fils d'une résidente. Le CVS est informé des projets, démarches et réflexions (travaux notamment) et le contenu des réunions témoignent de la qualité des échanges ainsi que des réponses apportées par la direction aux questions posées. Un ordre du jour est préparé en amont en prenant en compte les questions des résidents et des comptes rendus sont réalisés et affichés dans l'établissement. Il est préparé conjointement par la Directrice et le président du CVS.

Toutefois, en raison d'une participation plus faible des résidents, cette instance serait à redynamiser.

#### Quelques réserves toutefois :

- **Le CVS, délaissé par les résidents, serait à redynamiser** : il pourrait être pertinent de renforcer la communication sur cette instance, qui n'est pas connue de tous les résidents, comme l'ont mis en avant certains entretiens menés sur site ;
- la liaison entre les représentants du CVS et les autres usagers n'est pas formalisée en amont pour le recueil des questions et suggestions, de même qu'en aval des réunions, en ce qui concerne la restitution des sujets abordés aux non membres ;
- Les comptes rendus de CVS pourraient être diffusés aux familles non membres du CVS.

**L'établissement a par ailleurs mis en place d'autres formes d'expression et de participation des usagers à la vie de l'EHPAD, avec notamment** les échanges des résidents avec leurs référents dans le cadre de l'élaboration de leur projet personnalisé. Par ailleurs, une commission menus existait et pourrait être réactivée. De même, il sera encouragé à instaurer une enquête de satisfaction régulière (sur un rythme annuel par exemple) et à en analyser les résultats.

#### ▪ Le droit à l'information

**Les résidents et leurs familles sont informés des décisions qui les concernent, notamment via la** mise en œuvre du projet personnalisé, à travers notamment des temps d'échange avec le référent et les professionnels. Des panneaux d'affichage permettent également de les informer de la vie de l'établissement (affichage du planning des animations notamment). Un panneau présentant des photos des temps forts de l'établissement (semaine bleue par exemple) est également affiché à l'accueil de l'établissement.

**L'usager est informé de son droit d'accès à son dossier** (administratif et médical) au sein du contrat de séjour qui lui est remis pour signature à l'entrée. Par ailleurs, une procédure sur l'accès au dossier a été formalisée. Le dossier administratif peut être consulté sur demande écrite ; le dossier médical peut être consulté par le résident, les ayants droits et le médecin mandaté par le résident. La demande doit comporter la vérification d'identité, la nature de la demande et les modalités souhaitées.

#### ▪ Le droit à la protection

**Le cadre de vie est sécurisant** (vidéosurveillance des entrées pour assurer une vigilance sur les entrées et sorties, rampes de déambulation dans les couloirs pour diminuer les risques de chute, mise en place de bracelets individuels avec système anti-fugue sur prescription pour certains résidents).

**Le droit à la confidentialité est respecté** (accès sécurisé au PSI, rangement des dossiers, ...). Le dossier médical est bien distinct et est réservé au personnel médical et paramédical de l'établissement. Ce dossier informatisé



permet d'assurer le suivi des soins. Les IDE sont par ailleurs vigilantes à garantir le secret professionnel dans le cadre des échanges avec les équipes d'accompagnement, tout en leur permettant de bien appréhender les conséquences et les modalités d'intervention requises.

#### ▪ Le droit à l'autonomie

**La liberté de circulation à l'intérieur du bâtiment est pleinement effective (à l'exception de l'unité protégée).** Les espaces extérieurs aménagés (terrasses, etc.) permettent aux résidents de sortir autant qu'ils le souhaitent. Un résident peut se rendre seul en dehors de l'établissement lui-même. Les résidents ont la possibilité de conserver leurs biens, effets et objets personnels. Il existe aussi la possibilité de dépôt de certains biens et valeurs dans un coffre-fort tenu par l'établissement.

**Le maintien de l'autonomie est un souci quotidien partagé par l'ensemble des professionnels de l'établissement.** L'ensemble des résidents est levé chaque jour. Bien que peu nombreux, certains résidents sont entrés grabataires à l'EHPAD, et ont pu remarcher grâce à l'accompagnement des équipes.

#### ▪ Le droit à l'intimité

**Les locaux ne permettent pas totalement de respecter l'intimité** des résidents, car si la majorité des chambres sont individuelles, l'établissement dispose également de dix chambres doubles et les WC ne sont pas individuels sur l'unité Jade. Toutefois, les pratiques des professionnels favorisent également le respect de l'espace privatif (les professionnels frappent avant d'entrer, demandent la possibilité de visiter la chambre directement au résident et respectent son souhait, etc.).

**Le droit à la vie affective et à la sexualité est respecté sur l'établissement.** S'il n'existe pas de posture institutionnelle ou de règles clairement énoncées, des chambres doubles existent pour accueillir des couples et des limites peuvent être posées par les équipes. Les professionnels n'ont pas bénéficié d'une formation sur le sujet, mais c'est un projet pour 2015.

#### ▪ Le droit à la dignité

**Les propos et les postures des professionnels sont respectueux des usagers** (le vouvoiement est employé, etc.). L'atmosphère générale de l'établissement est détendue et bienveillante. Les professionnels portent une attention particulière à la tenue vestimentaire des résidents qui ont besoin d'un accompagnement sur l'habillement.

**Les soins sont effectués de façon à respecter l'intimité et la dignité des résidents** (soins individuels porte fermée, vigilance sur la nudité...).

**L'établissement veille au respect du droit à l'image** et demande l'autorisation écrite de l'ensemble des résidents pour la diffusion de photos.

#### ▪ Droit au respect des liens familiaux et amicaux

**Le droit au respect des liens familiaux et amicaux est favorisé au maximum par l'établissement.** Les résidents peuvent recevoir autant de visites qu'ils le souhaitent, et peuvent également inviter leurs familles et leurs amis à manger au sein de l'établissement. L'agora au centre de l'établissement constitue également un lieu apprécié des familles pour les visites. Les familles sont par ailleurs conviées lors de temps festifs (repas de Noël par exemple), et une semaine des aidants familiaux a été mise en œuvre.

**Les familles sont impliquées dans l'accompagnement,** dans le respect du choix de l'utilisateur.

Par ailleurs, **l'établissement a développé des outils modernes et innovants de maintien des liens familiaux et amicaux,** notamment pour les familles en métropole (utilisation de Skype afin de maintenir les liens).

#### ▪ Pratique religieuse et droits civiques

**L'exercice des droits civiques des résidents est facilité** à travers plusieurs dispositions (sensibilisation sur le vote lors des élections municipales par exemple...).



**La pratique religieuse est permise à travers l'organisation d'une messe mensuelle au sein de l'établissement.** Un accompagnement aux offices pour les autres cultes est assuré notamment par l'animatrice de l'établissement. De plus, le respect des régimes alimentaires en lien avec la pratique religieuse est assuré ainsi que l'observance des rites quotidiens et lors de la toilette mortuaire.

## 3.6. La prévention et la gestion des risques

### 3.6.1. Sécurité des lieux et des personnes

**Le département Plans et Travaux est en charge, à l'échelle de la Fondation Père Favron :**

- de la construction, réhabilitation et mise aux normes de tout le parc immobilier de la Fondation (une vingtaine de projets en cours ou en lancement) ;
- de la coordination de la prévention et la gestion des risques – et à ce titre assure la gestion et le suivi des contrôles périodiques de toutes les structures ;
- de la validation et supervision de tous les gros travaux et achats des établissements ;
- de la coordination et formation de tous les agents de maintenance de la Fondation. La montée en compétence et autonomisation de ces derniers est dans la stratégie du département Plans et Travaux.

**En termes de coordination** avec les structures de la Fondation, le département souhaite s'appuyer sur des binômes « agent de maintenance-personnel administratif » au sein des structures. Cette coordination nécessite encore d'être cadrée, affinée, rendue effective et efficace.

#### ▪ **La conformité des installations aux normes d'hygiène et de sécurité**

La commission de sécurité a donné **un avis favorable** suite à la visite du 25 octobre 2013 à l'EHPAD Les Alizés. Des prescriptions sont toutefois mentionnées concernant la tenue à jour du registre de sécurité, et la formation du personnel (utilisation des moyens de secours et exercices d'évacuation..).

**L'établissement est en conformité avec les exigences légales en matière de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire :**

- **Le registre de sécurité est tenu à jour et disponible pour les services de secours ;**
- **Les opérations de contrôle et de maintenance sont réalisées** sur la base des obligations légales et retracées dans le registre de sécurité : installations de désenfumage, installations électriques, extincteurs, systèmes d'alarme SSI et éclairage sécurité, issues de secours... ;
- Les plans d'évacuation sont actualisés et affichés à différents endroits de l'établissement ;
- Les formations obligatoires du personnel en matière de sécurité sont réalisées deux fois par an (manipulation des extincteurs, SSI, EPI, ...) ;
- **Les exercices d'évacuation sont réalisés deux fois par an ;**
- Des formations aux premiers secours ont été mises en place ;
- **Les normes HACCP sont bien mises en place et respectées** par les professionnels de l'établissement ;
- L'établissement dispose depuis peu d'un carnet sanitaire, les contrôles ne sont pas encore mis en place (démarche en cours au niveau de la Fondation) ;
- L'établissement a élaboré **un document d'analyse du risque infectieux (DARI)** en 2009 et en 2014 ;
- L'établissement dispose **d'une convention pour la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)**. Les déchets DASRI sont entreposés dans un local sécurisé et collectés de façon hebdomadaire par un prestataire extérieur ;
- **Un Plan cyclone a été formalisé et réactualisé en 2014 prévoyant les conditions de fonctionnement de l'établissement (effectif minimum etc..).**

**Les points d'amélioration identifiés sont :**

- Poursuivre la démarche initiée sur la prévention légionnelle avec la mise en œuvre des opérations préventives et de contrôle et les tracer dans le carnet sanitaire (ex. relevés de température) ;

- Formaliser un plan Bleu et un plan de continuité des activités englobant tout type de risques, en prenant exemple sur plan formalisé avec l'ARS au niveau de l'EHPAD Lataniers

### La réalisation et le suivi de la maintenance

**Les activités de maintenance sont assurées par deux ouvriers (1,5 ETP) sous la responsabilité de l'intendant de l'établissement** : un ouvrier est présent de 8h à 14h et un autre de 12H à 17h du lundi au vendredi. Ils sont formés et disposent de l'habilitation électrique. L'intendant dispose du SSIAP niveau 1.

Les réparations et dysfonctionnements sont signalés par un registre mis à disposition du personnel, des agents et des familles à l'accueil. Les ouvriers tracent quotidiennement sur ce même cahier les opérations réalisées. La réalisation des opérations de maintenance est structurée par une réunion quotidienne entre l'intendant et l'ouvrier chaque matin pour établir les priorités.

Les opérations de maintenance réalisées par les agents sont limitées à certaines tâches et menus travaux de type petite plomberie, maçonnerie, peinture, petite réparation. Les opérations plus importantes sont sous-traitées à des sociétés extérieures.

Pour rappel, le service Plans et Travaux de la Fondation prépare actuellement l'édition d'une application mobile sur smartphone qui permettra à terme de tracer (et suivre) en temps réel les opérations et demandes de maintenance sur les établissements.

**Les opérations de maintenance sont fréquentes sur les bâtiments, anciens et vétustes, installés sur un sol sablonneux à proximité de la mer.**

#### ■ La continuité et la sécurité des interventions

La continuité et la sécurité des interventions sont pleinement assurées à travers :

- **L'organisation du travail qui permet une présence 24h/24** et une présence de personnel soignant en continu. La **veille de nuit est organisée, structurée, assurée par la présence d'une IDE, d'un AS et un ASL** ;
- **Un système d'astreinte administrative** pleinement effectif est assuré par alternance par la Directrice et le cadre de santé ;
- Le **circuit du médicament**, formalisé et organisé (cf partie relative à la sécurisation du circuit du médicament *infra*) ;
- Les numéros d'urgence sont affichés dans les bureaux de soins et une procédure- conduites à tenir sont formalisés (en cas de fugue, d'hospitalisation notamment) ;
- **La gestion effective des remplacements** avec un effectif seuil en dessous duquel l'établissement ne descend pas. Les absences en semaine de courte durée ne sont pas systématiquement remplacées mais l'effectif seuil est toujours respecté. Les remplacements sont particulièrement assurés sur l'unité Jade.
- **L'existence de temps de transmissions écrites** à chaque changement de poste (jour/jour, jour/nuit, nuit/jour) ;
- L'existence d'un **DLU** (Dossier de liaison d'urgence) sur PSI ;
- L'existence d'un plan cyclone formalisé ;
- Des professionnels formés aux premiers secours.

**La mission d'évaluation relève un enjeu d'amélioration** : formaliser un Plan bleu et un plan de continuité des activités englobant tout type de risque (prendre appui sur la démarche de l'EHPAD Lataniers menée avec l'ARS).

### ▪ **Le circuit du médicament**

L'établissement dispose d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et d'une équipe composée d'une pharmacienne (0,4 ETP) intervenant de 9h à 16h30 et d'une préparatrice en pharmacie (0,5 ETP). Après vérification des prescriptions par la pharmacienne, le stock de réapprovisionnement est calculé, préparé et livré sur les unités dans des bacs scellés. Une traçabilité de la livraison des médicaments est assurée.

**Les traitements font l'objet de prescriptions systématiques, claires et lisibles dans le logiciel PSI adapté (« Pharma-PSI »).** La préparation des piluliers est assurée sur place par la préparatrice pour l'unité Jade et par les infirmières de nuit pour les unités 1 à 4 sur la base des prescriptions établies par les médecins. Une fiche de liaison et un cahier sont en place avec les infirmières, permettant notamment de tracer toute rupture éventuelle. Un double contrôle des piluliers est effectué.

**La distribution des médicaments est assurée par les infirmiers** le matin, le midi et le soir, ou sur délégation par les aides-soignants. Le suivi de la prise des médicaments est assuré par les IDE et aides-soignants en charge de la distribution. Tout refus ou absence de prise de médicament est tracé dans le PSI.

**De nombreux protocoles entourant le circuit du médicament ont été formalisés par la pharmacienne**, en coordination avec le médecin coordonnateur et le cadre de santé, parmi lesquels : la préparation des piluliers, la gestion des périmés, etc

**La mission d'évaluation observe un circuit du médicament sécurisé et structuré** et les atouts que représente la présence d'une PUI pour l'établissement, notamment en termes de sécurisation du circuit, de gestion des stocks, de réflexion sur les prescriptions, de coopération entre la pharmacie et l'équipe médicale etc...

**La mission d'évaluation encourage l'établissement à poursuivre sa réflexion sur une démarche d'éducation thérapeutique des résidents à la prise des médicaments**, en veillant à une surveillance des professionnels et de la perte d'autonomie/ de capacité des résidents.

### **Le signalement, l'analyse et le traitement des risques à travers un dispositif de veille et d'enregistrement des incidents**

**A la suite de l'évaluation interne**, une procédure de signalement d'acte de maltraitance a été mise en place et appelée « fiche d'évènements indésirables ». Les incidents sont signalés et traités en fonction des différents moyens de remontées l'information. La procédure est en place et connue des professionnels rencontrés (*cf 3.6.3 la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance*).

**La mission d'évaluation pointe l'enjeu suivant** : mettre en place un outil de signalement et une procédure de gestion des évènements indésirables distincts de la procédure de signalement des actes de maltraitance ; communiquer auprès des équipes pour éviter toute confusion.

### **3.6.2. La prévention des risques professionnels et la santé au travail**

**Un CHSCT est en place sur l'EHPAD Alizés. Son fonctionnement est effectif avec des représentants des salariés.** Il analyse notamment les accidents du travail et émet des pistes d'amélioration. **Le DUERP a été réalisé sur la période 2008-2011 et présenté au CHSCT. Son élaboration a été réalisée avec le concours du technicien administratif (référént familial) en cours de formation professionnelle (licence LHSQE). Il n'a pas été actualisé.**

**Un travail a été initié sur les risques psychosociaux** (poste de nuit...), la démarche est pilotée par le service Ressources Humaines de la Fondation Père Favron, idem pour la démarche liée à la pénibilité du travail. Ces démarches s'intègrent plus globalement dans la politique de Gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) engagée par la Fondation.

Par ailleurs, plusieurs mesures ont été prises, concourant à la prévention de l'usure professionnelle :

- La prise en compte des demandes individuelles de **rotation** du personnel ;
- La **mobilité interne** est possible sur l'établissement et les autres établissements de la Fondation ;
- La direction a développé **une politique volontariste en matière de formation** (cf. *infra*).

#### **Les axes d'amélioration relevés concernent :**

- L'intégration de la pénibilité et des risques psychosociaux au DUERP, conformément à la réglementation (en cours) ;
- La réactualisation du DUERP annuellement ;
- Envisager la remise en place d'un dispositif d'analyses de pratiques (suspendu en 2013) ;
- Remettre en place les entretiens professionnels : la démarche a été suspendue en 2011 au niveau de la Fondation et devrait être remise en place en 2015 ;

### **3.6.3. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance**

#### **■ La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance**

**La bientraitance est une préoccupation manifeste des professionnels** de l'EHPAD Les Alizés. Plusieurs mesures concourent à sa promotion :

- La formation du personnel à l'Humanitude – positionnement de la Fondation Père Favron et à la bientraitance ;
- L'écoute et la disponibilité de la hiérarchie (cadre de santé et nouvelle Directrice) favorable au bien-être au travail ;
- La mise en œuvre de la formation à travers les toilettes évaluatives ;
- La nomination d'un référent bientraitance (cadre de santé), formé et chargé de sensibiliser les professionnels ;
- Une sensibilisation effective des professionnels via l'outil MOBIQUAL (support etc...)
- Un dispositif de signalement des événements indésirables (cf. *supra*).

Un travail de repérage des risques de maltraitance institutionnelle est initié avec une attention particulière au rythme des résidents :

**La mission d'évaluation a pu constater que la dynamique de bientraitance était au cœur de l'accompagnement et des préoccupations des équipes ; ces dernières font preuve d'un bon niveau de questionnement sur leurs pratiques.**

#### **■ La mise en œuvre de l'obligation de signalement<sup>5</sup>**

**L'établissement a mis en place une procédure de signalement des actes de maltraitance** via une fiche intitulée « fiche d'événements indésirables » à disposition sur chaque unité dans le classeur des conduites à tenir. Selon la procédure : le cadre de santé réceptionne les fiches et rencontre le résident concerné pour revoir les faits, un rapport circonstancié est réalisé par le cadre de santé auprès de la Direction et du médecin coordonnateur, une décision collégiale est prise sur les suites à donner (sanction si cas avéré, absence de suites...). Un signalement est réalisé auprès de l'ARS si le cas est avéré.

La plupart des professionnels rencontrés connaissent la procédure et l'existence de la fiche de signalement. **La procédure est effective et a été déclenchée plusieurs fois au cours des dernières années.**

<sup>5</sup> Article 434-3 du Code Pénal ; Loi 2002-2 ; Circulaire N°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS.

Le n° 3977 était affiché de façon peu visible, il pourrait davantage être communiqué (notamment au sein des documents de la loi 2002-2). L'information et la sensibilisation de l'ensemble des professionnels méritent d'être poursuivies.

### 3.7. L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement

#### 3.7.1. L'inscription du service dans le territoire

##### ■ Implantation territoriale et accessibilité

**L'implantation de l'établissement à La Saline Les Bains, à proximité du bord de mer, présente de nombreux avantages en termes de cadre de vie notamment.** Il se situe dans un lieu calme, visible et facile d'accès en voiture. La signalétique extérieure pourrait cependant être davantage développée.

**L'établissement est situé à proximité d'infrastructures, équipements, et services à proximité de l'établissement :** le Centre Hospitalier de Saint-Paul se trouve à 25 km.

##### ■ Ouverture à et sur l'environnement et partenariats développés

**L'établissement est ouvert à son environnement,** et facilite la venue, au sein de ses murs, de nombreuses personnes d'horizons divers :

- les familles sont régulièrement présentes sur l'établissement (visite de leur proche, participation à des animations au quotidien, participation à des temps de repas, participation à des temps festifs, etc.) ;
- l'établissement accueille chaque semaine des bénévoles (association Lire et Faire Lire), qui ont signé une convention encadrant leurs interventions sur l'EHPAD ;
- l'établissement accueille tous les ans de nombreux stagiaires sur différentes fonctions (animation, AS, AMP) ;
- l'établissement accueille des partenaires dans ses locaux (réunions de travail avec la FEHAP et de l'association Réunion France Alzheimer ; dans le cadre d'événements festifs)
- l'établissement accueille par ailleurs ponctuellement des visiteurs

**L'établissement est par ailleurs ouvert sur son environnement.** Il développe ainsi des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour de la personne accueillie dans trois principaux domaines (volet santé et médico-social, volet socioculturel et loisirs, volet professionnel).

##### Le volet santé et médico-social :

**L'EHPAD Les Alizés a noué de nombreux partenariats avec des intervenants sanitaires et médico-sociaux,** et notamment :

- Avec l'orthophoniste libérale qui intervient au sein de l'établissement (convention formalisée)
- Avec l'équipe mobile du Centre Hospitalier de Saint-Paul pour les soins palliatifs et des structures d'HAD (conventions formalisées) pour l'aide à la prise en charge de patients
- Avec l'Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion : intervention d'un médecin dans le cadre de la prise en charge psychiatrique de résidents de l'EHPAD (convention formalisée)
- Avec l'EHPAD Les Lataniers dans le cadre de la fourniture des médicaments, l'ESAT Albius dans le cadre de l'entretien et d'autres ESMS

**L'EHPAD Les Alizés a également noué de nombreux liens professionnels (formalisés ou non)** avec le transport ambulancier, ou encore avec d'autres directeurs d'EHPAD afin de favoriser la concertation régulière et de mener des actions communes.

**Les collaborations sont réactualisées en fonction des besoins des résidents.** Les collaborations avec les acteurs de proximité du secteur sanitaire, social et médico-social **répondent ainsi à la majorité des besoins et attentes du public accueilli** (y compris en fin de vie).

Le volet socio culturel-loisirs :

**Les échanges entre l'établissement et l'extérieur dans le domaine socioculturel sont réguliers.** L'EHPAD s'inscrit ainsi dans son environnement à travers notamment :

- L'intervention de bénévoles issus de l'association « Lire et Faire Lire » (convention signée en novembre 2014) et de bénévoles intervenants pour des visites, participant à l'organisation animations et de goûters d'anniversaire, à la mise en place de l'atelier bien-être
- L'EHPAD a noué un partenariat avec l'ORIAPA (Organisation Réunionnaise d'Information et d'Aide aux Personnes Agées) notamment dans le cadre de sorties, promenades, chants et danses
- la participation de ses résidents à des événements locaux ;

**L'établissement sera encouragé à poursuivre cette dynamique d'ouverture.**

### 3.7.2. La perception de l'établissement par son environnement

#### ▪ Les résidents

**Les usagers rencontrés dans le cadre de la mission d'évaluation ont indiqué qu'ils se sentaient bien dans l'établissement.** Ils sont satisfaits du déroulement du processus d'admission et d'accueil et disent se sentir sécurisés, notamment grâce au système d'appel malade. Ils entretiennent de bonnes relations avec le personnel dont ils soulignent la gentillesse. Ils apprécient que leurs habitudes de vie soient respectées (heure de réveil notamment), le fait de pouvoir participer aux tâches quotidiennes. Ils évoquent les fêtes même s'ils n'y participent pas nécessairement.

Si certains d'entre eux témoignent de leur satisfaction concernant l'animation (élaboration de décorations, gymnastique douce, lecture), d'autres estiment qu'elle pourrait être plus riche. Un point d'insatisfaction est également identifié concernant la chaleur dans les chambres due à des problèmes de climatisation. Enfin, la majorité des résidents interrogés sur site ne connaissaient pas le CVS, d'où l'importance de communiquer davantage et d'expliquer le rôle de cette instance de partage et d'expression au sein de l'établissement.

#### ▪ Les familles

**Les familles contactées dans le cadre de la mission d'évaluation ont témoigné de leur confiance dans l'établissement.** Elles jugent les équipes disponibles et à l'écoute et estiment que la communication avec la direction est facile.

**Les insatisfactions**, notamment collectées par le référent familial, concernent surtout la vétusté des locaux : les travaux de peinture dans les chambres sont particulièrement attendus par certaines familles.

#### ▪ Les partenaires

**Les partenaires de l'EHPAD Les Alizés sont satisfaits de leur collaboration avec l'établissement** et signalent que « le partenariat fonctionne bien » et qu'il y a une « confiance réciproque ». La communication avec les professionnels est fluide et facile grâce à des échanges réguliers, par mail ou téléphoniques. Leurs relations avec l'établissement sont qualifiées de « très bonnes » et les partenaires se sentent « bien accueillis ». Ils indiquent que les professionnels sont « humains », « souriants » et « à l'écoute des personnes ».

**Les professionnels sont proches des partenaires et travaillent en équipe avec les intervenants extérieurs.** Ces derniers indiquent également que la direction est ouverte et qu'ils échangent régulièrement de manière informelle.

**Certains partenaires apprécient d'être conviés aux événements organisés par l'EHPAD** comme la semaine bleue. Ils sont tenus informés de ces derniers.

**Un seul point d'amélioration évoqué cependant** : un partenaire a indiqué qu'il souhaiterait avoir un interlocuteur privilégié au sein de l'établissement.

### 3.8. Organisation, gestion des ressources humaines et management

#### 3.8.1. La politique de gestion des ressources humaines

##### Le recrutement

**Un Directeur des Ressources Humaines intervient** au niveau du siège de la Fondation. La politique de recrutement des professionnels est structurée et définie par le Siège de la Fondation dans une procédure formalisée (et complétée d'une procédure sur la sincérité du recrutement : respect des règles légales, impartialité, bassins de recrutement...).

Le process prévoit les différentes étapes du recrutement des postes en CDI : de l'expression à la définition du besoin, de la gestion du recrutement (rédaction de l'offre et présélection) et de la sélection et la confirmation du candidat retenu. Les entretiens de recrutement ont lieu systématiquement avec la Direction de l'EHPAD et le cadre de santé. La commission de recrutement peut également être composée d'un personnel du siège en fonction des compétences recherchées (ex : comptabilité). Sur certains postes, d'autres professionnels de l'établissement peuvent participer au recrutement en fonction de leurs compétences. Les postes d'encadrants nécessitent un entretien systématique avec des membres du Siège de la Fondation. La Direction Générale des Ressources Humaines dispose également d'un regard sur les reclassements.

La parution des offres de postes est systématiquement privilégiée en interne à la fondation avant une parution externe, exceptés pour des postes avec des difficultés de recrutement. Dans ce cas, plusieurs relais externes sont utilisés (journaux, sites spécialisés). Les contrats des postes en CDD sont signés au niveau des établissements, tandis que les contrats CDI sont également signés au niveau de la Fondation.

**L'ensemble des postes sont pourvus au niveau de l'établissement.** Le personnel est plutôt stable, excepté un turn-over important sur le poste de direction, de médecin coordonnateur et IDE.

##### **L'accueil des nouveaux salariés**

**Les modalités d'accueil des nouveaux salariés sont décrites dans la note sur le recrutement formalisée en 2012 par le siège.**

**Des modifications dans le processus d'accueil des nouveaux salariés sont récemment entrées en application au niveau du siège**, prévoyant : la **signature systématique de tous les CDI au siège** auprès du Directeur Général (ou Adjoint), et la présentation de la Fondation et du personnel du siège. Une **matinée d'accueil par trimestre** est prévue avec tous les nouveaux recrutés, avec la **remise d'un kit d'accueil** (livret d'accueil Fondation, règlement intérieur, convention collective, fiche de poste, informations mutuelles). La première matinée d'accueil à la Fondation a été organisée au mois d'octobre 2014.

**Le Livret d'accueil du nouveau salarié qui vient d'être finalisé au sein de la Fondation** présente plusieurs informations : l'histoire et les valeurs de la Fondation, les missions du Siège Social et des établissements, les documents applicables pour les salariés (Convention Collective 51, Règlement Intérieur, Accords d'entreprise), les IRP, la politique sociale de la Fondation et des informations pratiques (précautions standards, congés, questionnaire de satisfaction, ...). Un questionnaire de satisfaction sur l'accueil du salarié fait également partie de ce Livret d'Accueil. **Ce document sera prochainement remis à l'ensemble des professionnels afin de favoriser la création d'une culture commune au sein des établissements de la Fondation.**

**Au niveau de l'EHPAD Les Alizés, bien qu'il n'y ait pas de procédure formalisée d'accueil à ce niveau, le processus d'accueil au sein de l'EHPAD est globalement structuré. Il permet une prise de repères satisfaisante et favorise la bonne intégration de la personne :**

- Les formalités administratives sont vues avec la secrétaire de direction
- Un accueil spécifique réalisé par le cadre de santé concernant l'intervention en EHPAD : présentation de l'établissement, de ses missions et du planning ; lors de cet accueil les documents essentiels sont mentionnés ;
- Des temps doublons peuvent être mis en place (personnel de nuit, infirmier, nouvelle embauche) mais ils ne sont pas systématiques.

**La mission d'évaluation a repéré quelques points d'amélioration :**

- L'établissement n'a pas rédigé de procédure d'accueil avec l'ensemble des documents utiles à un nouveau salarié (sans multiplier les documents, certains documents utiles ou synthèse – par exemple la synthèse du projet d'établissement ou le règlement intérieur en cours de validation- pourraient être remis).
- Il n'existe pas de système de référent ou parrain qui soit en charge de guider le nouvel arrivé au sein de la structure et de sa prise de poste ;
- De la même manière, l'établissement accueille de nombreux stagiaires et n'a pas formalisé de procédure ni de kit d'accueil pour ces personnes.

### **La formation et l'adaptation des compétences**

Recueil des besoins et élaboration du plan de formation

**La politique de formation est impulsée au niveau de la filière gérontologique** (plus rarement au niveau du siège), puis est fixée par l'établissement. Le recueil des besoins et l'élaboration du plan de formation sont structurés :

- Le plan de formation est élaboré en fonction des priorités (obligations légales), de la politique de la filière, puis des besoins de la direction de l'établissement tout en respectant le budget ;
- Il peut tenir compte des souhaits de formation remontés oralement ou par écrit sur papier libre, ou via des rencontres avec la Direction et le cadre de santé s'ils correspondent aux priorités de formation fixées;
- Une commission formation se réunit chaque année avec des représentants de chaque corps métier pour discussion autour du plan de formation, puis ce dernier est présenté au Comité d'Etablissement.

Adéquation de l'offre de formation aux besoins

**L'examen des plans de formation de la structure permet de conclure que l'établissement répond correctement aux besoins liés à l'activité de l'établissement.**

Plusieurs formations ont été mises en place parmi lesquelles :

- Les formations Humanitude, manutention, bionettoyage sont récurrentes et constituent un fil rouge des plans de formation ;
- Les professionnels ont également été formés sur les soins palliatifs et la douleur ;
- En 2013, plusieurs professionnels ont bénéficié de formation ASG, dans le cadre de l'ouverture en 2014 du PASA ;
- Certains membres de l'équipe infirmière ont des DU dans les domaines suivants : douleurs et soins palliatifs, d'autres formations de type DU sont en projet : plaie et cicatrisation et gérontologie.

### **La promotion de la mobilité**

**Une réflexion sur la mobilité des agents est en cours dans le cadre des travaux autour de la GPEC. Tous les postes proposés en CDI sont diffusés en interne, et la DG veille à ce que toutes les candidatures internes**



soient examinées. Par ailleurs, les salariés qui souhaitent une mobilité sont régulièrement invités à se manifester auprès de la DRH.

Le siège et l'établissement favorisent les évolutions de carrière. Des formations individuelles qualifiantes et VAE ont été proposées aux salariés en poste en vue d'une promotion (Formations passerelles ASD, Auxiliaire de vie, DU, CAFERUIS, ...). **La mobilité interne reste de fait peu développée.** La géographie de l'île est aussi une contrainte (reliefs, circulation). **La mission d'évaluation encourage à poursuivre la réflexion autour de la mobilité comme un moyen de lutter contre l'usure professionnelle.**

**La mission d'évaluation relève l'enjeu suivant spécifique à l'EHPAD Les Alizés et identifié par ce dernier :** les conséquences de la future externalisation de la prestation alimentaire sur les postes de maîtresse de maison

### **La gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC)**

**Une politique de GPEC est initiée** depuis 2014 par le service RH de la Fondation et la Direction sur l'établissement. Des fiches de poste viennent d'être élaborées, validées par les directeurs d'établissement et CE, et seront prochainement diffusées au sein des établissements. Le service RH de la Fondation élabore chaque année un bilan social qui reprend les différentes thématiques RH (formations, pyramide des âges, absentéisme...), sur la base des informations des établissements. Un accord sénior vient d'être signé. Sa mise en œuvre est en cours de définition au niveau de la Fondation. La Fondation suit les départs en retraite et procède à des simulations à 5 ans.

## **3.8.2. Organisation et management**

**Le cadre d'organisation est posé et structuré.** L'organigramme est formalisé et clair. Un document unique de délégation (DUD) est effectif, il précise les délégations des Directeurs, Directeurs Adjointes et chefs de service. Il existe plusieurs outils qui précisent les places des acteurs (fiches de poste, Projet d'établissement...).

**Les entretiens professionnels sont suspendus. Une redéfinition des entretiens professionnels et des entretiens d'évaluation est en cours au niveau de la Fondation.**

**Les temps managériaux sont effectifs mais en cours de redéfinition suite à l'arrivée de la nouvelle Direction en 2014 (cf partie 3.4.3 sur la coordination de l'accompagnement).**

Si la mission d'évaluation a pu constater une Direction et un-cadre de santé disponibles et à l'écoute de leurs équipes, **elle invite l'établissement à structurer la dynamique de réunion et émet les propositions suivantes :**

- Instaurer des réunions régulières pour favoriser la coordination des professionnels autour de l'accompagnement ;
- Formaliser des comptes rendus de réunion pour assurer la communication de l'information à l'ensemble des équipes ;
- La réactivation d'un groupe qualité associant les référents qualité et les différents métiers ;
- Envisager la mise en place de groupe d'analyse des pratiques. Un groupe de parole est toutefois en place animé tous les mois ou deux mois par la psychologue de l'EMSP.

## **4. Synthèse de l'évaluation externe**

### **4.1. Introduction**

#### **4.1.1. La démarche d'évaluation interne**

**L'établissement a réalisé son évaluation interne sur la période 2011-2013,** accompagné par un organisme extérieur pour la réalisation de cette démarche, menée conjointement avec les 4 autres EHPAD Père Favron (même méthode, construction d'un référentiel commun). **Le référentiel** créé par les référents qualité des 5

EHPAD, intègre les 4 volets réglementaires ainsi que les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'Anesm.

**La démarche a été réalisée de façon participative et pluridisciplinaire** : un groupe qualité représentant tous les corps de métiers (Directeur, cadre de santé, Référent familial, infirmier, aide-soignant, AMP, agent administratif et maîtresse de maison, un kinésithérapeute). **Une consultation des résidents et des familles a été organisée** avec des questionnaires de satisfaction. Le CVS a été consulté sur le questionnaire de satisfaction. Ce dernier s'est réuni quatre fois sur la période 2013-2014. Il a déterminé les axes d'amélioration et élaboré un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité à partir des fiches. **L'EHPAD devra veiller à associer les partenaires dans sa prochaine démarche d'évaluation interne**, comme préconisé par la recommandation de l'Anesm afférente à l'évaluation interne.

A l'issue du travail d'autodiagnostic, **un plan d'action d'amélioration continue de la qualité comportant près de 90 actions a été réalisé**. Le groupe qualité s'est réuni à quatre reprises en 2013. Cependant, il ne s'est pas réuni depuis près d'un an. Il n'y a pas de réel suivi de l'avancement de la mise en œuvre du PACQ. Toutefois, plusieurs actions du PACQ ont été mises en œuvre.

**Le pilotage de la démarche qualité n'est pas structuré au moment de l'évaluation**. La mission d'évaluation invite l'établissement à réactiver le groupe qualité, l'implication de référents qualité parmi les professionnels et plus largement des différents corps de métier.

**Le recueil de la satisfaction des usagers n'est pas effectif sur l'établissement en dehors de la tenue du Conseil de Vie Sociale** : il n'y a pas d'enquête de satisfaction régulière, hormis celle réalisée dans le cadre de l'évaluation interne. L'établissement a cependant réalisé une enquête ciblée en juin-juillet 2014 portant sur les heures de repas. De nombreuses procédures et documents existent à l'EHPAD Alizés, toutefois, la gestion documentaire pourrait être davantage structurée

#### 4.1.2. Les modalités de prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM

**La connaissance des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm est hétérogène selon les professionnels interrogés** par la mission d'évaluation. Elles sont à disposition des professionnels en format papier, dans le bureau du cadre de santé, celui du référent familial et en salle de réunion.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ont été utilisées dans le cadre de certaines démarches structurantes : l'évaluation interne et la démarche de projet personnalisé notamment. Elles ne sont toutefois pas mentionnées dans le projet d'établissement.

## 4.2. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de l'accompagnement des usagers

### 4.2.1. Le projet d'établissement

**Le projet d'établissement a été révisé par la précédente Direction en 2013**. Si auparavant, son élaboration s'était fondée sur une méthodologie participative, sa révision en 2013 a été réalisée par le Directeur de l'établissement. Le projet est en conformité avec les obligations légales découlant de la loi du 2 janvier 2002. Il intègre en effet un descriptif des activités, les modalités de coopération/partenariat, les modalités d'évaluation des activités. Il est également en correspondance avec les éléments de contenu précisés dans la recommandation ANESM mais pourra être complété par : l'inscription dans les orientations de politiques publiques, l'histoire et la description de l'organisme gestionnaire. Par ailleurs, il ne dispose pas de dimension programmatique, c'est-à-dire qui fixe les principaux objectifs d'évolution pour les 5 ans à venir.

**Le projet présenté est structuré de façon pertinente et logique** et permet une bonne progressivité dans la lecture. Le projet est mis à disposition des professionnels. **La plupart des professionnels rencontrés dans le cadre de l'évaluation externe ont témoigné d'une connaissance du document**, avec toutefois une appropriation très variable

**Le cadre juridique est bien rappelé et l'établissement inscrit bien son action dans le cadre des missions telles que définies au CASF**.

**L'établissement bénéficie d'une bonne visibilité et attractivité et s'inscrit dans une réponse aux besoins des populations du territoire de vie**, avec un taux d'occupation de 99%, et l'existence d'une liste d'attente conséquente (environ 174 dossiers).

**Au plan de la localisation**, l'implantation de l'EHPAD sur le quartier de La Saline-les-Bains, à proximité immédiate du lagon, présente des avantages en termes d'accessibilité et d'inscription dans la cité. Le dispositif en place et le projet d'établissement témoignent d'une bonne prise en compte des besoins du public accueilli **Un Plan Pluri-annuel d'Investissement (PPI) a été validé avec l'organisme gestionnaire pour la période 2014-2018** afin de remédier aux nombreuses problématiques architecturales évoquées. **Au plan des moyens humains**, le ratio global ETP/place est actuellement de 0,66. L'établissement apparaît correctement doté au regard de la moyenne nationale.

**Le processus d'accueil des nouveaux salariés est récemment entré en application au niveau du siège**, prévoyant : la **signature systématique de tous les CDI au siège** auprès du Directeur Général ; présentation de la Fondation et du personnel du siège ; une **matinée d'accueil par trimestre** pour les nouveaux recrutés ; la **remise d'un kit d'accueil** (livret d'accueil Fondation, règlement intérieur, convention collective, fiche de poste, informations mutuelles).

**Un CHSCT est en place sur l'EHPAD Alizés. Son fonctionnement est effectif avec des représentants des salariés.** Il analyse notamment les accidents du travail et émet des pistes d'amélioration. **Le DUERP a été réalisé sur la période 2008-2011 et présenté au CHSCT.**

**La politique de formation est impulsée au niveau de la filière gérontologique puis est fixée par l'établissement.** L'examen des plans de formation de la structure permet de conclure que l'établissement répond correctement aux besoins liés à l'activité de l'établissement.

#### 4.2.2.L'organisation de l'accompagnement des usagers

**L'accompagnement proposé est structuré et de qualité.**

**Un projet de soins est formalisé au sein du projet d'établissement.** Un médecin coordonnateur intervient à hauteur de 0,6ETP dans l'établissement, selon un planning fixe. Ses missions, fixées à l'article D312-158 du CASF, sont bien mises en œuvre. La coordination des soins et l'encadrement de l'équipe soignante sont assurés par le cadre de santé. Cette organisation permet d'assurer une continuité des soins et une prise en charge de qualité. Le respect du rythme du résident est au cœur du projet d'accompagnement des équipes de l'EHPAD Alizés. La mission d'évaluation tient également à souligner la qualité des pratiques professionnelles dans la prise en charge quotidienne.

**La prise en charge rééducative est réalisée par deux kinésithérapeutes, une psychomotricienne et une ergothérapeute.** L'accompagnement rééducatif est globalement bien organisé et structuré.

**L'accompagnement psychologique est assuré par une psychologue (0,5ETP)**, elle a en charge la coordination du P.A.S.A et la mise en place de la nouvelle démarche de projet d'accompagnement personnalisé.

**Sur l'accompagnement à la vie sociale et culturelle**, le projet d'animation, compris dans le projet d'établissement (chapitre 3.4), précise les objectifs et principes de l'animation sur l'établissement. La vie sociale et culturelle est assurée par une animatrice. Les activités proposées sont majoritairement collectives. Les supports d'animation sont plutôt variés et pertinents, des bénévoles interviennent également. Le personnel soignant est impliqué dans la mise en place des activités.

#### 4.3.L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio culturel et économique

**L'implantation de l'établissement à La Saline Les Bains, à proximité du bord de mer, présente de nombreux avantages en termes de cadre de vie notamment.** Il se situe dans un lieu calme, visible et facile d'accès en voiture. L'établissement est situé à proximité d'infrastructures, équipements, et services à proximité de l'établissement.

**L'EHPAD est tout d'abord ouvert à l'environnement** : il accueille en son sein de nombreuses personnes venues de l'extérieur telles que des familles, des proches des résidents, des bénévoles, des partenaires, des visiteurs etc...

Il est également engagé dans une **dynamique d'ouverture sur l'environnement** et a développé de nombreux partenariats à différents niveaux. Sur le plan médical, des partenariats existent, notamment avec une orthophoniste, avec l'équipe mobile du CH de Saint-Paul pour les soins palliatifs et les structures HAD, avec l'Établissement Public de Santé Mentale de la Réunion, avec l'EHPAD Les Lataniers et l'ESAT Albius.

Sur le volet culturel et loisir, des partenariats existent notamment avec les bénévoles de l'association « Lire et Faire Lire », avec l'Organisation Réunionnaise d'Information et d'Aide aux Personnes Agées, participation aux événements locaux.

#### 4.4. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

**Tous les résidents de l'EHPAD Les Alizés ne bénéficient pas d'un projet personnalisé.** Actuellement, une cinquantaine de projets d'accompagnement personnalisés (PAP) sont élaborés sur l'établissement. **Les projets réalisés sont actualisés annuellement.**

**La démarche projet personnalisé a donné lieu à l'élaboration d'un descriptif détaillé dans le projet d'établissement.** La nouvelle démarche de PAP est pilotée par la psychologue nouvellement arrivée. La coordination et la dimension pluridisciplinaire des PAP est effective. Le projet d'accompagnement personnalisé est co-construit avec l'utilisateur. Les projets personnalisés seront rédigés selon une trame commune permettant de garantir leur homogénéité. Les projets personnalisés peuvent être revus en cours d'année si des modifications importantes surviennent.

**L'établissement a mis en place un Conseil de la Vie Sociale.** Ce CVS se réunit 3 fois par an mais ne s'est réuni que deux fois en 2014. Toutefois, **le CVS est délaissé par les résidents, serait à redynamiser** en raison de l'absence de formalisation entre les représentants du CVS et les autres usagers pour le recueil des questions et des suggestions et en ce qui concerne le manque de restitution des sujets abordés aux non membres, de plus, les comptes rendus de CVS ne sont pas diffusés aux familles non membres du CVS.

**L'établissement a mis en place d'autres formes d'expression et de participation des usagers à la vie de l'EHPAD, avec notamment** les échanges des résidents avec leurs référents dans le cadre de l'élaboration de leur projet personnalisé. Toutefois, les commissions menus ont été suspendues et il n'existe pas d'enquête de satisfaction. L'instauration d'une commission animation est prévue en 2015.

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

##### 4.5.1. Les droits des usagers

**L'établissement est en conformité avec les exigences de la loi 2002-02** et a intégré la plupart des recommandations de l'ANESM afférentes. Le livret d'accueil, la Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie, et le règlement de fonctionnement sont formalisés, disponibles, expliqués et remis aux familles.

**La liberté de circulation à l'intérieur du bâtiment est pleinement effective (à l'exception de l'unité protégée).** Les espaces extérieurs aménagés (terrasses, etc.) permettent aux résidents de sortir autant qu'ils le souhaitent. **Le maintien de l'autonomie est un souci quotidien partagé par l'ensemble des professionnels de l'établissement.**

**Les locaux ne permettent pas totalement de respecter l'intimité** des résidents, car si la majorité des chambres sont individuelles, l'établissement dispose également de dix chambres doubles et les WC ne sont pas

individuels sur l'unité Jade. Toutefois, les pratiques des professionnels favorisent également le respect de l'espace privatif. **Le droit à la vie affective et à la sexualité est respecté sur l'établissement.**

**Les propos et les postures des professionnels sont respectueux des usagers.** Les soins sont effectués de façon à respecter l'intimité et la dignité des résidents.

**Le droit au respect des liens familiaux et amicaux est favorisé au maximum par l'établissement.** Les résidents peuvent recevoir autant de visites qu'ils le souhaitent, et peuvent également inviter leurs familles et leurs amis à manger au sein de l'établissement.

#### 4.5.2. La politique de prévention des risques

**La commission de sécurité a donné un avis favorable** suite à la visite du 25 octobre 2013 à l'EHPAD Les Alizés. L'établissement est en conformité avec les exigences légales en matière de sécurité, de risque incendie et de prévention sanitaire. Les activités de maintenance sont assurées par deux ouvriers (1,5 ETP) sous la responsabilité de l'intendant de l'établissement. La continuité et la sécurité des interventions sont pleinement assurées.

**L'établissement a mis en place une procédure de signalement des actes de maltraitance** via une fiche intitulée « fiche d'évènements indésirables » à disposition sur chaque unité dans le classeur des conduites à tenir. La plupart des professionnels rencontrés connaissent la procédure et l'existence de la fiche de signalement. La procédure est effective et a été déclenchée plusieurs fois au cours des dernières années.

**La bientraitance est une préoccupation manifeste des professionnels** de l'EHPAD Les Alizés. Plusieurs mesures concourent à sa promotion : formation du personnel à l'Humanitude, écoute et la disponibilité de la hiérarchie, mise en œuvre de la formation à travers les toilettes évaluatives, nomination d'un référent bientraitance, sensibilisation effective des professionnels via l'outil MOBIQUAL.

## 5. Abrégé du rapport d'évaluation externe

### 5.1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une démarche globalement en correspondance avec les recommandations de l'Anesm</li> <li>▪ L'utilisation d'un référentiel commun aux 5 EHPAD de la Fondation prenant bien en compte les quatre volets réglementaires</li> <li>▪ Une instance de pilotage – le groupe qualité</li> <li>▪ L'implication de l'ensemble des professionnels de l'établissement (groupe qualité représentatif, participation des autres professionnels via des fiches diagnostic...)</li> <li>▪ L'association des résidents et familles à la démarche (questionnaire de satisfaction, CVS)</li> <li>▪ La communication des résultats aux autorités de tutelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'association des partenaires à la démarche</li> <li>▪ L'insuffisante communication des résultats aux professionnels et aux usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lors de la prochaine évaluation interne veiller à associer les partenaires à la démarche comme préconisé par la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM</li> <li>▪ Veiller à communiquer sur le PACQ auprès des professionnels et des usagers</li> </ul>
<b>Contribution de l'évaluation interne à la dynamique d'amélioration de la qualité de l'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La traduction des résultats de l'évaluation interne dans un plan d'actions pluriannuel d'amélioration continue de la qualité (PACQ), déclinant chaque objectif de façon opérationnelle : actions, moyens, délai, échéance et pilote...</li> <li>▪ Une partie des actions réalisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de mesure des effets des actions engagées suite à la dernière évaluation interne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimenter régulièrement le tableau de bord de suivi du plan d'amélioration et réaliser une analyse des effets des actions</li> <li>▪ Poursuivre la mise en œuvre des actions</li> </ul>

<p><b>Actions mises en œuvre pour faire vivre la démarche qualité dans l'établissement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un manuel qualité formalisé début 2014 avec le référent qualité (réfèrent familial) qui pose les bases de la démarche qualité dans l'établissement</li> <li>▪ Une enquête ciblée auprès des résidents sur les heures de repas en juin-juillet 2014 qui a donné lieu au décalage de l'horaire du dîner</li> <li>▪ Des protocoles accessibles dans les bureaux de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de pilotage de la démarche qualité avec la suspension des réunions du groupe qualité</li> <li>▪ La démarche d'amélioration continue n'est pas retracée chaque année dans le rapport d'activité</li> <li>▪ L'absence de recueil et de traitement formalisé des plaintes et réclamations</li> <li>▪ L'absence de gestion documentaire structurée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer une représentativité des résidents/familles lors des temps de suivi de la démarche qualité</li> <li>▪ Retracer annuellement dans le rapport d'activité l'avancement de la démarche qualité conformément à l'obligation légale (circulaire DGCS/SD5C n°2011-398 du 21 octobre 2011)</li> <li>▪ Mener à bien les projets de recueil de la satisfaction et de l'avis des résidents : commission animation, commission menu, enquête de satisfaction régulière</li> <li>▪ En s'appuyant sur le manuel qualité, structurer davantage la gestion documentaire</li> </ul>
--	---	--	---

## 5.2. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anesm

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Les modalités d'appropriation des RBPP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une connaissance des RBPP par une partie des professionnels rencontrés</li> <li>▪ Une mise à disposition des RBPP dans le bureau du cadre de santé, le bureau du référent familial (également référent qualité) et en salle de réunion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une appropriation encore à géométrie variable au sein du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre le travail d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm par les équipes lors des réunions et des échanges sur les pratiques</li> </ul>
<b>La mobilisation des recommandations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'utilisation des RBPP lors des démarches structurantes de l'établissement : évaluation interne, projet personnalisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le projet d'établissement ne fait pas référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Veiller à une mobilisation des RBPP dans les différentes démarches institutionnelles</li> </ul>



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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Elaboration, révision et cohérence du projet d'établissement ou de service</b>			
<b>Démarche d'élaboration du projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un projet actualisé en 2013</li> <li>▪ Un contenu du projet conforme aux orientations de la loi 2002-2 et en correspondance avec les recommandations de l'ANESM</li> <li>▪ Un projet essentiellement descriptif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une actualisation par la Direction sans association des professionnels, usagers, familles et partenaires</li> <li>▪ Quelques éléments absents au regard de la RBPP de l'ANESM</li> <li>▪ L'absence de dimension programmatique : axe d'amélioration, objectifs à 5 ans, plan d'action...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lors de la prochaine actualisation du PP, veiller à :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Associer les professionnels, résidents, familles et partenaires</li> <li>- Intégrer le projet dans les orientations de politiques publiques nationales et locales</li> <li>- Faire référence aux RBPP</li> </ul> </li> <li>▪ Définir les grandes orientations et objectifs à cinq ans pour l'établissement</li> <li>▪ Rédiger une synthèse, outil de communication en interne (CA de la Fondation, appropriation par les professionnels) et externe (communication auprès des partenaires, des familles...)</li> </ul>
<b>Pilotage et suivi du projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une nouvelle direction avec des objectifs stratégiques clairs : mener à bien la démarche de projet personnalisée et conduire les travaux nécessaires à la réhabilitation de l'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En l'absence d'objectifs et de plan d'action il n'y a pas de suivi du projet d'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actualiser le projet d'établissement ou formaliser une feuille de route annexée au projet avec les objectifs fixés par la nouvelle direction</li> <li>▪ Suivre l'état d'avancement des objectifs fixés</li> </ul>
<b>Cohérence des orientations stratégiques</b>			

<p><b>Pertinence et cohérence du projet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un établissement qui s’inscrit pleinement dans la réponse aux besoins du territoire (taux d’occupation à 99% et existence d’une liste d’attente importante)</li> <li>▪ Une localisation adaptée sur la côte Ouest à proximité immédiate du lagon avec toutefois quelques contraintes (climatiques, sol meuble et implantation dans une zone inondable...)</li> <li>▪ Un dispositif étoffé par la présence d’une unité protégée et d’un PASA, en correspondance avec les orientations de politiques publiques nationales et locales</li> <li>▪ Des professionnels qualifiés et un taux d’encadrement satisfaisant</li> <li>▪ Un public particulièrement dépendant (GMP élevé)</li> <li>▪ Un plan puri-annuel d’investissement défini et des travaux de rénovation engagés : peinture, plomberie, éclairage, étanchéité...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des bâtiments vétustes ayant besoin de rénovation</li> <li>▪ L’absence de climatisation dans les chambres</li> <li>▪ La présence de chambres doubles</li> <li>▪ L’absence de réserve d’eau pour usage autre que l’hydratation (absence de bêche à eau fonctionnelle) et un approvisionnement électrique insuffisant</li> <li>▪ L’absence de locaux dédiés au PASA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mener à bien les projets de rénovation des bâtiments</li> </ul>
<p><b>Qualité d’accompagnement</b></p>	<p><u>Cadre de vie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des locaux agréables, bien décorés et sécurisés</li> <li>▪ Une participation des résidents à la réalisation des décorations</li> <li>▪ Un entretien des locaux et du linge adéquat</li> <li>▪ Une restauration de qualité, adaptée aux goûts et attentes des résidents</li> <li>▪ L’existence de chambres doubles pour les</li> </ul>	<p><u>Cadre de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des bâtiments anciens et des chambres vétustes</li> <li>▪ Des locaux vétustes pour la lingerie permettant difficilement de suivre la RABC (travaux prévus)</li> <li>▪ Des locaux ne permettant pas de respecter le droit à l’intimité : sur l’unité Jade (1 WC pour 4) ; la présence de dix chambres doubles ne préservant pas</li> </ul>	<p><u>Cadre de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réaliser les travaux prévus par le PPI</li> <li>▪ L’absence d’aménagement des circulations extérieures autour de l’Agora : distinction entre circulations avec des marches et circulations adaptées en pente douce, absence de bandes d’éveil etc...</li> </ul>

	couples	l'intimité des personnes (hors couples) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de locaux dédiés au PASA</li> </ul>	
	<u>Soins</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un personnel sensibilisé dans son ensemble à la bienveillance et aux meilleures pratiques professionnelles en matière de soins</li> <li>▪ Un projet de soin formalisé</li> <li>▪ Une coordination des soins assurée par un médecin coordinateur et un cadre de santé à temps plein</li> <li>▪ Une prise en charge structurée et formalisée : projet de soin individualisé, plans de soins, diagramme, nombreux protocoles encadrant la pratique des soignants, tracabilité des soins (habitudes de vie, fiches de suivi des soins, des pesées, hydratation,..)</li> <li>▪ Un accès aux soins libéraux organisé et effectif (spécialistes et rééducateurs), une bonne collaboration avec les libéraux</li> <li>▪ L'intervention d'un médecin psychiatre</li> <li>▪ Une organisation des soins et des pratiques permettant le respect des habitudes de vie, des rythmes et des choix de chaque résident : soins prenant en compte les horaires de lever, petit déjeuner et coucher, douches et toilettes en fonction des préférences et habitudes de chaque résident..</li> <li>▪ Une prise en charge axée sur le maintien voire le développement de l'autonomie</li> </ul>	<u>Soins</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De bonnes relations avec le médecin mais une collaboration avec le médecin traitant qui pourrait être améliorée : l'utilisation de PSI pourrait être renforcée notamment</li> <li>▪ L'absence de commission gériatrique</li> <li>▪ Une seule salle pour l'ensemble des rééducateurs</li> <li>▪ Des effectifs rééducateurs ne permettant pas de répondre à l'ensemble des besoins</li> </ul>	<u>Soins</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre la formation du personnel soignant sur les toilettes évaluatives (dans le cadre de la formation Humanitude) (prévu par l'établissement)</li> <li>▪ Optimiser l'articulation avec le médecin traitant en poursuivant l'accompagnement à l'utilisation systématique de l'outil PSI pour saisir les prescriptions et comptes rendus de consultation</li> <li>▪ Mettre en place une commission gériatrique</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La bonne prise en compte des thématiques de soins spécifiques aux EHPAD (fin de vie, douleur, dénutrition, chutes, escarres, déshydratation, contention...)</li> <li>▪ Des partenariats conventionnés permettant la continuité des soins (urgences) et favorisant la qualité de prise en charge (réseau et équipe mobile soins palliatifs, ...)</li> <li>▪ Des équipes qualifiées et formées</li> <li>▪ Des discours, postures et pratiques professionnelles respectueux des résidents et bienveillants</li> <li>▪ L'existence de temps de coordination réguliers entre les équipes</li> </ul>		
	<p><u>Vie sociale et culturelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La présence d'une animatrice dédiée et formée</li> <li>▪ Une offre d'animation structurée et de qualité</li> <li>▪ Des animations collectives mises en place</li> <li>▪ Des animations structurées et organisées (projets, évaluation,..) et la réalisation d'un bilan annuel</li> <li>▪ L'intervention de bénévoles pour des activités individuelles et collectives (lecture, esthétique notamment)</li> <li>▪ Des sorties organisées</li> <li>▪ L'existence de rencontres intergénérationnelles</li> <li>▪ Des projets de séjour à l'extérieur de l'établissement</li> </ul>	<p><u>Vie sociale et culturelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une équipe d'animation restreinte à une seule animatrice</li> <li>▪ L'absence de salle d'activités au sein de l'établissement, obligeant une mise en place dans l'Agora ou dans les salles communes</li> <li>▪ L'absence de commission animation</li> <li>▪ Des moments d'inactivité-absence de stimulation observés par la mission d'évaluation</li> </ul>	<p><u>Vie sociale et culturelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en place une commission animation associant les résidents de l'établissement</li> <li>▪ Renforcer les activités et la dynamique d'animation afin d'éviter les moments d'errance des résidents</li> </ul>

Ressources humaines et matérielles			
<p><b>Développement des compétences et de la stabilité du personnel</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'ensemble des postes pourvus</li> <li>▪ Une stratégie d'adaptation des compétences et connaissances des professionnels</li> <li>▪ Une dynamique de formation satisfaisante avec une commission formation ad hoc en place</li> <li>▪ Une GPEC initiée par la Fondation Père Favron</li> <li>▪ La présence d'une IDE la nuit</li> <li>▪ Une équipe pluridisciplinaire avec des compétences variées (AS-AMP, IDE, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute..)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un enjeu sur les postes de maîtresse de maison avec la future externalisation de la prestation de restauration</li> </ul>
<p><b>Satisfaction globale des usagers, familles et partenaires sur l'accompagnement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une satisfaction globale des résidents, familles, et des partenaires sur l'accompagnement</li> <li>▪ Des usagers et des familles qui soulignent le professionnalisme des équipes et leur bienveillance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des insatisfactions identifiées par les familles et les résidents sur les locaux (vétusté des chambres notamment, problème de climatisation)</li> <li>▪ La non-participation des partenaires aux réunions organisées sur l'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre les travaux engagés</li> <li>▪ Envisager d'associer les partenaires de l'établissement à des réunions ou organiser des réunions ad hoc avec ces derniers</li> </ul>

## 5.4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Continuité, coordination, cohérence des interventions</b>			
<b>Ouverture à et sur l'environnement et dynamique partenariale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des collaborations avec les acteurs de proximité du secteur sanitaire, social et médico-social qui répondent aux besoins et attentes des personnes accompagnées</li> <li>▪ La mobilisation d'intervenants extérieurs au sein de l'établissement (bénévoles, familles, etc.)</li> <li>▪ L'accueil régulier de nombreux stagiaires sur les différentes fonctions</li> <li>▪ Le nombre et la diversité des partenariats noués par l'établissement</li> <li>▪ La formalisation d'un certain nombre de partenariats dans le champ médico-social notamment</li> <li>▪ Des collaborations réactualisées en fonction des besoins</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conforter le réseau de bénévoles</li> </ul>

## 5.5. La personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Accompagnement et soins</b>			
<p><b>Elaboration, rédaction et actualisation du projet personnalisé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'expérimentation d'une nouvelle démarche d'élaboration des PAP</li> <li>▪ La mise en place progressive de la semaine du résident donnant lieu au PAP, et prévoyant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une semaine d'observation et d'évaluation des besoins</li> <li>- une co-construction avec le résident et sa famille</li> <li>- la nomination d'un soignant référent permettant d'individualiser et adapter l'accompagnement (habitudes de vie notamment)</li> <li>- l'utilisation de grilles d'évaluation pour chacun des professionnels</li> <li>- le partage du PAP en équipe pluridisciplinaire puis sur PSI</li> </ul> </li> <li>▪ Une place des familles et des usagers dans l'élaboration puis la mise en œuvre du PAP clairement définie et communiquée</li> <li>▪ Une trame qui prévoit un contenu des PAP pertinent (objectifs, actions et intervenants)</li> <li>▪ Un temps et une mobilisation des professionnels autour du recueil des habitudes de vie et l'évaluation des besoins des résidents notamment par les rééducateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tous les résidents ne disposent pas d'un PAP à date d'évaluation</li> <li>▪ Une actualisation des projets non effective</li> <li>▪ Une trame qui ne prévoit pas d'indicateurs de résultat et de modalités d'évaluation des objectifs et actions du PAP, à utiliser notamment lors de leur réactualisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborer l'ensemble des PAP et garantir leur réactualisation annuelle (prévue par la nouvelle démarche)</li> <li>▪ Intégrer dans le contenu des PAP des indicateurs de résultat et des modalités d'évaluation à utiliser notamment au cours du suivi et lors de leur réactualisation</li> </ul>

<b>Fin d'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un accompagnement à la fin de vie bien organisé et structuré</li> <li>▪ Une attention et une disponibilité des équipes renforcées lors de l'accompagnement à la fin de vie (information des familles, etc.)</li> <li>▪ De nombreux partenariats avec des spécialistes de l'accompagnement à la fin de vie</li> <li>▪ Des équipes formées à l'accompagnement des personnes en fin de vie</li> <li>▪ La présence d'une salle mortuaire</li> <li>▪ La réflexion sur la vie institutionnelle après un décès avec l'EMSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de protocole sur l'accompagnement à la fin de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formaliser une procédure d'accompagnement à la fin de vie</li> </ul>
<b>Accueil des usagers</b>			
<b>Processus d'admission et d'accueil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des procédures d'admission et d'accueil formalisées</li> <li>▪ La pluridisciplinarité du processus d'admission (existence d'une commission d'admission pluridisciplinaire)</li> <li>▪ Un recueil du consentement systématique et tracé</li> <li>▪ Une démarche d'admission structurée et progressive (visite d'évaluation, visite de l'établissement, etc...)</li> <li>▪ Des visites d'admissions assurées systématiquement au domicile ou sur le lieu d'hospitalisation par le cadre de santé et le référent famille, le cas échéant en l'absence du second par la psychologue</li> <li>▪ Les relations du nouvel usager avec les résidents et les professionnels sont favorisées par l'aménagement des locaux (nombreux</li> </ul>		



	espaces communs appropriés) et les pratiques <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La remise et l'explicitation systématiques des documents obligatoires lui permettant de visualiser l'établissement avant son intégration</li> <li>▪ Des conditions matérielles d'accueil optimales et organisées en amont</li> <li>▪ La nomination d'un soignant référent pour chaque nouveau résident</li> </ul>		
--	---	--	--

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Conseil de la vie sociale et autres formes de participation</b>			
<b>Effectivité des instances participatives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un CVS effectif</li> <li>▪ L'association du CVS à toutes les démarches structurantes de l'établissement (travaux)</li> <li>▪ L'invitation de partenaires aux CVS (administrateur de la Fondation notamment)</li> <li>▪ Le Président du CVS est un représentant des usagers élu parmi les familles d'usagers</li> <li>▪ Un ordre du jour établi conjointement par la Direction et le Président du CVS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un CVS qui ne s'est réuni que 2 fois en 2014</li> <li>▪ Une instance peu dynamique et un CVS assez mal connu des résidents : renforcer la communication autour de cette instance</li> <li>▪ La liaison entre les représentants du CVS et les autres résidents n'est pas formalisée en amont pour le recueil des questions et suggestions, de même qu'en aval des réunions, en ce qui concerne la restitution des sujets abordés aux non membres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Redynamiser l'instance en communiquant davantage auprès des résidents</li> <li>▪ Formaliser la liaison des représentants élus avec les usagers non membres en amont et en aval</li> <li>▪ Envisager d'inviter les bénévoles aux réunions de CVS</li> </ul>
<b>Gestion des plaintes et des réclamations</b>			

<p><b>Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'analyse et le traitement systématique des questions abordées dans le cadre des instances d'expression (comptes rendus)</li> <li>▪ La nomination d'un soignant référent, chargé de recueillir les souhaits des usagers et de faire le lien avec les autres professionnels</li> <li>▪ Un registre des insatisfactions concernant l'hygiène et l'entretien tenu par le référent familial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'enquête de satisfaction régulière (familles + résidents)</li> <li>▪ L'absence de système formalisé de recueil et de traitement consolidé des plaintes et réclamations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en place une enquête de satisfaction annuelle (familles + résidents) : exploiter les résultats et élaborer un plan d'action communiqué au CVS et aux professionnels</li> <li>▪ Mettre en place un système de recueil formalisé des plaintes et réclamations et organiser un traitement consolidé avec élaboration d'actions correctives (en groupe qualité par exemple)</li> </ul>
---	---	---	--

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions / préconisations proposées par l'évaluateur externe
<b>Respect de la dignité, de l'intimité et des informations relatives à l'utilisateur</b>			
<b>Effectivité des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre effective des droits</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'ensemble des outils sont en place, remis et expliqués aux usagers et à leurs familles</li> <li>▪ Une attention particulière portée sur la personnalisation des accompagnements</li> <li>▪ Le respect des attentes des résidents et de leur libre choix</li> <li>▪ Un droit à l'information pleinement garanti (information sur les droits, affichage,...)</li> <li>▪ La personnalisation de l'accompagnement : élaboration et la mise en œuvre d'un PAP, organisation des soins prenant en compte les habitudes de vie et préférences de chacun,</li> <li>▪ Les principes de libre choix et d'autonomie respectés</li> <li>▪ Un droit à la dignité reconnu et des professionnels sensibilisés et vigilants</li> <li>▪ Le consentement et l'adhésion du résident et de sa famille recherchés par les professionnels aux différents moments de l'accompagnement</li> <li>▪ Un travail de lien et l'association des familles à l'accompagnement et à la vie de l'établissement : CVS, participation aux activités, etc.)</li> <li>▪ Le respect de la confidentialité : un dossier médical informatisé et sécurisé, respectant la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des chambres doubles et l'existence d'un WC pour 4 résidents ne permettant pas de respecter pleinement le droit à l'intimité des résidents</li> <li>▪ L'absence de réflexion institutionnelle au niveau de l'établissement concernant la vie affective et sexuelle des résidents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adapter la forme du règlement de fonctionnement de le rendre plus accessible à la compréhension des résidents (usage de photos par exemple)</li> <li>▪ Envisager la mise en place de formations ou de groupes de travail concernant la vie affective et sexuelle des résidents pour les équipes</li> </ul>

	confidentialité dans les accès		
<b>Actions entreprises pour assurer le respect de la vie privée, la dignité et la liberté d'aller et venir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des postures, discours, et pratiques des professionnels adaptés qui favorisent le respect de la dignité et la vie privée de la personne (respect du droit à l'image, respect de l'espace privatif, soins réalisés chez la personne à l'abri des regards,..)</li> <li>▪ Les résidents disposent d'une pleine liberté d'aller et venir à l'intérieur comme à l'extérieur du bâtiment (à l'exception de l'unité Jade)</li> <li>▪ Les mesures de limitation sont évoquées de façon pluridisciplinaire, contractualisées avec résidents et familles (PAP) et font l'objet d'une prescription médicale systématique des médecins traitants</li> <li>▪ Des alternatives à la contention sont systématiquement recherchées</li> <li>▪ Des contentions suivies et réévaluées (traçabilité sur PSI)</li> <li>▪ La formation à la bientraitance des personnels concourt au respect de la vie privée, de la dignité, et de la liberté d'aller et venir de la personne accueillie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des locaux ne permettant pas réellement la déambulation</li> </ul>	
<b>Prévention et gestion des risques</b>			
<b>Sécurité des lieux et des personnes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un avis favorable de la commission de sécurité en 2013</li> <li>▪ Des installations aux normes d'hygiène et de sécurité, des documents obligatoires à jour et disponibles, un personnel formé aux consignes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des opérations de contrôle et de prévention de la légionnelle non effectives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre la démarche initiée au niveau de la Fondation sur la prévention de la légionnelle : carnet sanitaire et opérations préventives de contrôle</li> </ul>

	<p>de sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une maintenance assurée par deux ouvriers et supervisée par l'intendant</li> </ul>		
<p><b>Politique globale de prévention et de gestion des risques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des dispositifs de prévention, de contrôle et de maintenance conformes à la réglementation</li> <li>▪ Une continuité des interventions assurée par : la présence d'une IDE de nuit, une astreinte des cadres de direction organisée, des protocoles d'urgence</li> <li>▪ Une veille de nuit structurée,</li> <li>▪ Un circuit du médicament sécurisé (très peu d'erreurs)</li> <li>▪ Un processus effectif de signalement et de traitement des évènements dits indésirables</li> <li>▪ Un plan cyclone formalisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence de Plan Bleu et de plan de continuité des activités englobant l'ensemble des risques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formaliser un Plan Bleu et de plan de continuité des activités englobant l'ensemble des risques (prendre exemple sur le plan récemment formalisé de l'EHPAD Lataniers avec l'ARS)</li> <li>▪ Une distinction à opérer entre signalement des actes de maltraitance et signalement des évènements indésirables</li> </ul>
<p><b>Prévention des risques professionnels et santé au travail</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un dispositif de prévention des risques professionnels : un CHSCT en place, un DUERP réalisé en 2011</li> <li>▪ Une démarche de prévention des risques psycho-sociaux pilotée par la Fondation avec des premières mesures sur le travail de nuit</li> <li>▪ Des mesures pour prévenir l'usure professionnelle : mobilité interne, politique de formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'actualisation annuelle du DUERP</li> <li>▪ Absence d'un dispositif régulier d'analyse de groupe de paroles/analyse de pratiques</li> <li>▪ La suspension des entretiens professionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actualiser le DUERP et y intégrer la pénibilité et les risques psycho-sociaux</li> <li>▪ Envisager la réactivation d'un groupe d'analyse des pratiques</li> <li>▪ Réactiver les entretiens professionnels, une fois les nouvelles dispositions fixées par la Fondation</li> </ul>
<p><b>Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une culture de la bientraitance au cœur de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement</li> <li>▪ Un référent bientraitance (cadre de santé) et une sensibilisation des professionnels</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre l'information et la sensibilisation des professionnels</li> </ul>

	<p>(formation Humanitude, outil MOBIQUAL)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Une écoute et une disponibilité de la hiérarchie : cadre de santé et nouvelle Direction, appréciée des professionnels favorisant le bien être au travail</li><li>▪ La mise en place des toilettes évaluatives</li><li>▪ Un dispositif de signalement des actes de maltraitance formalisé et effectif</li></ul>		
--	--	--	--

## 5.8. L'appréciation globale de l'évaluateur externe

**La mission tient à souligner la qualité des échanges** lors des entretiens et la forte implication de l'ensemble des professionnels de la structure et de son encadrement pour la bonne marche de l'évaluation externe. La visite sur site a été facilitée par un accueil ouvert, tant de la part de la direction que par les professionnels, les usagers et les familles, qui ont été informés de la teneur de la mission. Les consultants évaluateurs ont pu accéder à l'ensemble des éléments permettant de réaliser l'évaluation externe dans des conditions tout à fait satisfaisantes, en conformité avec les exigences réglementaires en la matière.

**Le bilan de l'évaluation est positif** : L'EHPAD Alizés propose un accompagnement de qualité aux personnes âgées qu'il accueille, avec un dispositif varié: accueil classique, unité Alzheimer et PASA, démontrant l'adaptation de la prise en charge aux besoins des personnes accueillies. **La mission d'évaluation souligne une démarche de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance particulièrement structurée, portée par l'institution et ancrée dans les pratiques** : référent bientraitance, sensibilisations des professionnels, toilettes évaluatives, procédure de signalement des actes de maltraitance effective ...

**La mission relève une démarche de personnalisation de la prise en charge non aboutie au stade de l'évaluation mais souligne positivement la dynamique actuelle et la nouvelle procédure définie, dont la méthodologie apparaît en pleine correspondance avec la recommandation de l'ANESM.**

**Les équipes, pluridisciplinaires et régulièrement formées, sont respectueuses des usagers**, et soucieuses de faire évoluer leurs pratiques en lien avec l'évolution des besoins du public accueilli. Nous tenons à souligner **la disponibilité et l'écoute des cadres de direction et la cohésion d'équipe observée.**

**Les principaux enjeux d'amélioration repérés pour l'EHPAD** consistent notamment à mener à bien les travaux de rénovation indispensables pour assurer un cadre de vie de qualité aux résidents, à fixer avec l'arrivée de la nouvelle Direction une dynamique de réunion pour assurer la coordination des professionnels autour de l'accompagnement et à achever l'ensemble des projets personnalisés (un pour chaque résident).

**La mission d'évaluation a pu observer la volonté d'ouverture à et sur l'environnement de l'établissement, l'organisation structurée des activités, et invite l'établissement à développer les activités en son sein, avec la venue de bénévoles, partenaires socio-culturels au sein de l'établissement.**

La mission d'évaluation relève **une démarche émergente et constructive en matière de qualité sur l'EHPAD Alizés**, qui est à asseoir. Le Groupe Qualité en tant qu'instance de suivi de la Démarche d'amélioration continue est à réactiver, et la communication régulière aux équipes sur la démarche à poursuivre afin de pérenniser la démarche Qualité engagée.

## 5.9. Méthodologie de l'évaluation externe

Méthodologie de l'évaluation externe	
Items	
<b>Outils utilisés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réglementation spécifique à la structure évaluée</li> <li>▪ Recommandations spécifiques et transversales de l'ANESM (expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale, accompagnements aux droits, ...)</li> <li>▪ Analyse documentaire (outils loi 2002-2, rapports d'activités, rapport d'évaluation interne, ...)</li> <li>▪ Visite de l'établissement</li> <li>▪ Temps d'observation : déjeuner des résidents, temps de transmission, temps d'activités/goûter</li> </ul>
<b>Modalités d'implication des parties prenantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entretien avec la Direction</li> <li>▪ 13 entretiens individuels et collectifs avec les professionnels</li> <li>▪ Entretiens avec les familles et représentants légaux (2)</li> <li>▪ Entretiens avec un groupe d'usagers (6)</li> <li>▪ 4 entretiens individuels téléphoniques avec les partenaires</li> </ul>
<b>Déroulé de l'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de mois : trois mois</li> <li>▪ 21 novembre 2014 : validation du projet évaluatif</li> <li>▪ 1<sup>er</sup> et 2 décembre 2014 : évaluation sur site</li> <li>▪ 13 janvier 2015 : remise du pré-rapport</li> <li>▪ 26 janvier 2015 : remise du rapport définitif</li> </ul>
<b>Nombre de jours-hommes sur site</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4jours</li> </ul>
<b>Date de début et de fin de mission</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 13 novembre 2014 (envoi du projet évaluatif) – 26 janvier 2015 (envoi du rapport final)</li> </ul>



## 5.10. Commentaires de l'établissement sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p><b>Bon déroulement de l'évaluation, pas de remarques particulières.</b></p>	<p>Des propositions issues de l'évaluation externe qui rejoignent et priorisent certaines actions préconisées dans le rapport d'évaluation interne effectivement trop étoffé.</p> <p>Quelques erreurs ou approximations sur les constats sur site ou confusion avec l'EHPAD des Lataniers : il y a bien eu une restitution de l'évaluation interne auprès des salariés, les chambres de Jade disposent bien de chambres individuelles et ce sont les WC qui sont communs pour 4, recours à une diététicienne pour l'élaboration des menus. Pas d'ascenseurs, locaux administratifs loin d'être vastes pour certains (comptabilité), contentions limitées dans le temps, Pdt de CVS associé à l'élaboration de l'ordre du jour.</p> <p>La direction s'appuiera sur les préconisations pour revoir une feuille de route afin de structurer et réactiver le groupe qualité.</p>

## 6. Annexes

### 6.1. Contrat



## FONDATION PERE FAVRON

DIRECTION GENERALE  
Service achats

Le candidat remplit un imprimé pour chaque lot et variante

MARCHE DE FOURNITURE

ACTE D'ENGAGEMENT

### A - Objet de la consultation et de l'acte d'engagement.

#### ■ Objet du marché :

Le présent marché a pour objet : **Prestations de conseil relatives à l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux**

Pour l'ensemble des établissements de la FONDATION PERE FAVRON

#### ■ Cet acte d'engagement correspond : (Cocher les cases correspondantes.)

1.
  - à l'ensemble du marché (en cas de non allotissement).
  - au lot n°1 de la procédure de passation du marché (en cas d'allotissement) : Indiquer l'intitulé du lot tel qu'il figure dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)
  
2.
  - à l'offre de base.
  - à la variante suivante :

### B - Engagement du candidat.

#### B1 - Identification et engagement du candidat :

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché suivantes,

- ↳ Le Règlement de Consultation (R.C.)
- ↳ Le Cadre de la Réponse Technique
- ↳ Le Cahier des Charges (C.C.)
- ↳ Les Conditions Générales d'Achats (C.G.A.)

et conformément à leurs clauses et stipulations,

Le signataire WILLIAM BOTTARO CO GERANT

S'engage, sur la base de son offre et pour son propre compte ;

*(Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.)*

Engage la société EQR CONSEIL sur la base de son offre ;

*(Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.)*

**SAS EQR CONSEIL**  
68 RUE DE LA CHAUSSÉE D'ANTIN – 75009 PARIS  
Téléphone : 01-40-13-03-43 Fax : 01-40-13-03-33  
Courriel : eqn@eqrconseil.com  
[www.eqr-management.com](http://www.eqr-management.com)

SIRET 510 818 065 00029

L'ensemble des membres du groupement s'engagent, sur la base de l'offre du groupement ;

*(Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET. Identifier le mandataire désigné pour représenter l'ensemble des membres du groupement et coordonner les prestations.)*

à livrer les fournitures demandées :  
(Cocher les cases correspondantes.)

Aux prix indiqués dans le bordereau prix joint au présent document.

**B2 - Répartition des prestations (en cas de groupement conjoint) :**

*(Les membres du groupement conjoint indiquent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d'entre eux s'engage à réaliser.)*

Désignation des membres du groupement conjoint	Prestations exécutées par les membres du groupement conjoint	
	Nature de la prestation	Montant HT de la prestation

**B3 - Compte (s) à créditer :**

*(Joindre un ou des relevé(s) d'identité bancaire ou postal.)*

• Nom de l'établissement bancaire : BANQUE POPULAIRE VAL DE FRANCE

• Numéro de compte :

Domiciliation du titulaire		BPVF CHASSENEUIL DU POITOU	
Titulaire du compte		SAS EQR CONSEIL	
Code Banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
18707	00711	30121973090	72

**B4 - Durée d'exécution du marché :**

Le présent marché est conclu pour une durée de : **09 mois** et entrera en vigueur le **1<sup>er</sup> mars 2014**.

**B5 - Délai de validité de l'offre :**

Le présent engagement me lie pour le délai de validité des offres indiqué dans le règlement de la consultation, la lettre de consultation ou l'avis d'appel public à la concurrence.

**B6 - Délai de livraison :**

Le délai de livraison pour le présent marché est de : **■** Jour(s) à partir de la réception du bon de commande.

**B7 – Domiciliation :**

Tout courrier adressé dans le cadre du présent contrat ainsi que tout acte de procédure ne seront valablement opposables à la partie destinataire, qu'adressés au Service achats.

**C - Signature de l'offre par le candidat.**

Nom, prénom et qualité du signataire (*)	Lieu et date de signature	Signature
WILLIAM BOTTARO CO GERANT	PARIS LE 20 JANVIER 2014	 <b>EQR CONSEIL</b> <small>68 rue de la Chapelle d'Ango</small> <small>75009 PARIS</small>

(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d'engager la personne qu'il représente.

**D - Identification du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).**

■ Désignation du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice) :

**FONDATION PERE FAVRON**  
**DIRECTION GENERALE**  
80, Bd Hubert Delsisle  
BP 380  
**97456 SAINT PIERRE CEDEX**

■ Nom, prénom, qualité du signataire du marché:

M. Christian **BONNEAU** Directeur Général

■ Service habilité à donner les renseignements :

Service Achats

Fondation Père Favron  
Foyer Albert Barbot  
Bois d'Olives  
97432 Ravine des Cabris

Téléphone : 0262 49 93 58

Courriel : [service-achats@favron.org](mailto:service-achats@favron.org)

**E - Décision du pouvoir adjudicateur (ou de l'entité adjudicatrice).**

**La présente offre est acceptée.**

*n: Saint-Pierre, le 13 mars 2014*

Signature

*1/0*  
  
**FONDATION PERE FAVRON**  
Le Directeur Général Adjoint  
**Philippe BOYER**

## 6.2 Composition des équipes



### Laurie FRADIN | Consultante

#### Présentation

Laurie Fradin est consultante au sein du cabinet EQR depuis février 2012. Diplômée de Sciences Po Lille et de l'université de Lille 1, elle a été formée au fonctionnement des collectivités et administrations publiques : élaboration et évaluation des politiques publiques, droit administratif et montages contractuels complexes. Ses expériences professionnelles lui ont donné une bonne connaissance des champs de l'action sociale, de l'insertion par l'activité économique. Depuis son arrivée chez EQR, elle a acquis des compétences spécifiques sur le médico – social : techniques d'évaluation, aide au montage de projet, démarche qualité.

Elle participe aujourd'hui à plusieurs missions d'accompagnement des établissements et services sociaux et médico – sociaux, d'observation sociale ainsi qu'à des missions d'évaluation des politiques publiques auprès des collectivités et administrations centrales.

#### Carrière

- Consultante au sein du cabinet EQR Conseil depuis février 2012
- 2011 : cabinet d'études et de conseil GESTE, spécialisé en évaluation des politiques publiques
- 2011 : Responsable administrative et financière, et Chef de projet de la Junior – Entreprise de Sciences Po Lille, cabinet de conseil étudiant.
- 2010 : Chargée de mission à Hauts – de – Seine Initiative –DLA 92

#### Formation

- Master 2 Développement économique de l'interface Public – Privé – IEP de Lille/ Master 2 en économie appliquée – Université Lille 1
- Master 1 Administrations Publiques, Institut d'Etudes Politiques de Lille
- Premier cycle à l'Institut d'Etudes Politiques de Lille

#### Clients

- |  |   |   |
|--|---|---|
| ➤ Institut National de Prévention et d'Education pour la santé | ➤ Fondation Léopold Bellan              | ➤ CCAS de Guyancourt                          |
| ➤ Agence Nationale d'Appui à la Performance                    | ➤ Conseil Général de Loire - Atlantique | ➤ CCAS de Chelles                             |
| ➤ Agence Nationale des Services à la Personne                  | ➤ ADAPT                                 | ➤ Communauté de communes du Pays Bigouden Sud |
| ➤ UNAPEI   | ➤ AGAPEI                                | ➤ ADSEA 77                                    |
| ➤ FEGAPEI  | ➤ ADAPEI 22                             |   |
| ➤ Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité               | ➤ Association Monsieur Vincent          |   |
|  | ➤ CCAS de la Ville d'Angers             |   |

# Laurie FRADIN | Consultante

## Références

### Accompagnement des établissements sociaux et médico-sociaux :

- Evaluations externes d'établissements dans le champ du handicap :
  - ADAPEI 22 : IME-SESSAD Loudéac – 2013
  - ADAPEI 22 : M.A.S Roc Bihan Saint-Brieuc – 2013
  - ADAPEI 22 : M.A.S des Sorbiers Saint-Brieuc – 2013
  - AGAPEI : Foyer d'Hébergement Unité de Gestion Flourens -2013
  - AGAPEI : ESAT et Section temps libéré Unité de gestion Flourens -2013
  - AGAPEI : Foyer d'Accueil Médicalisé – Unité de Gestion Mons –Saint Orens – 2014
  - AGAPEI : Foyer de Vie – Unité de Gestion Mons –Saint Orens – 2014
  - AGAPEI : Foyer d'Accueil Médicalisé – Unité de Gestion de Cagnac - 2014
  - Fondation Léopold Bellan – IME de Châteaudun – 2014
  - Fondation Léopold Bellan – Centre de Phonétique Appliquée : CMPP- SEES-SEHA- SAFEP-SSEFIS – 2014
  
- Appui à la réalisation de l'évaluation interne – ADAPT Haute-Normandie – 2013
  
- Evaluation externe d'établissements d'hébergement pour personnes âgées :
  - Fédération Caisse d'Epargne – EHPAD de Pléchéâtel – 2013
  - Association Espérance : EHPAD de Pessac Fontaudin – 2013
  - Association Monsieur Vincent : EHPA Sainte Claire et EHPA Saint Joseph (59) - 2014
- Préparation et sensibilisation à l'évaluation externe – EHPAD Les Vertes Années – 2012
  
- Missions dans le champ de la protection de l'enfance :
  - Dossier de réponse à un appel à projet de la PJJ pour le secteur associatif habilité – ADSEA 77 – 2012
  - Etude sur les internats éducatifs – Conseil Général Loire Atlantique – 2014
  
- Formations au tableau de bord partagé des ESMS- Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) - 2014



# Camille LE TEUFF | Consultante

## Présentation

Camille Le Teuff est consultante au sein du cabinet EQR depuis 2014. Diplômée de Sciences Po Bordeaux, elle a été formée au fonctionnement des collectivités et administrations publiques : élaboration et évaluation des politiques publiques, droit public et montages contractuels complexes. Ses expériences professionnelles lui ont donné une bonne connaissance des champs de l'action sociale, de l'insertion par l'activité économique..

Elle participe aujourd'hui à plusieurs missions d'évaluations externes des établissements et services sociaux et médico – sociaux.

## Carrière

- Depuis 2014: Consultante au sein du cabinet EQR Conseil
- 2013 : Stage au sein de l'Agence France-Europe Education Formation
- Été 2012: Stage à l'Institut Français du Royaume-Uni, Londres
- Octobre 2012: Stage au sein du Conseil Général du Morbihan

## Formation

- Sciences Po Bordeaux, Master **Expertise en Affaires Publiques**
- Mémoires: *Les Directions Départementales de la Cohésion Sociale; Les enjeux bioéthiques du diagnostic prénatal*
- Classes préparatoires littéraires

## Clients

- Fondation Léopold Bellan
- Conseil Général de Loire - Atlantique
- ADAPEI 56
- Association Monsieur Vincent
- Communauté de Communes du Pays d'Ancenis
- ADMR 70
- Fondation Aulagnier
- CCAS Angers
- ASEI

# Camille LE TEUFF | Consultante

## Références

### **Accompagnement des établissements sociaux et médico-sociaux :**

#### ➤ Evaluations externes d'établissements dans le champ du handicap :

- ADAPEI 56 : Foyer de Vie « Les Corvisettes », Plumelec – mai 2014
- ADAPEI 56: Foyer d'hébergement , Plumelec – mai 2014
- ADAPEI 56: IME « Les Bruyères », Plumelec – juin 2014
- ADAPEI 56: FAM « Les Lavandières », Hennebont – juin 2014
- ADAPEI 56: ESAT Armor Argoat, Caudan – juin 2014

#### ➤ Appui à la réalisation de l'évaluation externe d'établissements:

- ADAPEI 56: SESSAD Ploërmel, Lorient, Vannes – mai 2014
- Fondation Léopold Bellan : Centre de Phonétique Appliquée (CMPP- SEES-SEHA- SAFEP-SSEFIS) – août 2014

#### ➤ Appui à la réalisation de l'évaluation externe d'établissements d'hébergement pour personnes âgées :

- Association Monsieur Vincent : EHPAD de La Chesnaye – mai 2014
- Association Monsieur Vincent : EHPA Sainte Claire et EHPA Saint Joseph – juin 2014
- Association Monsieur Vincent: SSIAD « Le Sacré Cœur », Cachan – 2014
- Association Monsieur Vincent: EHPAD Saint Louis, Versailles - juillet 2014
- Association Monsieur Vincent: EHPAD Catherine Labouré, Paris - juillet 2014
- Association Monsieur Vincent: EHPAD et SSIAD Saint Joseph , Louveciennes – juillet 2014
- Association Monsieur Vincent: EHPAD De Bonnière, Le Mans - juillet 2014
- Fondation Aulagnier: EHPAD et SSIAD - août 2014

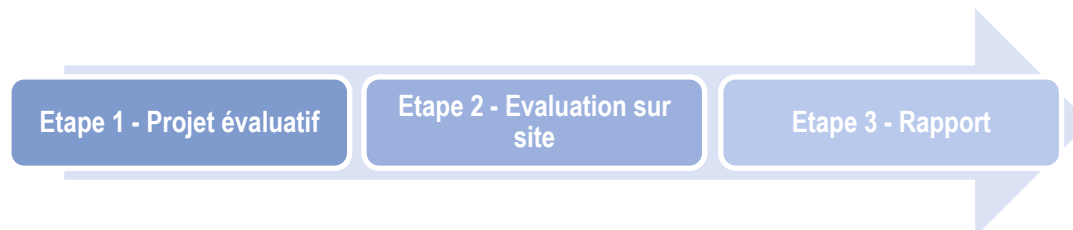
#### ➤ Missions dans le champ de la protection de l'enfance :

- Etude sur les internats éducatifs – Conseil Général Loire Atlantique – 2014

#### ➤ Participation mission Communauté de Communes du Pays d'Ancenis : Projet Gérontologique de Territoire – 2014

### 6.3 Calendrier de réalisation

La démarche d'évaluation externe est structurée en trois étapes :



La démarche s'est déroulée sur les mois de novembre au mois de janvier 2015. L'évaluation sur site a été réalisée les 1<sup>er</sup> et 2 décembre 2014. Elle s'est conclue par la remise d'un rapport final à la fin du mois de janvier 2015. Vous trouverez ci-après un calendrier d'intervention :



## 6.4 Attestation sur l'honneur



**EQR CONSEIL, organisme habilité par l'ANESM à procéder à des évaluations externes (n° habilitation H2009-07-039) s'engage sur l'honneur à :**

- Respecter et faire respecter les dispositions des articles D.312-197 à D.312-206 du CASF ainsi que les dispositions du cahier des charges prévu à l'annexe 3-10 du CASF.
- Respecter les règles de conduite applicables aux prestataires inscrits, et à les faire respecter à ses équipes intervenant à l'occasion de missions d'évaluation externe :

### **1. Intégrité**

- 1.1. Accomplir une mission avec honnêteté, diligence et responsabilité.
- 1.2. Respecter la loi et faire les révélations requises par les lois et les règlements.
- 1.3. Ne pas prendre part à des activités ou prises illégales d'intérêts.
- 1.4. Respecter et contribuer aux objectifs éthiques et légitimes de leur activité.
- 1.5. Déclarer sans délai au commanditaire et à l'Agence toute modification affectant la situation, le statut, les capacités de l'organisme habilité ou des personnes chargées de réaliser les évaluations.
- 1.6. Ne pas avoir de conflit d'intérêt avec un organisme gestionnaire, une fédération ou tout groupement d'organismes gestionnaires, en lien avec un établissement ou service qu'il évalue.

### **2. Objectivité**

- 2.1. Ne pas prendre part à des activités ou établir des relations qui pourraient compromettre ou risquer de compromettre le caractère impartial d'une évaluation externe.
- 2.2. S'interdire, à l'exception des opérations de facturation qui sont la contrepartie de cette opération, d'avoir, au moment de l'évaluation externe, ou avoir eu, au cours de l'année précédente, d'intérêt financier direct ou indirect dans l'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service concerné.
- 2.3. S'interdire, avant l'expiration d'un délai d'une année après la fin de la mission, toute relation professionnelle directe ou indirecte avec l'établissement ou le service qui a été évalué en tout ou partie, ou avec l'organisme gestionnaire.
- 2.4. Ne rien accepter qui pourrait compromettre ou risquer de compromettre un jugement professionnel.
- 2.5. Révéler dans le rapport d'évaluation externe tous les faits matériels dont les organismes habilités auront connaissance et qui, s'ils n'étaient pas révélés, auraient pour conséquence de fausser leur rapport.
- 2.6. A compter du premier jour de la mission d'évaluation et pendant une année après la remise du rapport d'évaluation externe, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt auprès de l'établissement, du service ou de l'organisme gestionnaire dont il est chargé pour tout ou partie de l'évaluation externe, d'une personne qui le contrôle, ou qui est contrôlé par lui au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce.
- 2.7. Lorsqu'un organisme habilité est affilié à un réseau national ou international, dont les membres ont un intérêt économique commun et qui n'a pas pour activité exclusive l'évaluation externe, il ne peut postuler auprès d'un établissement, d'un service ou d'un



organisme gestionnaire qui, en vertu d'un contrat conclu avec ce réseau ou avec un membre de ce réseau, bénéficie d'une prestation de services, non directement liée à la mission d'évaluation externe telle que prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

- 2.8. A compter de son habilitation, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt de quelque nature avec une personne dépositaire de l'autorité publique amenée à intervenir dans la décision d'autorisation de l'établissement ou du service dont il assure tout ou partie de l'évaluation.
- 2.9. Ne pas avoir contribué à l'évaluation interne de l'établissement ou du service concerné qui précède l'évaluation.

### 3. Confidentialité

- 3.1. Se tenir à une obligation de réserve et de secret à l'égard de toute information connue dans le cadre de l'évaluation exercée.
- 3.2. Protéger les informations recueillies dans le cadre des évaluations pratiquées.
- 3.3. Ne pas utiliser ces informations pour en retirer un bénéfice, ou d'une manière qui contreviendrait aux dispositions légales et réglementaires.

### 4. Compétence

- 4.1. Ne s'engager que dans des travaux pour lesquels les connaissances, le savoir-faire et l'expérience nécessaires sont acquis.
- 4.2. Toujours s'efforcer d'améliorer la compétence, l'efficacité et la qualité des travaux.
- 4.3. Appliquer les principes fondamentaux déterminés par l'Anesm conformément à ses missions fixées par l'arrêté du 13 avril 2007 approuvant sa convention constitutive, garantissant notamment la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation interne et externe, ainsi que leur articulation et leur complémentarité.
- 4.4. Contribuer à faire progresser les principes fondamentaux visés à l'alinéa précédent en transmettant à l'Anesm, un détail des procédures suivies.
- 4.5. Alimenter le système d'information conçu par l'Anesm renseignant la mise en oeuvre et le suivi des évaluations dans les établissements et services et la publicité des habilitations des organismes d'évaluation.

A Paris,  
Le 31 juillet 2013,

William BOTTARO, co-gérant

Signature



EQR CONSEIL  
68 rue de la Charité 75001  
75001 PARIS



SAS EQR Conseil

68 rue de la Chaussée d'Antin  
75009 Paris  
[www.eqr-management.com](http://www.eqr-management.com)

Tél. : 01 40 13 03 43  
Fax : 01 40 13 03 33  
Mail : [eqr@eqr-management.com](mailto:eqr@eqr-management.com)